

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**TESIS:**

**Pensión 65 y el uso de la medicina tradicional y biomédica en  
los adultos mayores asháninkas y matsigenkas del distrito de  
Kimbiri, Cusco**

Para optar el título profesional de:

**LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

PRESENTADO POR:

**Bach. Yulisa MARTINEZ ATAO**

ASESOR:

**Mtra. Yolanda JUÁREZ CHOQUE**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2025**

A mis padres Gabriel Martinez y Dina Atao,  
con inmensa gratitud por el amor, la  
paciencia y la perseverancia que siempre me  
brindaron.

A mis hermanos, Wilmer y Elizabeth, por ser  
una inspiración constante para seguir  
superándome profesionalmente.

## AGRADECIMIENTO

A mi *alma mater*, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga: gracias por darme la oportunidad de formarme y por ser un lugar clave en mi crecimiento personal y profesional. En sus aulas no solo aprendí; también desarrollé criterio y ética para aportar al bienestar de mi pueblo.

A mi asesora de tesis, la M<sup>ra</sup>. Yolanda Juárez Choque, por ser una guía generosa y rigurosa. Agradezco profundamente su acompañamiento cercano, su paciencia en la revisión de cada borrador y sus observaciones siempre pertinentes. Su compromiso, claridad y entusiasmo fueron una fuente constante de motivación y aprendizaje a lo largo de este camino de la investigación.

A Hernán Sacha, amigo y compañero de trabajo, mis agradecimientos por su apoyo incondicional, su tiempo y su motivación permanente, que me impulsaron a seguir adelante y concluir la investigación.

Finalmente, expreso mi gratitud sincera a los pobladores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri (Anita Aguilar Rojas, Elsa Sánchez Quispe, Marcelino Chávez Morales, Víctor Oré Pérez, Inocencia Medina Izla, Teresa Medina León y Domingo Cipriano) por abrirme las puertas de sus hogares, compartir generosamente sus saberes y brindarme valiosas enseñanzas que enriquecieron este trabajo. También agradezco a sus familias, por la calidez con la que me acogieron en cada encuentro y cumplieron el papel de traductores. Asimismo, al promotor territorial de Pensión 65 Rider Santiago y a la médica del hospital de Kimbiri Raquel Salcedo, por su disposición a conversar y apoyarme en el campo. Esta tesis se sustenta en la confianza, la palabra compartida y el conocimiento vivo de quienes hicieron posible este camino de aprendizaje intercultural.

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar cómo gestionan su salud y enfermedad los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios del programa Pensión 65, en el marco del uso de la medicina tradicional y la biomédica. Desde una metodología cualitativa y con un diseño etnográfico multisituado, el trabajo de campo se desarrolló en cuatro comunidades nativas, con siete adultos mayores nativos (cuatro mujeres y tres varones), elegidos por su pertenencia al programa y su vínculo activo con los saberes curativos, además de una médica del hospital local y un promotor territorial de Pensión 65. A través de entrevistas abiertas y observación participante, se recopiló información que muestra cómo estas personas recurren a la medicina tradicional para tratar síndromes culturales, como *akena kipatsi* (mal de tierra), *itsaroake* (susto) y *atakeri tampea* (mal del aire), y dolencias comunes, como diarrea, cólicos, fiebre, entre otras, entendiendo la enfermedad como un desajuste entre cuerpo, espíritu y territorio. En casos de enfermedades crónicas o resistentes (como cáncer, diabetes, tuberculosos, infecciones, artritis), también acuden a la biomedicina, sin dejar de lado sus prácticas ancestrales, articulando ambos sistemas según el tipo de malestar, la urgencia y los recursos disponibles. La preferencia por la medicina tradicional no se explica solo por la cercanía o el costo, sino por una forma de cuidado que enlaza experiencia, identidad y pertenencia, generando confianza y continuidad cultural. Estas decisiones reflejan una agencia situada que sostiene un pluralismo médico activo, desafía los marcos institucionales y reclama una salud intercultural construida desde las prácticas y voces de los pueblos nativos.

**Palabras clave:** Medicina tradicional; biomedicina; adultos mayores; pluralismo médico; salud intercultural.

## ABSTRACT

The objective of this research was to analyze how older adults, Asháninkas, and Matsigenkas who are beneficiaries of the Pension 65 program manage their health and illness within the framework of traditional and biomedical medicine. Using a qualitative methodology and a multi-sited ethnographic design, fieldwork was carried out in four native communities with seven native older adults (four women and three men), chosen for their participation in the program and their active connection to healing knowledge, as well as a doctor from the local hospital and a Pension 65 territorial promoter. Through open interviews and participant observation, information was collected showing how these people resort to traditional medicine to treat cultural syndromes, such as akena kipatsi (earth sickness), itsaroake (fright), and atakeri tampea (air sickness), and common ailments such as diarrhea, colic, and fever, among others, understanding illness as an imbalance between body, spirit, and territory. In cases of chronic or resistant diseases (such as cancer, diabetes, tuberculosis, infections, and arthritis), they also turn to biomedicine, without neglecting their ancestral practices, articulating both systems according to the type of ailment, the urgency, and the resources available. The preference for traditional medicine is not explained solely by proximity or cost, but by a form of care that links experience, identity, and belonging, generating trust and cultural continuity. These decisions reflect a situated agency that sustains active medical pluralism, challenges institutional frameworks, and calls for intercultural health built on the practices and voices of native peoples.

**Keywords:** Traditional medicine; biomedicine; older adults; medical pluralism; intercultural health.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT.....	iv
LISTA DE TABLAS .....	vii
LISTA DE FIGURAS .....	viii
LISTA DE ANEXOS .....	ix
TÉRMINOS ASHÁNINKA Y MATSIGENKA USADAS CON FRECUENCIA.....	x
INTRODUCCIÓN .....	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....	14
1.1 Antecedentes del estudio.....	14
1.2 Temática del estudio: uso de la medicina tradicional y la biomedicina.....	18
1.3 Definición de referentes conceptuales .....	22
1.3.1 <i>Cultura</i> .....	22
1.3.2 <i>Salud</i> .....	23
1.3.3 <i>Enfermedad</i> .....	25
1.3.4 <i>Medicina tradicional</i> .....	27
1.3.5 <i>Medicina moderna</i> .....	30
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO .....	32
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	32
2.2 Escenario físico y humano de la investigación .....	33
2.2.1 <i>Escenario físico: territorios de vida y desafíos geográficos</i> .....	33
2.2.2 <i>Escenario humano: vidas tejidas en comunidad</i> .....	35
2.3 Población y muestra (sujetos de investigación) .....	36
2.4 Métodos y técnicas de investigación.....	38
2.5 Descripción de instrumentos.....	40
2.6 Categorización emergente: categorías, códigos y subcódigos .....	41
2.7 Hipótesis de la investigación.....	42
2.8 Descripción del análisis e interpretación de la información .....	42

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	45
3.1 Enfermedades y cuidados tradicionales y biomédicos en adultos mayores asháninka y matsigenka .....	45
3.1.1 <i>Salud, enfermedad y prácticas de sanación tradicional en adultos mayores</i> .....	45
3.1.2 <i>Enfermedades que conducen al uso de la biomedicina en adultos mayores</i> .....	72
3.2 Preferencias por la medicina tradicional en la vejez asháninka y matsigenka.....	84
3.2.1 <i>Sentidos culturales del cuidado tradicional en adultos mayores</i> .....	85
3.2.2 <i>Tensiones y críticas al sistema biomédico desde la experiencia de los adultos mayores</i> .....	92
3.2.3 <i>Barreras de acceso para los adultos mayores en el acceso al sistema de salud</i> ..	98
3.2.4 <i>Experiencias de discriminación de los adultos mayores en el sistema de salud</i>	103
CONCLUSIONES .....	110
RECOMENDACIONES.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS .....	119

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión de los participantes de la investigación.....	37
Tabla 2: Participantes y protagonistas de la investigación.....	37
Tabla 3: Concepciones sobre la salud entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas.....	47
Tabla 4: Concepciones sobre la enfermedad entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas ..	48
Tabla 5: Causas culturales de la enfermedad según los adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	49
Tabla 6: Formas tradicionales de diagnóstico de la enfermedad entre los asháninkas y matsigenkas .....	51
Tabla 7: Enfermedades comunes tratadas con medicina tradicional entre los asháninkas y matsigenkas .....	56
Tabla 8: Plantas medicinales para sanar enfermedades culturales y dolencias comunes.....	60
Tabla 9: Modos de uso de las plantas medicinales entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	64
Tabla 10: Prácticas terapéuticas tradicionales entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas	66
Tabla 11: Dolencias que motivan la atención biomédica en adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	74
Tabla 12: Prácticas biomédicas de curación entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas ...	78
Tabla 13: Componentes analíticos de los sentidos culturales del cuidado tradicional.....	87
Tabla 14: Críticas a la medicina moderna desde las experiencias asháninkas y matsigenkas .....	95
Tabla 15: Barreras de acceso al sistema de salud entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	99
Tabla 16: Experiencias de discriminación en salud entre adultos mayores nativos de Kimbiri .	105

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ubicación de las cuatro comunidades dentro del distrito de Kimbiri .....	34
Figura 2: Diálogo con don Víctor Oré, acompañado por su hijo y hermano.....	35
Figura 3: Investigadora junto a Domingo Cipriano y sus hijas, después de una conversación ....	36
Figura 4: Concepciones de la salud y la enfermedad entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	46
Figura 5: Dolencias asháninkas y matsigenkas que convocan la sanación tradicional.....	53
Figura 6: Prácticas terapéuticas tradicionales entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	59
Figura 7: Marcelino, junto a la planta matos .....	62
Figura 8: Teresa empleando sangre de grado.....	63
Figura 9: Pensión 65 en la fuerza viva de los saberes curativos asháninkas y matsigenkas .....	69
Figura 10: Enfermedades tratadas con la biomedicina entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	72
Figura 11: La investigadora bebe masato con la familia de Elsa Sánchez .....	75
Figura 12: Prácticas biomédicas de curación entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .	77
Figura 13: Preparado de cola de caballo, moni, matos y marañón de Teresa para infección urinaria.....	80
Figura 14: Pensión 65 y biomedicina entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	82
Figura 15: Sentidos culturales de la medicina tradicional entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	86
Figura 16: Achiote en la huerta de don Marcelino Chávez.....	89
Figura 17: Críticas a la medicina moderna desde la experiencia asháninka y matsigenka.....	93
Figura 18: Barreras lingüísticas y geográficas de acceso al sistema de salud .....	98
Figura 19: Discriminación en salud hacia adultos mayores asháninkas y matsigenkas .....	104

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia de la investigación .....	119
Anexo B: Sistema de categorías, códigos y subcódigos de la investigación .....	120
Anexo C: Análisis cualitativo con Atlas.ti 24: evidencias .....	123
Anexo D: Instrumentos de recolección de datos.....	127

## TÉRMINOS ASHÁNINKA Y MATSIGENKA USADAS CON FRECUENCIA

Español	Asháninka	Matsigenka
Alma/espíritu	<i>Noshire</i>	<i>Kamayre</i>
Enfermedad de la tierra	<i>Akena kipatsi</i>	<i>Kipachi</i>
Chupo	<i>Pisongo</i>	<i>Pisongo</i>
Cólico estomacal/dolor de barriga	<i>Nokavishuaka</i>	<i>Okashtia</i>
Conjuntivitis	<i>Metsechi</i>	—
Cuerpo	<i>Abatsha</i>	<i>Nobatsha</i>
Dengue	<i>Maño</i>	<i>Maño</i>
Diarrea	<i>Ushijaro</i>	<i>Ushijataca</i>
Dolor de cabeza	<i>Okashtakenoito</i>	<i>Ucashti nogitoke</i>
Dolor de diente	<i>Okashtakenaji</i>	<i>Okashtinay</i>
Estar enfermo	<i>Ajokitaka</i>	<i>Nomanshigatake</i>
Estar sano	<i>Kametsa</i>	<i>Kamitetaki</i>
Fiebre	<i>Kashirenchi</i>	<i>Nokovaki</i>
Gripe	<i>Kamanchi</i>	—
Mal del aire	<i>Atakeri tampea</i>	
Herida leve, fuerte	—	<i>Notere</i>
Susto	<i>Itsaroake</i>	<i>Notsharongaki</i>
Tos	<i>Tojerenchi</i>	—
Uta	<i>Karachakuntas</i>	—
Vidente / curandero	<i>Sheripiari</i>	<i>Seripagari</i>

## INTRODUCCIÓN

No empecé a hacerme preguntas sobre la salud y la vejez asháninka y matsigenka en el aula de la universidad ni en los libros de antropología. Fue al recorrer los caminos de barro en el distrito de Kimbiri. Acompañaba a un grupo de adultos mayores en las campañas médicas organizadas por dicha municipalidad, en la provincia de La Convención (Cusco). Era el año 2021: seguía presente la pandemia de la COVID-19. Y, de cierta manera, algo no encajaba.

Los adultos mayores llegaban con cuentagotas, a veces después de largas caminatas y, en ocasiones, solo para recoger el refrigerio. La consulta médica aparecía como el centro del evento, pero no parecía ser la razón de su presencia ni su mayor interés. Lo que más me sorprendió fue que, aun teniendo el Seguro Integral de Salud (SIS), el apoyo del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 (Pensión 65) y la ayuda del municipio, muchos de ellos casi no iban.

Esta duda siguió después, cuando trabajé en la Gerencia de Desarrollo Social, en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (Ciam). Allí recorrí varias comunidades, como Sampantuari, y estuve en contacto directo con beneficiarios de Pensión 65. Una vez más, hallé los patrones que ya había observado: una relación compleja entre los adultos mayores, los servicios de salud y los programas de asistencia social.

Con el tiempo, al seguir con mis recorridos por varias comunidades nativas y al conversar con mujeres y varones mayores que vivían allí, empecé a darme cuenta de que su forma de cuidar la salud seguía lógicas muy distintas a las del sistema biomédico. Mis reflexiones revelaban que los adultos mayores acudían a los centros de salud o al hospital de Kimbiri solo en situaciones muy específicas y puntuales (fracturas, infecciones graves, emergencias); mientras que en la mayoría de los casos preferían recurrir a su propia medicina tradicional<sup>1</sup> para prevenir o tratar males, incluso enfermedades consideradas crónicas como el cáncer.

Fui entendiendo también que, frente a un dolor o una fiebre o un susto, lo primero para ellos era acudir a plantas específicas, baños con hierbas, infusiones, rezos o soplos. La biomedicina entraba en escena en momentos puntuales: herida abierta, fractura, infección persistente y dolencias graves. Incluso entonces, lo tradicional no se retiraba; seguía presente, acompañando el proceso. No encontré una oposición cerrada entre medicina tradicional y biomedicina en las

---

<sup>1</sup> La medicina tradicional no la usan solo los adultos mayores; también la utilizan personas de diferentes edades. Sin embargo, este estudio se enfocó en las experiencias de los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65.

prácticas curativas de estos adultos mayores. Lo que hallé fue una práctica de combinación, de alternancia y, en ocasiones, de desconfianza hacia la biomedicina, pero también de diálogo.

Al escuchar sus voces y observar de cerca sus prácticas cotidianas, fui comprendiendo que sus decisiones de cuidado tradicional no respondían a categorías externas ni a supuestos de «rechazo» a lo moderno. Emergía una lógica propia, entretejida con vivencias, conocimientos y cosmovisiones. En esa convivencia se hacía visible una racionalidad compleja, donde lo biomédico no desplaza lo tradicional, ni lo tradicional rechazaba de plano lo científico. Este entrecruce, en el que se yuxtaponen apoyos estatales como Pensión 65 con prácticas ancestrales de salud.

Lo que vi y escuché en el campo, entre fines de 2021 y mediados de 2024, me permitió formular una interrogante central: ¿Cómo gestionan su salud y enfermedad los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios del programa Pensión 65, en el marco del uso de la medicina tradicional y la biomédica? De aquí planteé dos preguntas específicas:

1. ¿Qué enfermedades tratan, por qué y cómo lo hacen los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, ya sea mediante la medicina tradicional o la biomédica?
2. ¿Por qué los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 recurren con frecuencia a la medicina tradicional, a pesar del predominio de la medicina biomédica?

Y claro, definí los objetivos del trabajo. El objetivo general fue analizar cómo gestionan su salud y enfermedad los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios del programa Pensión 65, en el marco del uso de la medicina tradicional y la biomédica. A partir de esto, precisé dos objetivos específicos:

1. Identificar qué enfermedades tratan, por qué y cómo lo hacen los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, ya sea mediante la medicina tradicional o la biomédica.
2. Explicar por qué los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 recurren con frecuencia a la medicina tradicional, a pesar del predominio de la medicina biomédica.

Para cumplir estos objetivos hice visitas de campo programadas entre diciembre de 2024 y marzo de 2025. Durante estas visitas dialogué e interactué con los adultos mayores en cuatro comunidades nativas: tres asháninkas (El Pantanal, Anaro y Sampantuari) y una matsigenka (Pomoreni). Conversé de manera horizontal, los seguí en algunos de sus quehaceres diarios y tomé nota mientras participaba en lo que hacían. No me interesaba solo lo que decían, sino cómo lo vivían y sentían, cómo sus cuerpos y memorias se entretejían con sus decisiones. Esta etnografía

fue una experiencia de escucha y de respeto, donde mis propias certezas se vieron desafiadas por otras formas de saber.

En ese sentido, el estudio se justifica porque muestra cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, que reciben Pensión 65, entienden y cuidan su salud cuando se enferman. Lo hacen en un espacio donde conviven dos maneras de atenderse: la moderna y la de siempre, la tradicional. Al reconocer sus costumbres y conocimientos, surge la idea de pensar en servicios más integrales y que respeten su cultura. El trabajo también ofrece ideas útiles para que las políticas públicas de salud intercultural respondan mejor a sus necesidades reales.

Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas que conocí, no esperan quietos lo que el Estado decida darles. Son personas activas, con historias atravesadas por muchas dificultades, discriminación, trabajo agrícola y, sobre todo, resistencia. Para ellos, la medicina tradicional es una manera de afirmar su identidad y de sostener una forma propia de habitar el mundo. En este contexto, Pensión 65 representa una ayuda estatal concreta, pero no transforma por sí sola las prácticas habituales del sistema de salud predominante. La biomedicina está presente, pero no logró desarraigar lo propio. Este entrecruce fue el que quise investigar, y no otro.

Este trabajo no idealiza las prácticas tradicionales asháninkas y matsigenkas, sino que reconoce su vigencia y legitimidad. Tampoco busca descalificar la biomedicina, sino reflexionar cómo se vive la salud cuando conviven distintos sistemas de salud. Por ello, la vejez es una puerta de entrada privilegiada, pues en los cuerpos envejecidos y en la memoria encarnada, se expresa con fuerza la continuidad o la ruptura entre generaciones, medicinas y mundos.

La tesis se organiza en tres capítulos, precedida por una introducción donde se exhibe la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos del estudio, la metodología y otros aspectos relevantes. En el primer capítulo revisé estudios previos y desarrollé la temática central, junto con los referentes conceptuales. El segundo describe la metodología cualitativa y el diseño etnográfico multisituado que se adoptó, además de otros aspectos esenciales del enfoque. En el último capítulo, presento y discuto los hallazgos, organizados en dos secciones vinculadas con los objetivos específicos del estudio. Finalmente, cierro con las conclusiones alcanzadas y las recomendaciones, seguidas de las referencias bibliográficas usadas y los anexos.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO

En este capítulo presento los antecedentes, la temática del estudio y los referentes conceptuales que dan sustento al análisis y la interpretación.

#### 1.1 Antecedentes del estudio

Al revisar los trabajos sobre el uso de la medicina tradicional y la biomédica en ámbitos indígenas y rurales, salta a la vista que las prácticas curativas ancestrales siguen vigentes en la vida diaria. Los estudios nacionales e internacionales muestran que estas tradiciones no desaparecen ante la modernidad; más bien, conviven con ella, a veces disputando espacios y, otras, entrelazándose<sup>2</sup>.

En el *plano nacional*, Mamani (2024) presentó su artículo «Saber ancestral: uso del *laqatu* en la comunidad San José de Collana, Paucarcolla, 2023», donde se propuso analizar y documentar el empleo del *laqatu* (gusano local) entre los pobladores de San José de Collana. Siguió un enfoque cualitativo etnográfico, utilizando entrevistas, diario de campo y observación participante, para recoger información. Los resultados muestran algo simple, pero contundente: el *laqatu* se mantiene como remedio frente a la tos y fiebre. La razón del porqué persiste, se explica, en parte, por la desconfianza hacia los servicios de salud y el maltrato del personal del centro de salud. Concluye que la medicina tradicional (encarnada en el *laqatu*) continúa vigente, siendo una alternativa ante las experiencias frustrantes con la atención biomédica.

---

<sup>2</sup> Utilicé el gestor bibliográfico Mendeley para organizar tanto los estudios previos como la literatura especializada que sustentó la fundamentación de los referentes conceptuales. Fui incorporando cada fuente tras un proceso de búsqueda en distintos repositorios y bases de datos.

Este estudio me resulta útil porque muestra cómo la persistencia de la medicina tradicional se explica tanto por su eficacia como por las tensiones con el sistema biomédico, un punto clave para esta investigación.

Por su lado, Favaron y Bensho (2021) publicaron «Benshoanon: el proceso curativo de la medicina tradicional del pueblo indígena shipibo-konibo». El objetivo fue mostrar el sentido del proceso curativo desde la mirada shipibo-konibo. Adoptaron la metodología cualitativa y la mirada etnográfica, incluyendo la observación participante, las narrativas y los testimonios orales. La particularidad fue que los autores son también practicantes. Como hallazgo, emergió una idea vertebral: en las comunidades indígenas la curación es integral, ya que implica cuerpo, mente y espíritu, donde con las plantas y las visiones son fundamentales. Señalan, a modo de conclusión, que es preciso reconocer la medicina tradicional no como práctica aislada, sino como sistema integral que merece, por cierto, un diálogo intercultural con la medicina moderna. Este estudio ayuda a pensar que entre los asháninkas y matsigenkas también la curación, en vez de limitarse a lo físico, se vive como un proceso integral que dialoga con sus cosmovisiones.

En «*Health, healthcare access, and use of traditional versus modern medicine in remote Peruvian Amazon communities: A descriptive study of knowledge, attitudes, and practices*»<sup>3</sup>, Williamson et al. (2015) analizaron cómo las comunidades amazónicas remotas del Perú entienden su salud, acceden a servicios y combinan medicinas. Con un enfoque cualitativo de corte etnográfico, usaron entrevistas estructuradas con 85 personas atendidas por una clínica móvil. Los resultados evidencian el predominio de la preferencia por la medicina moderna; sin embargo, una proporción relevante recurre a la tradicional, sobre todo para aliviar el dolor. Las conclusiones apuntan a dos barreras: acceso insuficiente y educación sanitaria limitada, que restringe el uso efectivo de la biomedicina. Este trabajo muestra cómo, pese al acceso limitado, las comunidades mantienen un uso combinado de medicinas, algo que también observo en la presente investigación.

Scott (2011) investigó «La medicina tradicional y la medicina moderna en Cusco», a fin de entender la percepción de los habitantes de Cusco sobre la medicina moderna y tradicional. Llevó a cabo un estudio con enfoque mixto (cuali-cuantitativo) y con carácter exploratorio. Para recoger información empleó entrevistas, observación participante y encuestas, que fueron aplicadas a 150

---

<sup>3</sup> En el proceso de búsqueda de los antecedentes, me encontré con estudios en español y en inglés. Para abordar los textos en inglés, recurrí al traductor en línea DeepL (ver en <https://n9.cl/krz1w>), lo que me permitió comprenderlos y redactar sus ideas de manera parafraseada. Opté por mantener los títulos en su idioma original, consciente de que traducirlos podría distorsionar su significado.

personas. Los resultados evidencian que (aunque la mayoría prefiere la medicina moderna) una fracción significativa sigue usando la tradicional, en especial para tratar afecciones comunes y mediante plantas medicinales. Se concluye que es importante reconocer la relación compleja entre ambos sistemas y promover su integración para mejorar la atención en Cusco. Esta investigación resulta bastante orientadora porque muestra que incluso en contextos urbanos persiste la medicina tradicional, reforzando la necesidad de analizar su vigencia en comunidades indígenas.

En el terreno internacional, Pradipta et al. (2023) realizaron «Traditional medicine users in a treated chronic disease population: a cross-sectional study in Indonesia», buscando entender por qué los pacientes con enfermedades crónicas recurren a la medicina tradicional. Con el enfoque cuantitativo y diseño transversal, complementado por entrevistas cualitativas, trabajaron con 4901 personas de diversas edades y estratos. Los resultados son claros: el 27,1 % de quienes tienen enfermedades crónicas usan medicina tradicional, con mayor frecuencia en casos graves como cáncer, problemas hepáticos, problemas de colesterol, diabetes y accidente cardiovascular. Se concluye que, en casos de enfermedades crónicas, podría haber uso “irracional” de la medicina tradicional; sin embargo, su uso prolongado sugiere un potencial de desarrollo. Este estudio me permite reflexionar que el recurso a la medicina tradicional no desaparece ni ante enfermedades crónicas, lo que refuerza la importancia de comprender sus motivaciones de su uso.

Le et al. (2023), en «Beliefs and Traditional Medicine Use Among Vietnamese Older Adults: The Case Study in Hoc Mon District», analizaron las creencias de los adultos mayores vietnamitas sobre la medicina tradicional. La metodología fue mixta, empleando entrevistas con nueve informantes clave y aplicando encuestas a 22 adultos mayores. Los resultados muestran que el uso de ambos sistemas, aunque la insatisfacción con la medicina occidental, impulsa el uso progresivo de la medicina tradicional (acupuntura y hierbas). Concluye que es preciso promover la medicina tradicional para tratar enfermedades de personas mayores de Vietnam. Estos resultados me resultan cercanos, ya que evidencian cómo la insatisfacción con la biomedicina fortalece el empleo de la medicina tradicional, algo que también busco comprender en esta tesis.

Menéndez (2023), en «De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios», examinó cómo la biomedicina, pese a las críticas culturales, fue ganando espacio en comunidades indígenas de México y América Latina. Siguiendo el enfoque cualitativo, con entrevistas a especialistas y revisión de estudios previos, el autor halló que, aunque hubo resistencias, la biomedicina se expandió, sobre todo para tratar enfermedades crónicas, frente

al declive de la medicina tradicional. En la población indígena, concluye el autor, no ocurre una sustitución, sino mezcla creciente de ambas medicinas, pero con una significativa tendencia hacia el uso de la biomedicina, incluyendo a los especialistas tradicionales. Así, este estudio contribuye al mostrar que la biomedicina se impone en ciertos casos, pero siempre en convivencia con lo tradicional, lo que me ayuda a pensar la situación en Kimbiri.

En Colombia, Coronado-Peña y Suárez (2022) estudiaron el «Uso tradicional de plantas medicinales en adultos mayores del municipio de Arauca» para identificar conocimientos tradicionales basados en el uso de plantas medicinales. El enfoque fue cuantitativo, con encuestas a 96 adultos mayores con conocimientos al respecto. Los resultados muestran que plantas como aloe vera y *Mentha spicata* figuran entre las más usadas para problemas digestivos y respiratorios. La conclusión es doble: la medicina tradicional sigue siendo vital y, al mismo tiempo, se requiere investigación farmacología para validar eficacia, conservar especies y asegurar un uso adecuado. El aporte de este trabajo es valioso, porque evidencia cómo los adultos mayores sostienen la práctica de la medicina tradicional, fortaleciendo la comprensión de sus motivaciones en Kimbiri.

También Castro y Rodríguez (2021), en *Las prácticas tradicionales como proceso de preservación de los saberes ancestrales en el resguardo indígena Muisca de Cota*, buscaron entender cómo influye la medicina tradicional en la conservación de la identidad cultural de la comunidad muisca. Usando la metodología cualitativa, el enfoque interpretativo-descriptivo, así como entrevistas y observación participante, hallaron que la práctica de la medicina tradicional se asocia al diálogo, identidad y relación con el territorio. Por eso, concluyeron, que la medicina tradicional constituye una resistencia frente al olvido y la erosión de sus conocimientos ancestrales. Este antecedente me inspira porque sostiene que la medicina tradicional no solo cura, sino que también preserva identidad y memoria, algo central en la vida de los pueblos amazónicos.

Bautista et al. (2019), en «Medicina tradicional lenca: enfoque antropológico, botánico y farmacológico», se propusieron documentar (desde una etnografía con observación participante y entrevistas) el panorama médico en 10 comunidades lencas junto a 15 médicos tradicionales. Identificaron 71 plantas empleadas no solo para bronquitis o dolores estomacales, sino también para problemas espirituales como el «mal de ojo». Concluyeron que es imprescindible validar científicamente la medicina lenca para preservar y usar con seguridad este repertorio. Este trabajo es importante al revelar cómo la medicina tradicional atiende tanto lo físico como lo espiritual, algo que también caracteriza las prácticas de los pueblos amazónicos.

Por último, Naal (2019) presentó la tesis *Saberes en el uso de las plantas medicinales en José María Morelos, Quintana Roo: Interviniendo y transformando*, donde exploró la transmisión y cambio de los saberes sobre el uso de las plantas medicinales. Emplearon el enfoque cualitativo, específicamente la etnografía e investigación-acción participativa, y aplicando el método Tsikbal. A partir de entrevistas y talleres con adultos mayores y herbolarios, el autor halló uso frecuente de plantas para dolores estomacales, resfriados y afecciones de piel. A pesar de la modernización (que dificulta la transmisión intergeneracional), persiste un fuerte interés por recuperar y custodiar estos saberes mediante la educación comunitaria. Concluye que dicha recuperación es posible lograr de muchas formas a fin de que no se pierdan estos saberes ancestrales valiosos.

En conjunto, los antecedentes muestran que, aun con el predominio de la biomedicina, la medicina tradicional sigue siendo un recurso crucial para las personas y muchos pueblos rurales. Esta comprensión contextualiza la presente investigación, permitiendo entender por qué y cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, alternan y articulan ambos sistemas para atender sus malestares.

## **1.2 Temática del estudio: uso de la medicina tradicional y la biomedicina**

El uso de sistemas médicos constituye un tema central en la antropología de la salud, sobre todo en contextos donde conviven la medicina tradicional y la biomedicina. El concepto «uso» no se limita a la aplicación de tratamientos, sino que abarca decisiones situadas, moldeadas por marcos simbólicos, relaciones de poder y condiciones estructurales que influyen en cómo las personas eligen entre distintas formas de atención.

Farquhar (1994) señaló que «tras descubrir que muchas de sus dolencias más pertinaces no pueden curarse ni tratarse directamente en el marco de la biomedicina», muchos ciudadanos «están desesperados y dispuestos a probar cualquier cosa que pueda funcionar» (pp. 19-20, traducción de la tesis)<sup>4</sup>. Esta búsqueda no se reduce a una respuesta desesperada, sino que debe entenderse desde los sistemas culturales que otorgan sentido y legitimidad a estas prácticas.

En esa línea, Farquhar (1994) planteó que el término «uso» expresa una acción cargada de sentido cultural, donde los sujetos ejercen su agencia al elegir, combinar o rechazar prácticas

---

<sup>4</sup> Yo misma traduje los textos del inglés al español con ayuda del traductor en línea DeepL (ver en <https://n9.cl/krz1w>). Los documentos provenían de fuentes primarias, localizadas tras revisar libros, tesis y artículos científicos relacionados con esta investigación. Las traducciones respondieron exclusivamente a propósitos académicos y permitieron acercarme con mayor claridad a los aportes conceptuales y prácticos que sustentan este trabajo.

médicas, según criterios como la eficacia percibida, accesibilidad, pertinencia cultural y vivencia personal. Por ello, analizar el uso de los sistemas médicos implica comprender estas decisiones en contextos específicos de «pluralismo médico», sin reducirlas a oposiciones binarias entre tradición y modernidad.

Según Kleinman (1980), el enfoque de *pluralismo médico*<sup>5</sup> describe cómo las personas transitan entre distintos sistemas de atención. Esta perspectiva resulta clave para entender el uso de la medicina como un proceso situado: las personas no se vinculan a un sistema por razones ideológicas, sino que negocian de forma constante entre las opciones disponibles, valorando tanto sus efectos prácticos como simbólicos, con el propósito de encontrar la mayor eficacia. Baer et al. (2003), señalaron que «en las sociedades industriales modernas se encuentran, además de la *biomedicina*, el sistema médico dominante, otros sistemas como la quiropráctica, la naturopatía, la ciencia cristiana, la curación por la fe evangélica y diversos sistemas etnomédicos [o medicina tradicional]» (p. 9, traducción de la tesista). Así, el pluralismo médico destaca cómo las personas articulan distintos sistemas de salud según sus necesidades.

Aunque la medicina moderna está disponible para muchos, en las zonas rurales e indígenas todavía resulta difícil llegar a ella. En esos lugares, la medicina tradicional se vuelve la opción más cercana y de confianza, sobre todo para los adultos mayores, que cargan con limitaciones propias de la edad. Como señala Cockerham (2022), la «estructura social» (marcada por lo económico y social) define en gran parte las «oportunidades de vida» (*life chances*); es decir, las chances reales de acceder a recursos y tomar decisiones que afectan el bienestar, según el lugar que cada persona ocupa en esa estructura. A su vez, sigue el autor, las «elecciones de vida» (*life choices*) refieren a las decisiones individuales adoptadas dentro del marco de las oportunidades que esa estructura permite. En ese sentido, las condiciones sociales y económicas delimitan los horizontes de acción de las personas, orientando sus trayectorias hacia determinados estilos de vida.

En ese marco, las políticas públicas en salud intercultural han intentado abordar esta relación dentro del sistema de salud público. Un modo claro de avanzar fue crear una atención en los centros de salud que se acerca a la cultura de la gente. Así, pues, el Estado peruano entendió que esto era necesario. En 2006 aprobó la Resolución Ministerial n.º 638-2006/MINSA en 2006

---

<sup>5</sup> Según Baer et al. (2003), «... el sistema médico de una sociedad consiste en la totalidad de subsistemas médicos que coexisten en una relación cooperativa o competitiva entre sí» (p. 9. Traducida por la tesista). Sin embargo, la variedad de opciones disponibles no conlleva necesariamente al pluralismo médico, ya que este último requiere el reconocimiento y la legitimidad legal de dichas alternativas (Papalini y Avelín, 2022).

(UNFPA, 2017)<sup>6</sup>. Con esto validó la idea y abrió un trato respetuoso entre la medicina “oficial” y la de los pueblos originarios. Diez años después, con el Decreto Supremo N.º 016-2016-SA (Minsa, 2016a), se creó la *Política Sectorial de Salud Intercultural*, el cual sirve para ordenar acciones en todo el país y asegurar una atención de calidad para pueblos indígenas y afroperuanos. Y, algo clave, busca que el personal de salud se prepare mejor para responder con sentido en contextos culturales diversos. Ahora puede ser obvio, pero en su momento no lo era.

El programa Pensión 65 fue otro paso importante. En 2011, específicamente el 19 de octubre, se dio inicio al Decreto Supremo N.º 081-2011-PCM. Buscaba ayudar a quienes tienen 65 o más y viven en pobreza extrema con 250 soles cada dos meses; después, en 2025, ese apoyo pasó a 350. Para muchos adultos mayores, ese monto hace la diferencia; pequeño en el papel, pero grande en la mesa (Midis, 2022). Además, se planteó facilitar que los adultos mayores accedan a servicios de salud de calidad, articulando todo alrededor de la idea de un «envejecimiento saludable» y con trabajo conjunto del Minsa y otras instituciones aliadas. Desde ahí se incorporó el enfoque de *salud intercultural* (o, si se prefiere, la *interculturalidad en salud*), que, por cierto, no es solo un lema: comprende la formación del personal sanitario, la manera de prestar los servicios, los programas de salud y la gestión del sistema en su conjunto (Baixeras, 2006).

Desde un enfoque interpretativo, Good (1994) sostuvo que usar un sistema médico no se limita solo a elegir tratamientos eficaces; al contrario, implica adoptar un marco de sentido sobre la enfermedad y el cuerpo. Las personas buscan explicaciones que armonicen con su visión del mundo y su experiencia cultural. En esa línea, el autor destacó que recurrir a una medicina supone, además, creer en su narrativa. Esta mirada resulta clave para entender por qué muchas personas combinan prácticas tradicionales con tratamientos biomédicos sin advertir contradicciones, dando lugar a un sincretismo que expresa tanto una búsqueda de sentido como de sanación.

Scheper-Hughes y Lock (1987) señalaron que, para entender cómo usamos los sistemas médicos, hay que tener en cuenta la idea de los «tres cuerpos»: el cuerpo individual (lo que cada persona siente), el cuerpo social (interpretado por la sociedad mediante símbolos y normas) y el cuerpo político (marcado por las decisiones y el poder). Además, plantearon que las elecciones terapéuticas no se toman en un vacío; responden a procesos de medicalización, colonialismo y biopoder, sobre todo en lo que concierne al cuerpo político. Según estos autores, el cuerpo se

---

<sup>6</sup> La sigla UNFPA corresponde al Fondo de Población de las Naciones Unidas.

convierte en un espacio donde se inscriben normas sociales, por lo que la elección de un sistema médico también refleja posicionamientos culturales y políticos.

En contextos de convivencia desigual de sistemas médicos, la utilización de la medicina tradicional también representa una forma de resistencia cultural frente a las imposiciones de la biomedicina, así como un medio para revalorar las identidades. Esta elección no siempre responde a una preferencia cultural, sino también a situaciones de exclusión estructural, donde las decisiones terapéuticas se inscriben en el marco de luchas por el poder y el acceso a recursos (Farmer, 1999). Menéndez (2003) propuso una herramienta conceptual clave para comprender cómo las personas recurren a distintas lógicas médicas: los «modelos de atención de los padecimientos»<sup>7</sup>.

Menéndez (2003) cuestionó la visión dicotómica entre biomedicina y medicina tradicional, y criticó el abordaje fragmentado y conflictivo del sector salud, que ignora las «... estrechas relaciones que se dan entre esos modelos a través de las prácticas y representaciones de los sujetos que los utilizan» (p. 185). Frente a esta visión reduccionista, dijo que las personas combinan saberes según sus estrategias de supervivencia, sus experiencias previas y la eficacia que perciben. Además, subrayó que el uso conjunto de medicinas refleja las racionalidades populares activas, y no la confusión o ignorancia. Este enfoque permite cuestionar los discursos que estigmatizan las medicinas tradicionales, y muestra que quienes las eligen lo hacen de forma racional y estratégica.

Así pues, el *uso de la medicina tradicional y la biomedicina* es una práctica situada y racional. Las personas combinan, negocian o eligen tratamientos según la eficacia que perciben, los significados culturales, las condiciones estructurales y las relaciones de poder que enfrentan. Esto evidencia la capacidad de las personas para resistir imposiciones biomédicas, reforzar sus identidades y tomar decisiones alejadas de visiones dicotómicas o simplistas.

En concordancia con ello, esta tesis se sustenta teóricamente en la *antropología de la salud*, entendida como la rama de la antropología social que analiza y busca comprender al ser humano desde las vivencias de salud, padecimiento y enfermedad, inscritas en un tiempo-espacio social, cultural y existencial determinado Boixareu (2016). Así, esta perspectiva plantea que la salud trasciende lo meramente biológico: es una experiencia cargada de sentidos, expectativas, vínculos y desigualdades; además, las decisiones terapéuticas muestran cómo las personas interpretan,

---

<sup>7</sup> Según Menéndez (2003), con modelo de atención se refiere «... no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado» (p. 186).

ordenan y defienden su bienestar, tal como Kleinman (1980), Baer et al. (2003), Good (1994), Menéndez (2003), Farmer (1999), entre otros.

Visto así, el pluralismo médico deja de ser solo la coexistencia de distintos sistemas para convertirse en un campo de agencia y posicionamiento cultural, donde se negocian modos propios de vivir y sanar. Por tanto, la *antropología de la salud* resulta el enfoque más idóneo para examinar cómo los adultos mayores asháninkas y matsigenkas combinan de forma estratégica saberes, recursos y relaciones en su vida diaria para mantener su bienestar físico, emocional y comunitario.

### **1.3 Definición de referentes conceptuales**

#### **1.3.1 Cultura**

En antropología, la idea de “cultura” ha sido ampliamente debatida y revisada. Su diversidad de significados refleja su importancia para comprender cómo las personas organizan su vida y otorgan sentido a sus acciones.

Helman (1984) señaló que la cultura es como una «lente» mediante la cual interpretamos al mundo y aprendemos a desenvolvernos en él. Esta mirada destaca que la cultura es algo aprendido y compartido, un marco que orienta la forma de ver y actuar de las personas, asegurando la transmisión de pautas colectivas que dan coherencia simbólica a la vida social.

Posteriormente, Geertz (2003) otorgó a la cultura un sentido más interpretativo. Para él, «el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre ...» (p. 20). Así, la cultura es un sistema de significados que debe ser interpretado y no descrito de manera mecánica. Con su propuesta de «descripción densa», el autor buscó mostrar cómo las prácticas expresan sentidos en distintos niveles, desde lo ritual hasta lo cotidiano. Por eso dice que interpretar una cultura es «como captar un proverbio, cazar una alusión al vuelo o leer un poema» (p. 29). Aquí, la cultura no solo son normas, sino también significados compartidos en acción, donde las personas construyen y negocian sentidos de forma dinámica y expresiva.

Los aportes de la antropología médica amplían la definición de cultura al asociarla de modo directo con la experiencia del cuerpo y la salud. Kleinman (1980) plantea que la cultura crea «modelos explicativos» de la enfermedad; es decir, los marcos de interpretación que orientan tanto a quienes padecen como a quienes curan. Asimismo, Good (1994) señala que incluso la

biomedicina opera como un «lenguaje cultural», pues articula su práctica mediante símbolos, narrativas y categorías que fueron históricamente construidas.

Por su parte, Lock (1995) muestra que la menopausia, vista en la sociedad occidental como una experiencia biológica universal, en realidad es diversa porque «no existe una menopausia típica, hay tantas menopausias como mujeres» (p. xiv). Así también, Douglas (1973) indica que la cultura funciona como un sistema de clasificación que distingue entre lo puro y lo peligroso, manteniendo el orden y la cohesión social.

Por ende, desde la perspectiva de Geertz, la *cultura* es el «entramado de significados» que orienta la experiencia humana y da sentido a las prácticas sociales. Esta definición permite analizar cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, interpretan la salud y la enfermedad; asimismo, cómo esas tramas culturales sostienen su preferencia por la medicina tradicional frente a la biomedicina.

### **1.3.2 Salud**

La salud fue definida y redefinida en distintos momentos históricos y marcos disciplinares. Existen perspectivas universales y otras que la miran de forma crítica y cultural. O sea, no hay una única manera de entender lo que es la salud.

Hay una definición muy famosa y extendida: salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1946, p. 1)<sup>8</sup>. Suena muy bien, y es ambiciosa, porque pone el foco en el bienestar general, más allá del diagnóstico. El detalle es que, por absoluta, puede ser difícil de lograr. No obstante, el sentido de la salud cambia según cada lugar y cultura, como afirman Gavidia y Talavera (2012): «El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan» (p. 161).

Desde la antropología médica o de salud, la salud se entiende como una construcción social y cultural. Helman (1984) afirma que este campo «se ocupa de cómo las personas de diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la mala salud, los tipos de tratamiento en los que creen y a quién recurren si se enferman» (p. 1, traducción de la tesista). Esto significa que lo que

---

<sup>8</sup> OMS son las siglas de la Organización Mundial de la Salud, el organismo de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) que lidera cooperación internacional en salud pública. Asimismo, coordina emergencias, propone estándares y difunde guías basadas en evidencia (como su conocida definición de salud de 1946) con el fin de orientar países y sistemas de salud.

cada sociedad llama «estar sano» depende de valores, símbolos y prácticas compartidas. Scheper-Hughes y Lock (1987) amplían la mirada con la idea de los «tres cuerpos»: el *individual*, que se ancla en la experiencia íntima del bienestar; el *social*, que simboliza las relaciones colectivas; y el *político*, sobre el que pesan el control y regulación. Con esto, la salud no se manifiesta solo en indicadores médicos (signos vitales, análisis, peso, talla, tasas de mortalidad y morbilidad), sino también en cómo las personas viven, interpretan y negocian sus estados corporales y emocionales en relación con su entorno.

Otra forma de entender la salud nace de la crítica a la medicalización. Illich (1975) sostiene que «la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud» (p. 9). Más adelante afirma:

La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma, aunque moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curar cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella. (p. 216)

Esta mirada resalta la autonomía y la capacidad adaptativa del individuo, y plantea que la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino un proceso de vivir, crecer, sufrir y afrontar la muerte con sentido. En esta visión, «estar sano» equivale a mantener la agencia frente a la tendencia de la biomedicina a clasificar y controlar la vida diaria, como lo sugirió Sen (2002).

Desde la antropología crítica, la salud se entiende como resultado de las relaciones sociales y las desigualdades estructurales. Baer et al. (2003) señalan que la salud debe analizarse en el «contexto de las fuerzas políticas y económicas que configuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales, incluidas las fuerzas a escala institucional, nacional y mundial» (p. 4, traducción de la tesista). Entonces, la salud debería implicar el acceso equitativo a los materiales y simbólicos para hacer posible una vida digna.

Esta forma de analizar se refleja en la situación de los pueblos indígenas, cuya salud se vio históricamente afectada por la colonización, pobreza y exclusión. Según Gracey y King (2009), dichos «pueblos proceden de miles de culturas y están sobrerrepresentados entre los pobres y desfavorecidos. En general, su salud es peor que la de sus homólogos no indígenas» (p. 65,

traducción de la tesista). Por tanto, la salud no es solo un estado individual, sino un derecho colectivo ligado a la justicia social, la redistribución y el reconocimiento cultural.

Así, la *salud* refiere al estado de bienestar del cuerpo y la mente, pero también abarca lo social y lo cultural. No se reduce a la ausencia de enfermedad. Además, está influida por las condiciones de vida y por factores sociales, económicos y políticos que generan desigualdades, sobre todo en los pueblos indígenas. Con esta definición se entiende cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, gestionan sus dolencias y optan entre la medicina tradicional y la biomedicina. Por tanto, sus cuidados muestran la huella de la cultura y de la desigualdad.

### 1.3.3 *Enfermedad*

La enfermedad es un concepto central en los estudios de salud y antropología. La OMS la define como «la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible» (citado por Varon, 2022, párr. 1). Sin embargo, desde la antropología y la sociología de la salud se advierte que esta definición se queda corta, pues reduce el fenómeno a lo biológico. Allí también se presenta la noción del *mal*, siendo culturalmente significativa, que expresa formas de padecimiento que la biomedicina no logra explicar.

Según Helman (1984), cada cultura construye su propia idea de lo que significa enfermar y que estas influyen en la búsqueda del tratamiento. Kleinman (1980) distingue entre *disease* (la categoría biomédica), *illness* (la experiencia personal y cultural del padecimiento)<sup>9</sup> y *sickness* (el aspecto social del malestar). Esta tipología muestra que la enfermedad se acerca a *disease*, mientras que el mal se reconoce mejor en *illness* y *sickness*, porque expresa una vivencia subjetiva, cultural y social que no siempre tiene correlato clínico. Good (1994) afirma que la medicina «construye sus objetos» (p. 65, traducción de la tesista); es decir, no solo los descubre, también los produce como realidades propias. De modo que, la enfermedad requiere signos visibles en el cuerpo, mientras que el mal puede coexistir con la salud orgánica y, al mismo tiempo, revelar dimensiones simbólicas y existenciales que el diagnóstico clínico no logra captar.

---

<sup>9</sup> El *disease* «refiere a anomalías en la estructura y/o funciones de los órganos y los sistemas de órganos; estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos», el *illness* alude a las «dimensiones culturales de la enfermedad» y *sickness* señala a las «dimensiones sociales de la enfermedad» (Young, 1982, citado por Comelles y Martínez, 1993, pp. 58-59).

Farmer (1999) introdujo la noción de «violencia estructural» para explicar que las enfermedades siguen el camino de la desigualdad social. En ese sentido, afirma que «en realidad, la desigualdad en sí misma constituye nuestra plaga moderna. La carga de la desigualdad recae principalmente sobre los pobres y marginados ...» (p. 15, traducción de la tesista). Por su parte, Menéndez (2010) añade que la «salud/enfermedad/atención» deben analizarse de manera conjunta, atravesadas por la hegemonía y subalternidad. Con ello, la enfermedad remite a lo biológico, mientras que el mal manifiesta tensiones sociales y afectivas que no se resuelven solo con fármacos. Ambos aspectos se enlazan en contextos de desigualdad estructural que marcan tanto el hecho de enfermar como la posibilidad de recuperarse o sanarse.

Si bien la definición biomédica de enfermedad se centra en lo fisiológico, en muchas culturas este concepto y el mal no se distinguen con claridad. Bastide (2001) lo explica así:

Incluso, de acuerdo con esta última concepción, se llega a definir la locura y, con pequeñas variantes, también el trance como la pérdida de uno de los principios espirituales constitutivos de la persona humana y la introducción, en su reemplazo, de un espíritu malo enviado por algún brujo. Como quiera que sea, en todos los casos encontramos paralelismo y simetría entre la pesadilla y la locura, entre el buen sueño y la posesión maléfica. Esto determina que el loco, y de igual manera la mujer en trance o el simple durmiente, se constituyan en privilegiados mediadores entre el mundo de lo sobrenatural y el mundo de lo natural. (pp. 7-8)

Según Martín (1994), la biomedicina también recurre a metáforas culturales, pues de la imagen del «cuerpo en guerra» se pasó a la de «cuerpo flexible», reflejando así tensiones de la vida actual. Sin embargo, Bastide (2001) explica que, en muchas culturas, estar mal no es lo mismo que estar enfermo, sino perder la armonía con el mundo espiritual o social. En este sentido, la enfermedad se entiende como la incapacidad del organismo para adaptarse a agentes externos, mostrando síntomas visibles; mientras que el mal alude a un desequilibrio más amplio que no siempre encaja en el lenguaje médico, y que atraviesa un estado de desarmonía (moral, físico, emocional o social) que necesita ser restaurado o sanado.

Dehouve (2018) propuso la idea de la «antropología de lo nefasto» para entender cómo las comunidades indígenas piensan y enfrentan el mal cotidiano, percibido como una amenaza constante. A diferencia de la enfermedad, entendida como desviación fisiológica, este mal se relaciona con la «experiencia compartida de la fragilidad y la infortuna» (Manceron, 2014, citado

en Dehouve, 2018, p. 37). Es decir, no remite a catástrofes y riesgos excepcionales, sino a los peligros permanentes que atraviesan y marcan la vida comunitaria.

Aquí, el mal no se entiende como pecado en el sentido cristiano, sino como experiencias de desdicha, sufrimiento o daño que afectan al individuo y a su entorno. Douglas (1973) lo asoció con la categoría de *peligro*, una amenaza simbólica al orden social y moral. En esta línea, Dehouve (2018) afirma que «el mal es un término que pertenece al vocabulario indígena de la desdicha y, como tal, no se puede descartar, sólo tendremos que tener cuidado de no darle la definición que tiene en el dogma católico» (p. 4). A diferencia de la enfermedad, que alude sobre todo a lo biológico y clínico, el mal expresa un sufrimiento y una amenaza simbólica que alteran el orden social y moral.

Por tanto, la *enfermedad* se entiende como un problema del cuerpo que la medicina reconoce a través de síntomas y diagnósticos clínicos. En cambio, el *mal* se vive como un estado de desequilibrio que afecta lo corporal, espiritual, emocional y social, aunque no siempre existe un daño físico. Así, se explica por qué los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, recurren a la biomedicina o a la medicina tradicional para recuperar el equilibrio perdido.

#### **1.3.4 Medicina tradicional**

En muchas regiones del mundo, la «medicina tradicional»<sup>10</sup> ocupa un lugar clave en el cuidado de la salud y se entreteje con el sistema de creencias de cada cultura. No es accesorio, la verdad, sostiene el bienestar diario y guía las prácticas habituales en comunidades indígenas y rurales (OMS, 2002). Es decir, forma parte de la vida de mucha gente.

Por eso, Menéndez (1994) propone mirarla en su propio marco: «... sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha ‘medicina’, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la ‘medicina tradicional’» (p. 74). En otras palabras, se vive, se negocia y, además, se reinterpreta todo el tiempo.

En esa línea, y desde una mirada antropológica, Brown (citado en Aparicio, 2005) definió la medicina tradicional como:

---

<sup>10</sup> También conocida como medicina «indígena», «étnica», «folclórica», «marginal» o «no oficial» (Delgado, 1999), así como «alternativa» o «complementaria» (OMS, 2013).

La medicina propia de un grupo y de una cultura ya que los sistemas terapéuticos se construyen de acuerdo con las características culturales de los grupos. Si varían éstos, si varían las culturas, variarían también las maneras de entender salud/enfermedad, las formas de abordar los problemas y las propuestas de soluciones. (p. 2)

La medicina tradicional es un conjunto de prácticas de cuidado que nace y se sostiene en la cultura de cada pueblo. Allí se aprenden creencias y formas de entender la salud y la enfermedad que están bien arraigadas. Por eso, al diferenciarla de la medicina moderna, Duquesnoy (2013) habla de «... un acervo de ideas, conceptos y técnicas curativas o de diagnósticos, procesado y compartido por el grupo sociocultural que en él se reconoce e identifica» (p. 3). En pocas palabras, es un saber compartido que expresa identidad y mantiene unido al grupo.

Además, la OMS (2013) reconoce su importancia y la define como «la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales» (p. 15). La verdad, creo, que esta mirada más amplia y cercana a la vida diaria ayuda tanto a prevenir como a tratar las enfermedades.

Aunque la medicina tradicional trata diversas enfermedades crónicas y comunes (afines a la biomedicina), se centra especialmente en las «enfermedades tradicionales» (Menéndez, 1988a), «síndromes culturales» o «males populares» (Pariona, 2017), los cuales se clasifican según sus manifestaciones particulares. Valdivia (1986, citado en Pariona, 2017) lo definió como «... cuadros clínicos que una cultura o un pueblo reconoce y califica como enfermedad. Le asigna un nombre, una etiología e indica procedimientos de prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento que tiene vigencia manteniendo algunos rasgos tradicionales» (p. 46). Por tanto, cada grupo cultural define y maneja sus enfermedades de acuerdo con sus propias tradiciones y saberes.

En esta medicina, sanar o curar implica mucho más que aliviar síntomas. Como indicó Ross (2012), «los rituales de curación, las oraciones, las hierbas medicinales e, incluso la atención biomédica, pueden utilizarse conjuntamente para restablecer la armonía con los mundos natural, social y espiritual con el fin de lograr una mejora o recuperación» (p. 22, traducción de la tesista). Es decir, el cuerpo y el espíritu no se separan, al igual que la persona y su comunidad; más bien, se busca recuperar el equilibrio perdido y sanar de manera integral, no solo el cuerpo.

En este escenario, cuando uno se fija en cómo se organiza el cuidado tradicional, Delgado (1999) recuerda que la medicina tradicional se mueve en dos planos. Uno visible, la medicina

natural, hecha de plantas, minerales y hasta animales. Y otro que es intangible, la medicina mágico-religiosa, que se sostiene en rituales y prácticas espirituales. Sin embargo, no van por separado, sino que se enlazan de forma inseparable. Como apuntaron Sharon y Bussmann (2014), el médico tradicional se mueve en ambos mundos, puente entre lo físico y lo espiritual, y ocupa un rol central en la vida social y en la salud de la comunidad. Este saber exige destreza práctica en el uso de los recursos naturales, pero también una comprensión honda de la cosmovisión local. Ahí donde el médico tradicional se convierte en una figura clave, alguien que no solo cura, sino que guarda y transmite la cultura.

La dimensión mágico-religiosa de la medicina tradicional no entiende la enfermedad como algo únicamente físico, sino como un desajuste que también lo espiritual y lo social. Menéndez (1988a) ya lo había señalado: en muchas culturas indígenas, cuando alguien enferma, no es solo la persona que sufre, también se resquebraja la armonía del grupo. Para recomponer ese equilibrio, se recurre a rituales. Y ahí, Fagetti (2011) muestra que los gestos, las palabras, los rezos, los objetos y las invocaciones se convierten en herramientas del médico tradicional. Según él, «la eficacia del ritual curativo reside justamente en su capacidad de curar al cuerpo y al espíritu, apelando al lado místico y espiritual del individuo, que debe funcionar en sinergia con el cuerpo físico» (pp. 145-146). Puede sonar misterioso, pero al final esos rituales no lo solo ayudan a sanar al paciente, sino también devuelven al mismo tiempo la armonía perdida en la comunidad.

La transmisión de esta medicina es crucial para la vida de la comunidad. Sucede sobre todo de manera oral y vivencial, como quien aprende mirando y escuchando, lo que garantiza que los saberes se queden dentro del grupo. No se trata solo de técnicas para curar, sino también de valores, principios y creencias que dan sentido a esas prácticas. Duquesnoy (2013) lo dejó claro: la oralidad tiene un papel decisivo en la preservación del conocimiento, porque hace posible que pase de una generación a otra y, con ello, se sostenga la identidad cultural y la autonomía del pensamiento indígena. Puede parecer simple, pero ahí descansa buena parte de la continuidad de estos pueblos.

A pesar de todo, la medicina tradicional no es un sistema fijo ni inmutable. Al contrario, es dinámica, cambiando con los intercambios culturales, las influencias que llegan de afuera y los procesos de modernización. Estos giros tienen mucho que ver con la aculturación en comunidades indígenas y, en especial, con la llegada «... de nuevas formas de atención a la salud vinculadas con la medicina occidental» (Jorand, 2008, p. 191). Ahora bien, esos cambios no equivalen a su

desaparición. Más bien, muestran su capacidad de adaptarse, de encontrar un equilibrio y mantener la identidad cultural, sin dejar de lado lo que la biomedicina puede ofrecer.

Por lo tanto, la *medicina tradicional* se entiende como un conjunto dinámico e integral de conocimientos, prácticas de curación y rituales que expresan la cosmovisión de un grupo humano concreto. Esta medicina considera inseparable lo orgánico, lo espiritual y lo social en el cuidado de la salud, conservando así su sentido.

### **1.3.5 Medicina moderna**

La medicina moderna o biomédica<sup>11</sup> parte de una mirada científica: se apoya en pruebas, ordena de modo sistemático lo que se sabe, usa tecnología y aplica protocolos. A lo largo del siglo XX fue sumando avances (medicamentos, cirugías, diagnóstico, prevención) y, con eso, se convirtió en el modelo dominante en casi todo el mundo (Good, 1994). Así, su promesa de precisión atrae mucho.

Vargas y Hernández (2018) lo resumen así: «La medicina moderna es la que se ha construido en la sociedad actual basada en el concepto de causa-efecto, riesgo-enfermedad y en la relación que existe entre el ser humano, el medio ambiente y los microorganismos» (p. 23). Es decir, tiene en cuenta las causas y los riesgos, y cómo se cruzan con la vida y el entorno.

A diferencia de la medicina tradicional, la biomedicina suele tratar el cuerpo como una máquina: se centra en su funcionamiento orgánico e interno. La enfermedad aparece como un desajuste del cuerpo; por eso se prioriza curar antes que prevenir (Engel, 1980). En este sentido, «estar sano» se entiende, sobre todo, como «no estar enfermo», dejando de lado lo subjetivo y cultural (Foucault, 2012). Entendida así, puede ser útil, y de hecho lo es, pero también queda corto.

Para ampliar esta mirada, el modelo «biopsicosocial» de Engel (1980) propone sumar lo psicológico y lo social. Aun así, como advierte Kleinman (1980), la biomedicina sigue operando con una lógica técnica y muy regulada. Es decir, funciona, pero encuadra. Sachs (2011) ordena sus piezas principales: investigación con método, tecnología para diagnósticos más exactos (imágenes, pruebas), fármacos eficaces y decisiones clínicas guiadas por una buena evidencia. A esto se suma la alta especialización de profesionales, protocolos comunes y una red de servicios con distintos niveles, desde la posta hasta el hospital de mayor complejidad (Blas y Sivasankara, 2010).

---

<sup>11</sup> A esta medicina también se le denomina como biomedicina, o medicina «occidental», «convencional», «alopática», «científica» y «tecnológica» (Aparicio, 2005).

La clasificación de enfermedades sigue criterios de la OMS, que actualiza la CIE<sup>12</sup>. Se agrupan por síntomas clínicos, causas y cómo funciona el cuerpo por dentro (Blas y Sivasankara, 2010). Esta perspectiva sirve para desarrollar políticas públicas, elegir tratamientos y planificar recursos. Sin embargo, recibe críticas: su afán de ser universal a veces no ve las diferencias, ya que tiende a «dividir» el cuerpo en secciones, dejando en segundo plano los lazos que existen entre lo biológico, psicológico y social.

Hay más reparos. La tecnificación y la poca personalización pueden enfriar la relación médico-paciente. La «iatrogenia cultural», del cual habla Biassi (2016), nombra algo incómodo: cuando este modelo se impone, debilita saberes de los pueblos y crea dependencia de tecnología y fármacos. Farmer (2003) advirtió que reproduce desigualdades, pues concentra recursos en ciudades y sectores con más ventajas, mientras lo rural y los vulnerables quedan con menos acceso.

De hecho, en contextos marginados pesan barreras muy concretas: distancia a los centros, falta de personal, falta de infraestructura y costos de traslado y tratamiento (Blas y Sivasankara, 2010). A eso se suman las trabas socioculturales, como la discriminación institucional y la imposición del modelo biomédico que no reconoce a la medicina tradicional como opción válida (Aguilar-Peña et al., 2020). El resultado es claro: brechas que se ensanchan y gente más vulnerable.

En resumen, la *medicina moderna* se ocupa del cuerpo y de los síntomas que sirven para diagnosticar y tratar enfermedades. Según esta visión, «estar sano» significa simplemente «no estar enfermo». Sin embargo, con ello se dejan de lado aspectos como la experiencia personal, la dimensión cultural y las desigualdades sociales que también influyen en la salud.

---

<sup>12</sup> La CIE es la sigla de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que incluye la lista oficial de enfermedades publicada por la OMS.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo presento el camino metodológico que seguí desde una perspectiva cualitativa y etnográfica: el tipo y diseño del estudio, el escenario físico y humano que enmarcó el trabajo de campo, la población y la muestra, el método etnográfico, las técnicas empleadas y los instrumentos utilizados. Asimismo, presento el sistema de categorías, códigos y subcódigos que emergió en el análisis de datos, las hipótesis de trabajo, y la descripción del análisis e interpretación de datos.

#### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

Esta investigación se realizó con *tipo cualitativo*, pues buscó comprender cómo los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, otorgan sentido al uso de la medicina tradicional y la biomedicina. Según Creswell y Creswell (2018), este enfoque explora los significados que las personas atribuyen a sus experiencias mediante un proceso inductivo y flexible, donde los datos se recogen en su entorno y se interpretan desde la perspectiva *emic*.

Con ese propósito, elegí el *diseño etnográfico* para comprender cómo los adultos mayores asháninkas y matsigenkas viven y entienden el uso de la medicina tradicional y la biomedicina en su contexto cultural. Según Guber (2016), la etnografía busca conocer la realidad social desde los significados que las personas construyen en su experiencia cotidiana. Requiere que el investigador observe, escuche y participe en la vida comunitaria para captar la realidad desde adentro. Por ende, el conocimiento se construye en la convivencia y el contacto directo con los participantes. En esta línea, opté por la *etnografía multisituada o multilocal* que me permitió seguir las voces y prácticas en escenarios distintos, conectados por trayectorias y vivencias comunes, replanteando la noción de localidad única como unidad de análisis (Marcus, 2001).

A partir de esta elección metodológica, hice trabajo de campo programado en cuatro comunidades nativas del distrito de Kimbiri, El Pantanal, Anaro y Sampantuari (asháninkas), y Pomoreni (matsigenka), donde recogí información que sostienen el uso de la medicina tradicional y la biomedicina. También acudí a actores de espacios institucionales, como del hospital de Kimbiri y del programa Pensión 65, entrevistando a una médica y a un promotor social.

## **2.2 Escenario físico y humano de la investigación**

Adentrarme en las comunidades nativas del distrito de Kimbiri no fue solo cruzar montes, charcos y ríos; fue, sobre todo, aprender a caminar con los pies en el barro, a escuchar el murmullo de la lluvia como un lenguaje antiguo y a leer, en las huellas sobre la tierra, las historias de quienes la habitan. El escenario de este estudio no se entiende únicamente como un espacio geográfico, sino como un territorio vivo, tejido por memorias que resisten, vínculos que se renuevan y luchas que persisten cada día.

En las siguientes líneas, presento una descripción situada de ese entorno físico y humano, donde las voces, saberes y recorridos de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, sostienen el corazón de este trabajo.

### ***2.2.1 Escenario físico: territorios de vida y desafíos geográficos***

La investigación tuvo lugar en el distrito de Kimbiri, provincia de La Convención, Cusco, en la selva alta amazónica. Este territorio, de más de 1134 km<sup>2</sup> y a unos 584 m s. n. m., mezcla una topografía montañosa, superficies irregulares, valles angostos y recorridos por el río Apurímac y sus afluentes, como los ríos Ubiato, Progreso, Chirumpiari, entre otros (Municipalidad Distrital de Kimbiri, 2021). En este territorio, las rutas que conectan las comunidades nativas con la capital distrital dependen del clima, la destreza de los conductores de motocicletas y otros vehículos, y la resistencia física de quienes los transitan.

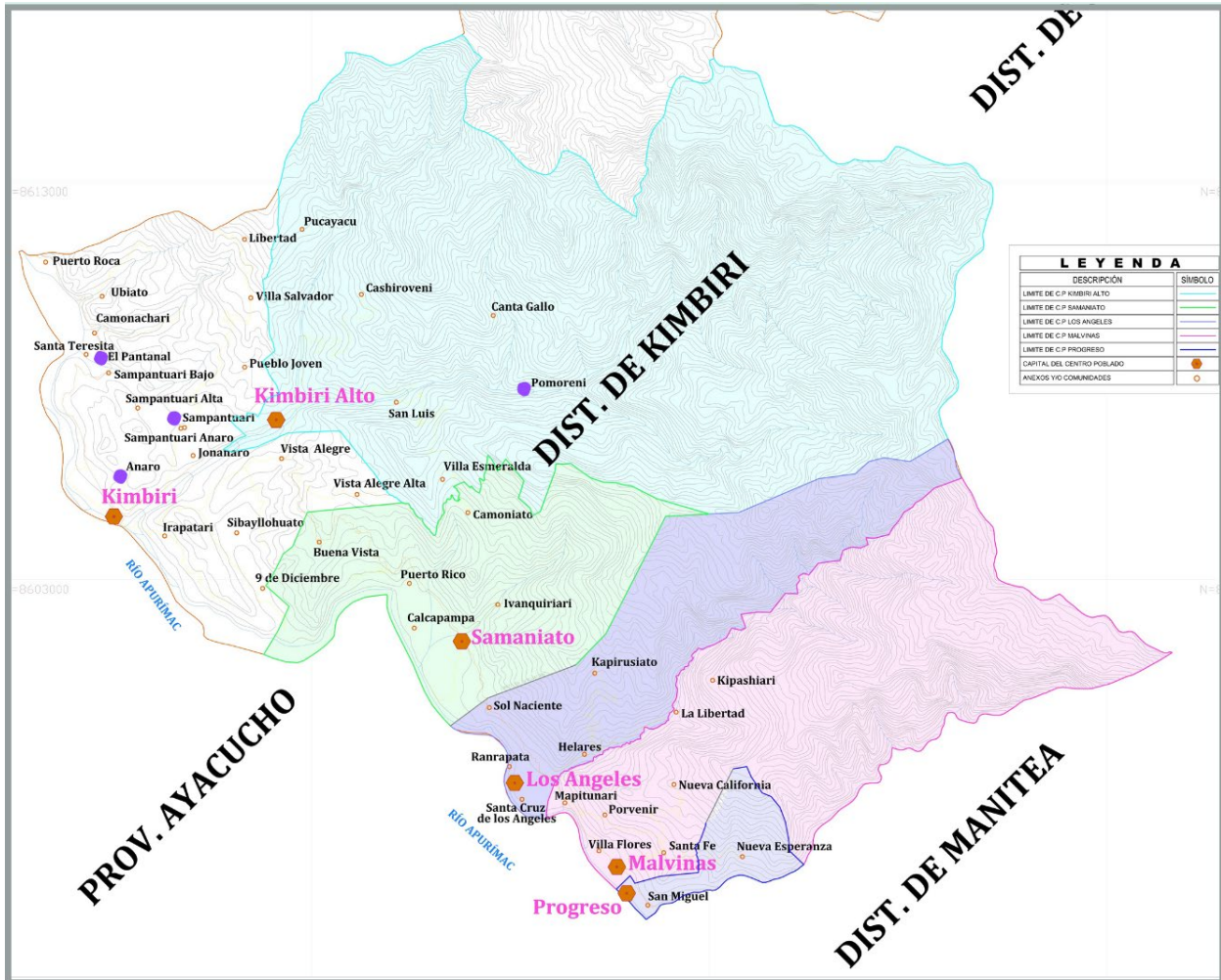
Durante el trabajo de campo, mi cuerpo aprendió a reconocer las señales del clima: el calor que anticipaba tormentas, los zancudos que zumbaban antes de la lluvia torrencial, la niebla que al amanecer cubría las colinas y las chacras como un manto vivo. Así, caminar sobre el lodo espeso, avanzar por senderos resbalosos o cruzar riachuelos crecidos formó parte de mi trayecto a las comunidades El Pantanal, Anaro, Sampantuari y, con mayor dificultad, Pomoreni (ver figura 1).

El clima tropical húmedo, con temperaturas entre 20 °C y 33 °C (Municipalidad Distrital de Kimbiri, 2021), convirtió cada jornada en un ejercicio constante de ajuste al calor, la humedad

y la lluvia. El «chupo» (furúnculo) que brotó en mi brazo dejó una marca visible de esa experiencia: una infección provocada por el contacto continuo con las picaduras de insectos, que me recordó la vulnerabilidad como parte inevitable del trabajo de campo y la vida en la selva alta.

**Figura 1**

*Ubicación de las cuatro comunidades dentro del distrito de Kimbiri*



Nota. Las cuatro comunidades aparecen en el mapa marcadas con un punto morado<sup>13</sup>.

En este territorio, la vegetación lo envuelve todo. Brotan bosques secundarios tras años de cultivo; pequeños recortes de monte «virgen» albergan especies vegetales y faunísticas endémicas; cafetales, cacaoales, cacaes dibujan el paisaje. Los suelos rojizos, fértiles, pero frágiles ante la erosión, sostienen una economía basada en la agricultura. La selva alta, lejos de ser un simple telón de fondo, actúa como un interlocutor vivo: resiste, ofrece, protege y también castiga.

<sup>13</sup> Mapa proporcionado por el Ing. Matías Quispe, del Área de Supervisión de la Municipalidad Distrital de Kimbiri.

### 2.2.2 Escenario humano: vidas tejidas en comunidad

La vida cotidiana de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, transcurre en íntima relación con el territorio. La jornada diaria comienza antes del alba, cuando varones y mujeres se internan en sus chacras para limpiar, sembrar o cosechar. El trabajo agrícola (cultivo de yuca, plátano, maíz, café, cacao, entre otros) no solo sostiene la alimentación y los ingresos; también organiza el tiempo social y ancla la memoria comunitaria.

Las viviendas (construidas en su mayoría con madera, palmas y techos de calamina o palma) se distribuyen de manera dispersa, siguiendo patrones tradicionales que priorizan el acceso directo a las chacras y la autonomía de cada unidad familiar (ver figuras 2 y 3). No hay calles formales, senderos de tierra conectan casas, cultivos y riachuelos, dibujando un paisaje habitado por memorias y trayectorias cotidianas.

#### Figura 2

*Diálogo con Víctor Oré, acompañado por su hijo y hermano*



*Nota.* Registro fotográfico en Anaro.

Los saberes médicos tradicionales conservan su vitalidad. Los adultos mayores resguardan conocimientos sobre plantas, diagnósticos, curaciones y tratamientos naturales. Esta transmisión no se da en espacios formales; por el contrario, ocurre en el trabajo compartido, los consejos que acompañan la preparación de remedios y las caminatas hacia la huerta y el monte. El gesto y el cuerpo enseñan tanto como las palabras. Hijos e hijas viven con los adultos mayores y, durante las entrevistas, tradujeron del asháninka y matsigenka al castellano, y viceversa. También sostuvieron a sus padres y madres al relatar experiencias dolorosas. Esta mediación familiar resultó clave, no solo en el plano lingüístico, sino también como red de apoyo afectivo.

### Figura 3

*Investigadora junto a Domingo Cipriano y sus hijas, después de una conversación*



*Nota.* Registro fotográfico en Sampantuari.

La presencia del Estado en estas comunidades de Kimbiri aparece de forma intermitente y fragmentada. Aunque los adultos mayores acceden a programas sociales como Pensión 65, otros servicios públicos apenas logran integrarse en su vida diaria. La electricidad llega de modo irregular y solo a las cabeceras comunales; el acceso al agua potable depende de pozos, captaciones artesanales o sistemas básicos de distribución; y la cobertura de telefonía móvil se limita a zonas abiertas o elevadas.

El sistema de salud, sostenido en algunos centros de salud dispersos y un hospital situado en la capital distrital, es percibido por los pobladores como ajena. Las barreras lingüísticas, la falta de intérpretes y las diferencias culturales ensanchan una brecha que ni los fármacos logran cerrar. Esta situación refuerza la preferencia por la medicina tradicional, no solo por su eficacia simbólica, sino porque encarna formas de cuidado más cercanas, afectivas y culturalmente comprensibles.

### **2.3 Población y muestra (sujetos de investigación)**

Este estudio se centró en las vivencias actuales de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas del distrito de Kimbiri, beneficiarios del programa Pensión 65. A través de sus experiencias, busqué comprender cómo se entrelazan el uso de la medicina tradicional, la atención biomédica y las políticas públicas en su vida cotidiana. Junto a sus voces, incorporé la de un promotor territorial de Pensión 65 y la de una médica del hospital distrital, actores clave para ampliar el panorama desde el ámbito institucional. Así, todos ellos conformaron la población de este estudio.

La muestra fue *intencionada* y de tipo cualitativo, definida según la pertinencia cultural y vivencia de los participantes, en línea con lo que Flick (2014) denominó *muestreo por criterios*: una estrategia basada en la relevancia de las experiencias más que en la cantidad de casos. Por ello, participaron nueve personas: siete adultos mayores (cuatro mujeres y tres varones), un promotor zonal de Pensión 65 y una médica del hospital de Kimbiri. Para delimitar su inclusión en la muestra, se emplearon los siguientes criterios:

**Tabla 1**

*Criterios de inclusión y exclusión de los participantes de la investigación*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
– Tener 65 años o más.	– No ser beneficiario del programa Pensión 65.
– Pertenecer al pueblo asháninka o matsigenka del distrito de Kimbiri.	– Residir de manera temporal o vivir en la comunidad al momento del trabajo de campo.
– Residir de forma permanente en su comunidad.	– Presentar limitaciones graves de salud o comunicación que impidieran participar, sin apoyo familiar que mediara la entrevista.
– Ser beneficiario activo del programa Pensión 65.	
– Contar con experiencia directa o indirecta en el uso de la medicina tradicional, biomedicina o ambas.	
– Mostrar disposición para dialogar, participar y compartir su experiencia.	

Las diferencias en accesibilidad y proximidad a la capital distrital influyeron en la cantidad y tipo de interlocutores. Las comunidades asháninkas, más cercanas, cuentan con mayor presencia de Pensión 65; en cambio, las matsigenkas, más alejadas, presentan menor cobertura institucional y una población adulta mayor reducida. Esta diferencia territorial, como sostienen Torralbo et al. (2020), configura formas diferenciadas del cuidado y envejecimiento, limitadas por el acceso desigual a los servicios y al reconocimiento estatal. Además, en estas localidades las mujeres mayores superan en número a los varones, lo que explica la composición de quienes participaron en este estudio. A continuación, presento una síntesis de los participantes, no como simples fuentes de información, sino como protagonistas de esta construcción colectiva de saberes.

**Tabla 2**

*Participantes y protagonistas de la investigación*

Nombre	Edad	Comunidad	Etnia	Condición
Anita Aguilar	68	El Pantanal	Asháninka	Beneficiaria de Pensión 65
Víctor Oré	70	Anaro	Asháninka	Beneficiario de Pensión 65
Inocencia Medina	70	Anaro	Asháninka	Beneficiaria de Pensión 65
Teresa Medina	65	Anaro	Asháninka	Beneficiaria de Pensión 65
Domingo Cipriano	65	Sampantuari	Asháninka	Beneficiario de Pensión 65
Elsa Sánchez	68	Pomoreni	Matsigenka	Beneficiaria de Pensión 65
Marcelino Chávez	69	Pomoreni	Matsigenka	Beneficiario de Pensión 65
Rider Santiago	36	Kimbiri	—	Promotor territorial de Pensión 65
Raquel Salcedo	44	Kimbiri	—	Médica asistencial del hospital de Kimbiri

## 2.4 Métodos y técnicas de investigación

Elegí el *método etnográfico* porque buscaba comprender desde dentro cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, sienten y relatan sus experiencias de salud, enfermedad y cuidado. Como señaló Guber (2016), la etnografía no se reduce a una técnica de recolección de datos; más bien, implica estar con los otros, construir conocimiento desde el vínculo, la escucha atenta y la presencia situada. En contextos nativos, donde las lógicas de cuidado, los saberes médicos y las relaciones con el Estado se configuran desde horizontes propios, este método resulta útil, ética y epistemológicamente coherente.

Cómo método, según Guber (2016), la etnografía involucra realizar *trabajo de campo* (implica «estar allí») para obtener información mediante observación participante y entrevistas. En este estudio, se llevó a cabo a través de visitas programadas, en lugar de una estancia continua, realizadas entre diciembre de 2024 y marzo de 2025 en El Pantanal, Anaro y Sampatuari, y Pomoreni. También incluí espacios institucionales como el Hospital San Juan de Kimbiri y las instalaciones del programa Pensión 65. Desde un enfoque multisituado (Marcus, 2001), seguí las trayectorias del cuidado en movimiento, atravesando no solo comunidades, sino también oficinas, postas y redes familiares. Esto me permitió observar cómo los saberes ancestrales y la biomedicina no se excluyen; al contrario, se entretajan, se negocian y conviven en las decisiones complejas.

El ingreso a cada comunidad fue distinto. En Anaro, llegué caminando con el barro hasta los tobillos, guiada por el hijo de una de las participantes, quien me esperaba desde el amanecer. En El Pantanal, me recibió la hija de otra mujer mayor, con una silla tejida en el patio y una olla de agua caliente para el café. En Sampantuari, presencié cómo alistaban plantas para preparar un baño medicinal frente a un niño con fiebre. En Pomoreni, más distante y de difícil acceso, compartí *masato* (bebida fermentada, elaborada a base de yuca) a orillas del río, mientras un adulto mayor me contaba (con voz pausada) pasajes de su juventud. En todos estos casos, los cuerpos hablaron tanto como las palabras: la forma de ofrecer asiento, de encender el fuego y de mostrar una planta en la huerta también formó parte del relato.

Mis interlocutores fueron adultos mayores de 65 años a más, tanto mujeres como varones, beneficiarios del programa Pensión 65. Muchos no hablaban el castellano, por lo que sus hijos o hijas actuaron como traductores e intermediarios culturales (ver figura 2). Su presencia no fue neutra: abrió sentidos, pero también impuso filtros. Aprendí a esperar, a escuchar con el cuerpo, a

acoger silencios y pausas largas. Algunas pláticas comenzaron con anécdotas sobre los nietos; otras, con malestares físicos; y algunas, con un gesto de desconfianza que solo se deshizo al final.

El trabajo de campo también trajo desafíos. Una de ellas fue la distancia y el acceso a las comunidades nativas. En el caso de Pomoreni, la lejanía y el mal estado de la carretera me obligaron a reorganizar la logística de traslado y ajustar el cronograma previsto. En Sampantuari, enfrenté un contratiempo inesperado: durante mi primera visita, la comunidad se encontraba en plena reunión general. Un integrante del Comité de Autodefensa (CAD), visiblemente molesto, me impidió el ingreso y, con tono tajante, me instó a regresar hasta Anaro. Esta situación me permitió comprender que (en estos contextos, cuando celebran reuniones) las comunidades cierran el acceso y exigen la participación de todos sus miembros, sin interrupciones externas.

Otro reto importante fue la barrera lingüística, ya que casi todos los adultos mayores se expresan mejor o solo en su lengua originaria. Para afrontarlo, conté con la compañía de sus hijos y nietos, quienes no solo mediaron el diálogo, sino también ayudaron a crear un clima de confianza. El vínculo en campo se tejió mediante redes de afecto y mediación familiar. Hijos e hijas facilitaron los primeros contactos y, en ese gesto, se manifestó algo más que funcionalidad: se expresó el cuidado, el respeto y la continuidad generacional. Boccagni (2014) habló de «infraestructuras afectivas» para referirse a estas redes que sostienen el encuentro con el otro; en el presente caso, permitieron que las voces de los adultos mayores emergieran con fuerza y dignidad.

En ciertos momentos, la carga emocional de lo narrado o la tensión con algunas personas, como ocurrió un miembro del personal de salud, me llevó a posponer las entrevistas y retomarlas más adelante. Aprendí a no forzar el diálogo y a sostener una actitud atenta, abierta y cortés.

Las escenas urbanas también atravesaron el campo. En el hospital de Kimbiri observé cómo se gestiona la atención a poblaciones nativas: las largas cola de espera, falta de traductores, y la notoria ausencia de adultos mayores de las comunidades estudiadas. Entrevisté a una médica que compartió sus frustraciones ante la resistencia de algunos pacientes a acudir al hospital. En la oficina del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (Ciam), el promotor coordinaba acciones con la responsable del programa de la Municipalidad Distrital de Kimbiri. Me relató las dificultades para llegar a las comunidades alejadas y las limitaciones del programa. Estas voces contrastaban con los testimonios de quienes, con el dinero de la pensión, compran plantas medicinales o insumos rituales antes que pagar un pasaje al hospital.

Mi presencia en estas comunidades fue una travesía llena de aprendizajes. El Pantanal me sorprendió con una espera silenciosa bajo un toldo improvisado, mientras se preparaba la misa dominical y una participante (con quien debía conversar) se alistaba para asistir. Sampantuari me recibió con el esfuerzo compartido de cargar bultos de yuca junto a una familia. En Anaro, me ofrecieron un remedio de plantas para aliviar el «cansancio del corazón», mientras, entre risas, algunas voces decían que me quedaría como nuera. Por último, en Pomoreni, la desconfianza inicial, poco a poco, se transformó en aceptación, gracias al respeto, la escucha atenta y los pequeños presentes que siempre llevaba: golosinas, pan y gaseosa.

En definitiva, el trabajo de campo fue una experiencia encarnada. Caminé, me enfermé, me senté en bancos de madera y tomé infusiones desconocidas. Como ya mencioné, aprendí que el conocimiento antropológico se construye en el encuentro y en la vulnerabilidad compartida, y no desde la distancia.

Respecto a las *técnicas empleadas*, la principal fue la entrevista abierta. Su aplicación me permitió abrir espacios de diálogo donde los adultos mayores y los actores institucionales pudieran relatar con libertad sus experiencias, sin el corsé de preguntas cerradas. Entrevisté a siete adultos mayores, un promotor social de Pensión 65 y una médica del hospital de Kimbiri. Algunas de estas conversaciones ocurrieron en cocinas, otras en patios (bajo los árboles o en las huertas), siempre cuidando tiempos, silencios y el estado anímico de cada participante.

También recurrí a la *observación directa y participante*. Esta técnica me permitió no solo observar, sino además acompañar y sentir los momentos cotidianos en los que la salud y el cuidado se manifiestan. En muchas ocasiones, me invitaron a compartir alimentos, ayudar en tareas o simplemente a escuchar sus voces. La observación participante me exigió atención constante, pero también respeto por el vínculo y los límites que cada comunidad marcaba.

Además, utilicé la fotografía como herramienta adicional de registro. Sin capturar escenas íntimas, pero sí imágenes de espacios, plantas medicinales, caminos y entornos que me ayudaron a rehacer contextos, detallar contextos y sostener una memoria visual del campo. Estas fotografías, tomadas con consentimiento verbal, son formas de atestiguar el entorno desde donde las voces emergieron.

## **2.5 Descripción de instrumentos**

Para recolectar la información, utilicé *tres guías de entrevista abierta*: una dirigida a los adultos mayores, otra al promotor del programa Pensión 65 y una tercera para el personal de salud del

hospital de Kimbiri. Cada guía contenía preguntas abiertas que me permitieron conducir las entrevistas con flexibilidad, adaptándome al ritmo y a la disposición de cada participante. Si bien la mayoría de las ellas se concertaron con anticipación, algunas surgieron de manera espontánea, según lo permitían las circunstancias.

Obtuve el consentimiento informado de manera verbal, respetando las prácticas culturales y lingüísticas de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, quienes en su mayoría no hablan español o lo hacen con muchas limitaciones. Un documento escrito habría generado desconfianza y malentendidos, por lo que expliqué oralmente el propósito de la investigación, la voluntariedad de su participación y el uso de sus testimonios con fines únicamente académicos. En todos los casos, hijos o familiares cercanos acompañaron y validaron este consentimiento. Asimismo, las personas participantes me solicitaron explícitamente que se usaran sus nombres reales, como una forma de afirmación de su identidad, así como el reconocimiento de sus saberes y palabras.

Durante el trabajo de campo llevé una *libreta de notas*, donde registré, de inmediato, datos puntuales y observaciones significativas. Luego amplí en el *cuaderno de campo*. No solo datos, sino también mis reflexiones, emociones que me dejaron las pláticas y decisiones metodológicas. Ese cuaderno se convirtió, creo sin proponérmelo, en un espacio de escritura reflexiva que me ayudó a procesar lo vivido y a sostener una mirada crítica y comprometida.

Además, como apoyo tecnológico usé el grabador de voz del celular para registrar las entrevistas, siempre con autorización previa, claro. También la cámara del mismo aparato me sirvió para captar imágenes del entorno. La verdad es que ambos fueron claves: completaban los apuntes escritos y me permitían reconstruir, con más detalle, los escenarios y las voces del campo.

## **2.6 Categorización emergente: categorías, códigos y subcódigos**

Esta investigación cualitativa, basada en un diseño etnográfico multisituado, no se apoyó en el uso de variables en su sentido clásico, como suele ocurrir en estudios cuantitativos. En su lugar, adopté una mirada interpretativa, propia de la antropología social, que concibe la realidad como un tejido de significados construidos en contextos concretos y vividos (Denzin y Lincoln, 2012). Por lo tanto, no busqué medir comportamientos, sino comprender cómo y por qué los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, usan la medicina tradicional y la biomedicina.

A partir de la convivencia cotidiana, la escucha atenta y el registro detallado en el campo, construí un sistema de categorías, códigos y subcódigos que no partió de un esquema previo. Este entramado analítico emergió desde los propios datos, en sintonía con un enfoque inductivo, como

plantearon Glaser y Strauss (2006), para quienes (en la investigación cualitativa) la teoría nace del contacto directo con el terreno.

Siguiendo a Glaser y Strauss (2006), en una primera fase, mediante la *codificación abierta* en el *software* Atlas.ti, identifiqué unidades relacionadas con las enfermedades que son tratadas usando la medicina tradicional o la biomedicina, así como las razones detrás de la preferencia por la primera. Posteriormente, a través de la *codificación axial*, organicé los núcleos analíticos según relaciones causales, contextuales y simbólicos. Finalmente, la *codificación selectiva* me permitió delimitar y aislar las categorías, códigos y subcódigos (en conexión con los objetivos) que explican el uso y la preferencia por uno u otro sistema médico.

En esta parte también tuve en cuenta las recomendaciones de Coffey y Atkinson (2003), quienes señalaron que los esquemas de codificación en etnografía no son estructuras fijas, sino procesos flexibles que avanzan junto con la interpretación y el vínculo con quienes participan.

Por tanto, el sistema final recoge tanto la lógica analítica como la dimensión relacional del trabajo de campo. En total se precisaron 11 categorías, 32 códigos, 99 subcódigos, y 359 citas etiquetadas, afinadas una y otra vez hasta la versión que presento en el anexo B.

## **2.7 Hipótesis de la investigación**

Si bien en los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas resultan clave para orientar y delimitar el camino. Por eso, las siguientes hipótesis de trabajo también me guiaron tanto en la recopilación como en el análisis de datos:

- a) Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65, tratan síndromes culturales y ciertas enfermedades comunes con medicina tradicional, y recurren a la biomedicina frente a enfermedades crónicas, resistentes o en situaciones de emergencia.
- b) Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, recurren con frecuencia a la medicina tradicional porque la reconocen como un cuidado propio y confiable, mientras que el sistema biomédico les genera desconfianza por sus barreras de acceso y experiencias de discriminación.

## **2.8 Descripción del análisis e interpretación de la información**

El análisis de la información fue un proceso cualitativo, vivido, reflexivo y situado. Lo hice desde la escucha atenta y la inmersión en las experiencias de adultos mayores, asháninkas y matsigenkas

de Kimbiri. Como señalaron Coffey y Atkinson (2003) y Guber (2016), en etnografía analizar no implica aplicar la técnica de forma mecánica; al contrario, se trata de interpretar el mundo desde adentro, reconociendo los sentidos construidos por quienes lo habitan.

El camino analítico transitó cuatro principales fases. Todo comenzó con el *alistamiento del material*: entrevistas grabadas, notas de campo y fotografías tomadas en El Pantanal, Anaro y Sampantuari y Pomoreni. Clasifiqué los archivos por comunidad y los transcribí uno por uno, lo que me permitió volver a entrar en cada escena, revivir gestos, silencios y matices. Luego integré todo en el *software* Atlas.ti 24, una herramienta adecuada para el análisis de datos cualitativos.

Desde allí inicié la fase de *destilación*. Leí con calma y atención, buscando fragmentos que portaran una carga temática, simbólica, emocional o contextual significativa. Al encontrar esas voces, las etiqueté con cuidado y usando una herramienta, *códigos* y, en particular, la opción *asignar códigos* del Atlas.ti. Fue un proceso de codificación abierto e inductivo, como ya se explicó en un punto anterior, siempre en diálogo con los objetivos del estudio.

En la fase de la *vinculación*, a partir de la codificación axial, noté cómo algunos códigos comenzaban a destacarse. Unos aparecían con mayor enraizamiento o frecuencia; otros empezaban a tejer conexiones con distintas categorías y subcódigos. Así fue tomando forma una trama densa, rica en sentidos. Las 11 *redes semánticas*, construidas con Atlas.ti y una codificación selectiva, hacen visibles estos vínculos. Para representarlos, utilicé la herramienta *redes* del citado *software*, así como algunos de sus íconos y líneas:

- ⊙ : *Enraizamiento* o cuántas veces se aplicó un código a fragmentos o partes del texto, conformando citas.
- ◇ : *Densidad* o el número de vínculos que un código establece con otros, mostrando su relevancia conceptual.
- : *Relación unidireccional*, con implicancias de dependencia, causalidad o jerarquía.
- ↔ : *Relación bidireccional*, sin jerarquía.

La *triangulación* cerró este proceso. Puse en diálogo las voces de los adultos mayores con las de una médica y un promotor de Pensión 65, además de mis propios registros de campo. Este cruce permitió consolidar la descripción de los hallazgos y validarlos desde distintas perspectivas, denominada *triangulación de las fuentes de información* (Télez, 2007), antes de avanzar hacia una interpretación más profunda. Siguiendo a De Tezanos (1998), esta fase se sostuvo en la *triangulación interpretativa* que involucra tres vértices conexos: la *realidad*, recogida de las voces

en el campo; la *teoría*, que articula antecedentes y referentes conceptuales; y la *investigadora*, como sujeto situado en un contexto social y cultural. En ese marco, la reflexividad formó parte del vértice que me involucró como investigadora, siendo un componente que enriqueció el análisis sin desplazar la primacía del dato etnográfico ni del marco teórico.

Desde esta perspectiva, asumí una implicación reflexiva, en sintonía con lo que planteó Ghasarian (2008), para quien el trabajo de campo y la escritura forman parte de un mismo proceso interpretativo. La *reflexividad*, lejos de reducirse a una mirada introspectiva, operó como forma de vigilancia epistemológica que permitió reconocer mis propios condicionamientos y resguardar el rigor analítico. Así, la interpretación emergió como un tejido de voces, marcos conceptuales y una mirada situada, manteniendo con claridad la distinción entre lo empírico y su lectura analítica.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este capítulo presento los hallazgos a partir del análisis cualitativo, organizados en dos ejes coherentes con los objetivos específicos de investigación. Cada eje revela prácticas y sentidos construidos por los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, en torno al uso de ambos sistemas médicos.

#### **3.1 Enfermedades y cuidados tradicionales y biomédicos en adultos mayores asháninka y matsigenka**

##### ***3.1.1 Salud, enfermedad y prácticas de sanación tradicional en adultos mayores***

En esta sección comparto los hallazgos sobre las concepciones de salud y enfermedad, los modos tradicionales de diagnóstico y las prácticas terapéuticas entre los adultos mayores.

Opté por seguir una lógica cultural que ellos mismos proponen, dando prioridad a su forma de entender el bienestar, el malestar y los caminos de la curación. Desde las interpretaciones del cuerpo y el alma hasta los males que los llevan a usar sus saberes ancestrales, exploro también cómo la medicina tradicional (a veces entrelazada con la biomedicina) sigue sosteniendo su vida. En este entramado, el rol de Pensión 65 también se hace presente, en un contexto de constante transformación sociocultural.

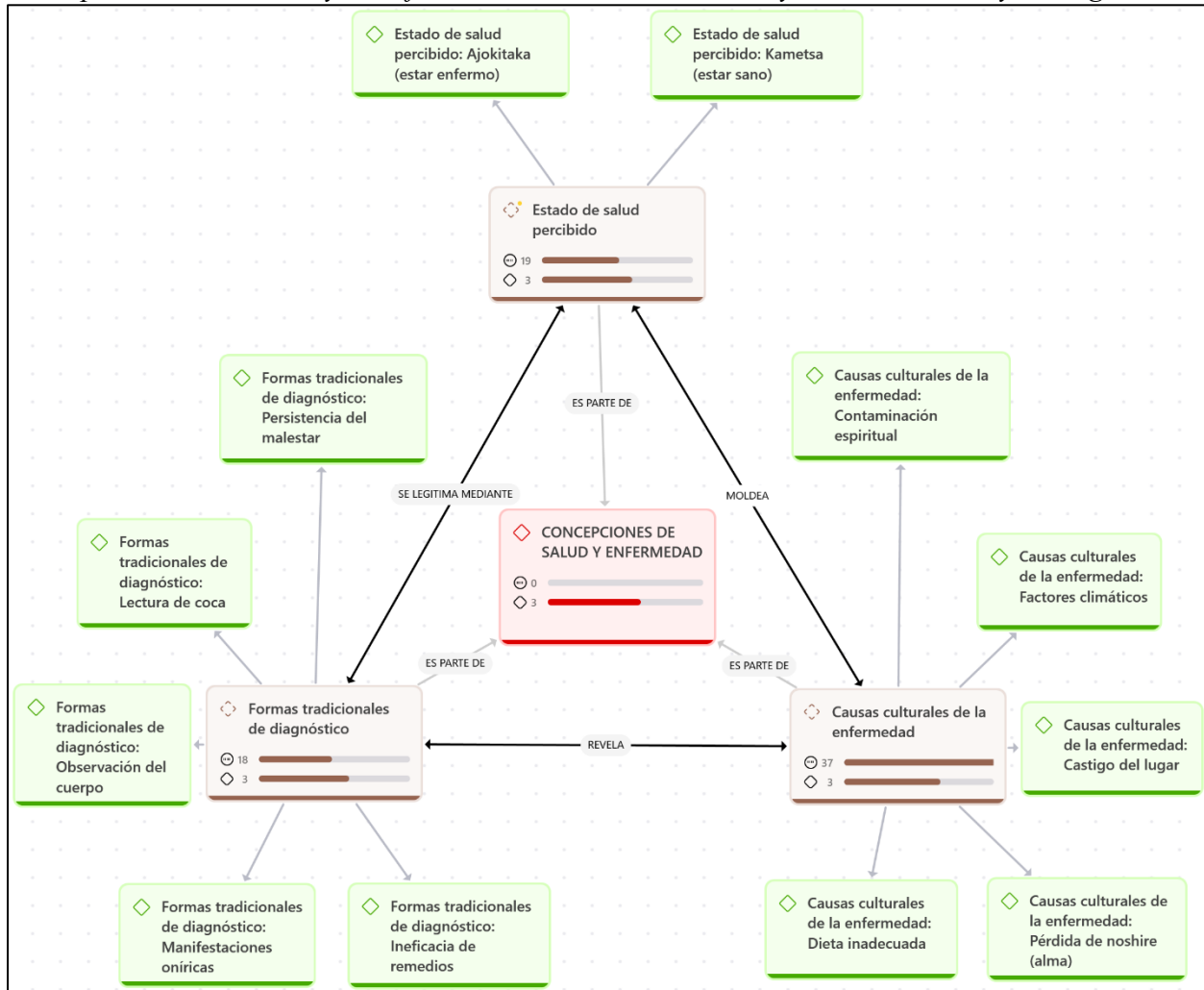
##### **3.1.1.1 Concepciones de salud y enfermedad entre los adultos mayores**

Durante los días que compartí con los adultos mayores asháninka y matsigenka en las comunidades nativas de Kimbiri, entendí que, para ellos, la salud no se limita al cuerpo. Es un estado de profundo equilibrio, donde el cuerpo, las emociones y el espíritu se entrelazan. Al escuchar sus palabras y

compartir su cotidianidad, fui reconociendo causas culturales que, desde su mirada, desencadenan la enfermedad. También me acerqué a los modos tradicionales con que identifican los desequilibrios que afectan su bienestar. Esta comprensión general se recoge en la siguiente figura:

**Figura 4**

*Concepciones de la salud y la enfermedad entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

En el centro de las concepciones sobre la salud y la enfermedad entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, el *estado de salud percibido* expresa cómo sienten y nombran su experiencia corporal: *kametsa* (estar sano, en equilibrio) o *ajokitaka* (estar enfermo o *mal*, en desequilibrio). La red semántica anterior recoge 19 ocurrencias o enraizamientos en testimonios y registros de observación, y se enlaza con tres nodos que reflejan su densidad: forma parte de las concepciones de salud y enfermedad, se legitima a través de las formas tradicionales de diagnóstico

y se configura a partir de las causas culturales de la enfermedad. Estas conexiones revelan que la percepción del cuerpo no es solo individual ni biológica, sino culturalmente codificada.

Mientras conversábamos sentadas en una banca larga de madera, Teresa Medina, adulta mayor asháninka de Anaro, alzó la mano con firmeza y dijo: «*Kametsa* es estar bien, estar sano». No hablaba solo desde la razón, sino desde el cuerpo: una vivencia la atravesaba. Su gesto, cargado de energía, resumía lo expresado por otros adultos mayores: «estar sano» es sentirse alegre, estar feliz, vivir con plenitud y estar en armonía, como muestran otros testimonios en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Concepciones sobre la salud entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Nombre	Comunidad	Etnia	Estar sano
Anita Aguilar	El Pantanal	Asháninka	«Estar bien de salud es no enfermarse».
Teresa Medina	Anaro	Asháninka	« <i>Kametsa</i> es estar bien, estar sano».
Víctor Oré	Anaro	Asháninka	«Cuando estoy sano, estoy alegre...».
Inocencia Medina	Anaro	Asháninka	«Estar bien de salud es estar alegre...».
Domingo Cipriano	Sampantuari	Asháninka	«Estar bien de salud es estar feliz, es estar sano».
Elsa Sánchez	Pomoreni	Matsigenka	«Estar bien de salud es sentirse bien...».
Marcelino Chávez	Pomoreni	Matsigenka	«Estar sano es estar feliz».

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Como se observa, en palabras de los adultos mayores, la salud no se limita a la ausencia de dolencias. Brota de la alegría de estar vivo, de poder moverse, realizar tareas cotidianas, reír y mantener relaciones con los demás. En cada relato aparece una idea común: la salud se experimenta como una unidad entre el cuerpo, el ánimo y los vínculos sociales. No entienden el cuerpo como algo separado del entorno, de la naturaleza. Para ellos, el *kametsa* (estar sano) nace del equilibrio con la naturaleza, la comunidad y los espíritus. Por tanto, la salud no se mide; se siente, se vive.

Al contrario, la enfermedad trae consigo tristeza, dolores e inactividad. En una tarde calurosa y sofocante de Sampantuari, me senté a conversar con Domingo Cipriano. El bullicio del pueblo parecía apagarse bajo el peso del calor. Mi interlocutor, con lentos movimientos, acomodó sus manos hinchadas sobre las rodillas. Sus dedos, rígidos e inflamados, apenas podían cerrarse, y cada leve inclinación le exigía un esfuerzo visible. Mientras se limpiaba el sudor de la frente, me dijo: «*Ajokitaka* es estar enfermo, es una preocupación; a veces, no tenemos ganas de trabajar. Ahorita, tengo artritis; a veces, me siento preocupado». Al igual que él, otros adultos mayores compartieron similares testimonios, como expone la tabla 4.

Por tanto, para los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, el estado de salud se percibe y construye desde la vida cotidiana, lejos de parámetros clínicos y más cercana de lo que se siente en el cuerpo y el ánimo. *Kametsa* (estar sano) significa tener fuerza, sentir alegría y participar en

la vida comunal. «Cuando estoy sano, estoy alegre...», me dijo don Víctor Oré, y en su voz se refleja una idea del bienestar como emoción compartida. En cambio, *ajokitaka* (estar enfermo) significa estar triste, débil y desconectado, una imposibilidad para ir a la chacra, como relató Marcelino Chávez y otros adultos mayores.

**Tabla 4**

*Concepciones sobre la enfermedad entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Nombre	Comunidad	Etnia	Estar enfermo o mal
Anita Aguilar	El Pantanal	Asháninka	«... estar enferma, es estar con dolores».
Domingo Cipriano	Sampantuari	Asháninka	« <i>Ajokitaka</i> es estar enfermo, es una preocupación; a veces, no tenemos ganas de trabajar. Ahorita, tengo artritis; a veces, me siento preocupado».
Víctor Oré	Anaro	Asháninka	«... estar mal [de salud], es estar triste».
Inocencia Medina	Anaro	Asháninka	«... si estás un poco mal, te vas a infectar, ya que no puedes traer leña, ya no puedes cargar...».
Elsa Sánchez	Pomoreni	Matsigenka	«... estar enferma, es estar con dolores; ya no voy a mi chacra, estoy en casa nomás».
Teresa Medina	Anaro	Asháninka	«Con enfermedad estoy triste, sin trabajar».
Marcelino Chávez	Pomoreni	Matsigenka	«Cuando estoy enfermo, no voy a la chacra».

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Las percepciones sobre la salud y la enfermedad entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas no solo aluden al cuerpo, sino también a profundos vínculos con el entorno, la comunidad, los espíritus y uno mismo. Estos pueden estar en un estado de equilibrio o en desajuste.

Algunos investigadores, como Favaron y Bensho (2021), coinciden en que, en contextos indígenas, la salud se concibe como un equilibrio integral. Por su parte, Mamani (2024) mostró cómo los adultos mayores de la comunidad altiplánica de San José de Collana recurren a la medicina tradicional para aliviar molestias que, aunque no encajan en la definición biomédica de «enfermedad», perturban su armonía personal y colectiva.

Este tipo de experiencias encarna lo que Kleinman (1980) denominó *illness*: la enfermedad vivida desde la propia cultura, cargada de sentido y emoción. Menéndez (2003) añadió que, frente a estos malestares, emergen respuestas que no separan el cuerpo del contexto, sino que lo atienden como parte de un mundo vivo. Entre los asháninkas y matsigenkas, la enfermedad se comprende como una expresión del *mal*, concebida como desdicha, sufrimiento o daño (Dehouve, 2018). Por eso, en su modo de hablar, se dice que alguien «está mal», «está con dolores», «está con preocupación», «está triste», «deja de trabajar», «no va a la chacra» o sufre de un «mal del aire». Todas estas revelan que el cuerpo no habla solo; también lo hacen el alma, el ánimo y el entorno.

Durante el trabajo de campo, entendí que la salud, para los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, no siempre se dice; a veces se expresa con el cuerpo en silencio, con

pasos más lentos o con la mirada baja. Este hallazgo es crucial porque nos recuerda que abordar concepciones indígenas sobre salud y enfermedad implica atender a las formas de vivir que otorgan sentido a lo cotidiano desde el cuerpo y la emoción; expresando así lógicas culturales propias de entendimiento y resolución del sufrimiento (Brown, citado en Aparicio, 2005; OMS, 2002, 2013).

Dentro de las concepciones sobre la salud y la enfermedad, las *causas culturales de la enfermedad* emergen como otro aspecto importante, explicando por qué (desde su perspectiva) los adultos mayores asháninkas y matsigenkas se enferman. Su enraizamiento, expresado en las 37 menciones en los testimonios, evidencia su fuerte presencia en el sistema de categorías; mientras que su densidad de 3 indica que forma parte la categoría mencionada, se revelan a través de las formas tradicionales de diagnóstico y moldea el estado de salud percibido (ver figura 4).

**Tabla 5**

*Causas culturales de la enfermedad según los adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Causa cultural	Descripción	Testimonio
Castigo del lugar	Transgresión de un espacio sagrado que reacciona con fuerza espiritual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «<i>Akena kipatsi</i> (enfermedad de la tierra o alcanzo) te da cuando te caes en el lugar donde la tierra tiene su momento que evapora» (Anita Aguilar).</li> <li>– «<i>Kipachi</i> (<i>pacha</i> o alcanzo) me da porque me he caído, y al día siguiente empecé a enfermarme: tenía fiebre, me dolía mi pecho, mi cuerpo» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Pérdida de <i>noshire</i> (alma)	Separación del alma tras un susto o desequilibrio profundo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando se asustan o caminan solos, cuando se caen» (Inocencia Medina).</li> <li>– «El susto viene cuando uno se cae al suelo, cuando hacen asustar...» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Contaminación espiritual	Contacto con energías dañinas que alteran el equilibrio interno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Me dio mal aire, en asháninka se llama <i>atakeri tampea</i>, por Canayre. Eso es Satanás, casi me muero, me dio arriba cuando estaba caminando solo. Yo vivo allá, arriba, y te ataca como mareos: parece borracho, te choca así» (Víctor Oré).</li> <li>– «Mal aire te da cuando, a veces, muere alguien y con ese viento está caminando su alma: nos da fiebre y frío» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Dieta inadecuada	Ingesta de alimentos considerados inapropiados para el cuerpo o el momento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Hay varios motivos; la mayoría siente su cabeza, por pensamiento. A veces, preocupa de alimentación... nos da cuando comes algo pasado o comida malograda» (Domingo Cipriano).</li> <li>– «Nos da dolor de barriga porque, a veces, comemos comida malograda o sucia...» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
Factores climáticos	Ruptura del equilibrio corporal por cambios bruscos en el ambiente natural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Las enfermedades nos dan cuando nos mojamos en lluvia: la gripe y la tos» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Por el calor me da dolor de cabeza» (Marcelino Chávez).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Durante el proceso de análisis de los datos, volví una y otra vez a los relatos de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas. Entre sus palabras, gestos y silencios reconocí un patrón claro:

la enfermedad no se entiende como algo puramente biológico, sino como una consecuencia de rupturas más profundas. Así, identifiqué cinco causas recurrentes en sus narrativas: castigo del lugar, pérdida de *noshire* (alma), contaminación espiritual, dieta inadecuada y factores climáticos.

Como se visualiza en la tabla 5, las causas de la enfermedad o del mal (tal como las comprenden los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas) revelan una concepción relacional de la salud y profundamente anclada en el territorio, el *noshire* (alma) y las fuerzas invisibles que habitan el entorno. Enfermar, según sus relatos, no solo ocurre en el *abatsha* (cuerpo en asháninka), sino cuando se alteran equilibrios sutiles: al transgredir espacios sagrados (como los montes vírgenes o piedras sagradas), sufrir un susto que desprende el *noshire*, entrar en contacto con aires dañinos, ingerir alimentos inadecuados o exponerse a cambios bruscos del clima.

De manera similar, Favaron y Bensho (2021) y Bautista et al. (2019) documentaron que la enfermedad, en contextos indígenas, se comprende como desorden espiritual o ambiental, no solo como patología física. Según Kleinman (1980) y Engebretson (2003), estas causas culturales o *emic* forman parte de un sistema coherente de explicación del *illness*, donde el cuerpo siente lo que el entorno comunica. De este modo, la etiología no se busca en la fisiología, sino en las relaciones afectadas con la naturaleza y con lo invisible, los espíritus.

Durante el trabajo de campo, no solo escuché estas formas de concebir la enfermedad; también las presencié. Una tarde, mientras hablábamos, Elsa Sánchez se rodeó los brazos y me dijo que su cuerpo «se duerme» cuando hay neblina. Lo expresó como una experiencia vivida de un clima que toca, afecta y colma. Gracias a este gesto comprendí que el *abatsha* no se piensa como estructura interna, sino como un sensor que detecta lo que ocurre más allá de sí.

A juicio de Menéndez (2003), los modelos de atención tradicionales se activan desde el reconocimiento de un desorden en los vínculos que sostienen la vida. Para los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, como plantearon la Central Asháninka del Río Ene (Care, 2013), Baer (1994), Delgado (1986b, 1986a) y el Ministerio de Cultura (Mincul, s. f.-b, s. f.-a), la salud se define como equilibrio relacional con el entorno, tanto humano como no humano; en cambio, la enfermedad señala una ruptura en esa armonía.

No se trata solo de síntomas físicos, sino de un malestar que revela desajustes en el orden espiritual, social o ambiental. Sanar, entonces, implica recomponer esos lazos con el saber ancestral, las plantas y los rituales. Por eso, la medicina tradicional responde con mayor profundidad a su modo de vida y a su forma de entender el mundo.

Por último, las *formas tradicionales de diagnóstico* constituyen otro aspecto importante dentro de la red semántica (ver figura 3). Su enraizamiento reúne 18 citas extraídas del análisis de testimonios y registros de observación, mientras que su densidad revela tres conexiones esenciales: forman parte de las concepciones de salud y enfermedad, revelan las causas culturales de la enfermedad y legitiman el estado de salud percibido. En conjunto, estas relaciones muestran que la enfermedad se interpreta y válida desde marcos culturales propios. Del análisis emergieron cinco formas principales de diagnóstico tradicional, que resumo en la siguiente tabla:

**Tabla 6**  
*Formas tradicionales de diagnóstico de la enfermedad entre los asháninkas y matsigenkas*

Formas de diagnóstico	Descripción	Testimonio
Observación del cuerpo	Cambios visibles en el rostro, el cuerpo o el ánimo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... cuando abre sus ojos están amarillos y no duermen y a veces duermen, pero sus ojos están abiertos cuando duerme; está con fiebre. Cuando nos da <i>uta</i> sale heridas» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «... tienes fiebre, dolor de cabeza, te sientes mal, diarrea...» (Anita Aguilar).</li> </ul>
Persistencia del malestar	El mal no desaparece pese al reposo o al paso del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Ya no es normal, si fuera cansancio o algo pasajero, habría pasado» (Teresa Medina).</li> <li>– «Duele y duele la cabeza, te da mareos, mucha fiebre, pasan días o semanas, entonces dices: ‘Creo que me dio <i>kipachi</i> (alcanzo)’ (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Ineficacia de remedios	Los remedios tradicionales no surten efecto, lo que indica un origen distinto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «A la vista, cuando curamos [con nuestra medicina] no sana y llevamos a la posta» (Anita Aguilar, asháninka).</li> <li>– «Te duele cabeza, te duele todo el cuerpo... cuando ya no pasa con hierbas naturales... vamos a la posta a atendernos» (Víctor Oré).</li> </ul>
Lectura de coca	Interpretación ritual del estado de la persona a través de las hojas de coca.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... nos hacemos ver en coca con alguien para saber si tiene enfermedad o no...» (Víctor Oré).</li> <li>– «... viendo la coca sabes qué mal tienes, si es para planta o la posta» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Manifestaciones oníricas	Los sueños revelan el origen o la naturaleza del mal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «En tu sueño te revela si es <i>kipachi</i> (<i>pacha</i>) o <i>notsharongaki</i> (susto)...» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «Si es <i>akena kipatsi</i> sueñas a la vista...» (Domingo Cipriano).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Como se muestra en la tabla 6, entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, diagnosticar una enfermedad va más allá de la aplicación de un procedimiento técnico o situarlo en un momento preciso. Es una forma de leer el cuerpo desde una sensibilidad basada en la vida cotidiana, donde el malestar se revela mediante signos sutiles y encadenados: un rostro que pierde brillo, unos ojos que se tornan amarillos, un sueño que se desordena o una fiebre que persiste. Elsa Sánchez me dijo con mucha claridad: «... cuando abre sus ojos están amarillos y no duermen y a veces duermen...». Anita Aguilar, con firmeza, enumeró los síntomas más comunes: «... tienes

fiebre, dolor de cabeza, te sientes mal, diarrea...». La mirada diagnóstica no depende de aparatos, sino de un saber compartido, que combina lo visible y lo invisible, lo físico y lo espiritual.

La persistencia del malestar marca un punto de inflexión. Cuando el dolor no cede y el cuerpo no responde al descanso ni a los remedios conocidos, surge la sospecha de una dolencia más profunda. Entonces, se piensa que «ya no es normal, si fuera cansancio o algo pasajero, habría pasado», como me comentó Teresa Medina. Marcelino Chávez agregó: «... pasan días o semanas, entonces dices: ‘Creo que me dio *kipachi*». Si las plantas medicinales no funcionan, se abren otras rutas; por ejemplo, acudir a consultar a la hoja de la coca: «... nos hacemos ver en coca con alguien para saber si tiene enfermedad o no...», explicó Víctor Oré. Incluso los sueños ofrecen pistas: «En tu sueño te revela si es *kipachi* (alcanzo) o *notsharongaki* (susto)...», me comentó Elsa Sánchez. Entonces, el cuerpo, la planta y el sueño se vuelven textos legibles para quien sabe leer e interpretarlos. Así, diagnosticar implica tanto identificar el mal como narrarlo dentro de una lógica cultural que entrelaza tiempo, memoria, comunidad y cosmos.

De nuevo, Favaron y Bensho (2021), junto con Mamani (2024), muestran que esta forma de diagnóstico no busca nombrar la dolencia, sino situarla: entender de dónde viene, qué la activa y por qué no se va. Los conceptos de *pluralismo médico* y los *modelos de atención* de Kleinman (1980) y Menéndez (2003), respectivamente, ayudan a comprender que este tipo de lectura del cuerpo responde a otra lógica. No se trata de clasificar el mal o la dolencia, sino de acompañarlo desde marcos de sentido compartidos.

Experimenté esta forma de comprensión muy de cerca. Recuerdo a Inocencia Medina, mientras conversábamos, se detuvo, me miró con calma y dijo: «Cuando la pastilla no funciona, tomamos hierbas...». No habló con ansiedad, sino con la certeza de quien conoce el ritmo del cuerpo. Para ella, un dolor que no se va, molesta y comunica. Señala que algo más profundo se ha movido, algo invisible pero presente. En ese momento, hay que volver a lo conocido.

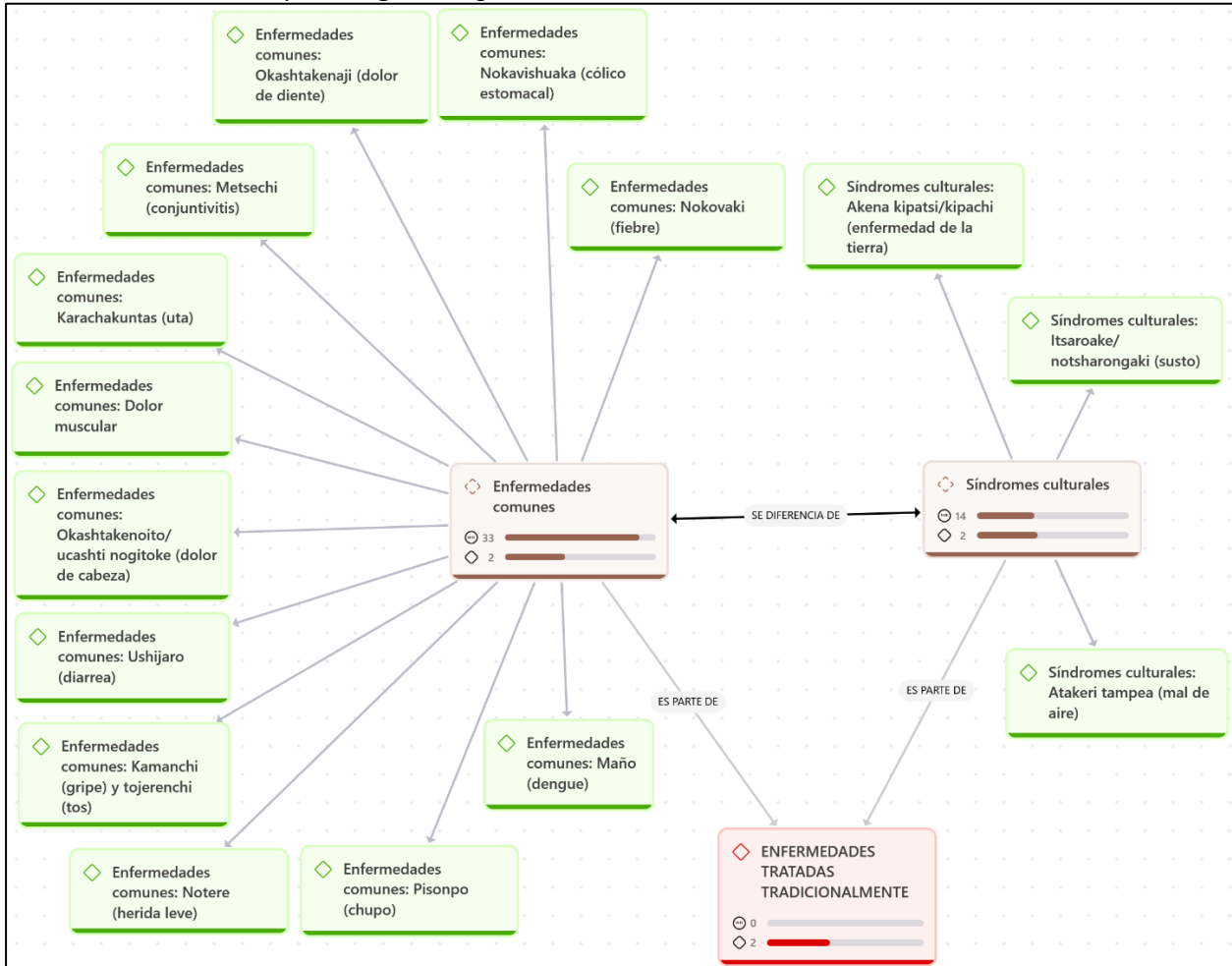
Para estos adultos mayores, diagnosticar no significa identificar un deterioro en el cuerpo, sino reconocer una ruptura. Al cuerpo no se lo examina desde afuera; al contrario, se lo escucha desde muy cerca, como a alguien que nos pide ayuda en voz baja.

### **3.1.1.2 Síndromes culturales y dolencias comunes que convocan la sanación tradicional**

Durante mi estancia junto a los adultos mayores asáninkas y matsigenkas de Kimbiri, entendí que, aunque comparten una concepción común de la enfermedad o el *mal* e incluso nombran las mismas dolencias, no todas las personas padecen al mismo tiempo ni de igual manera.

A partir de los testimonios y de lo que observé *in situ*, el análisis cualitativo me permitió identificar dos tipos de males que llevan a usar la medicina tradicional: los síndromes culturales, vinculados al mundo espiritual, lazos comunitarios y emociones; y los males comunes, que afectan el cuerpo desde una dimensión más física. Estas formas de sentir y nombrar el sufrimiento se representan en la siguiente figura:

**Figura 5**  
*Dolencias asháninkas y matsigenkas que convocan la sanación tradicional*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

En la figura 5, los *síndromes culturales* emergen como una de las formas más significativas de comprender el malestar desde la perspectiva local. Registra un enraizamiento de 14, citas o menciones en testimonios y registros de observación analizados, y presentan una densidad de 2, lo que refleja sus vínculos con la categoría madre y el otro código: forman parte de las enfermedades tratadas mediante la medicina tradicional. Se alejan ligeramente, sin embargo, de la lógica que

explica de las dolencias comunes, centradas en causas físicas y ambientales. Aun así, ambas se abordan desde el saber ancestral.

En mis pláticas con los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, noté rápido que ciertos nombres de males locales aparecían una y otra vez. Tres de ellas me acompañaron durante todo el trabajo de campo: *akena kipatsi* o *kipachi*, también conocida en quechua como *pacha* o *alcanzo*; *itsaroake* (el susto, en asháninka); y *atakeri tampea* (mal del aire, en asháninka). La manera en que los describían me llamó la atención. No los entendían como dolencias comunes, sino como señales de un hondo desajuste que atravesaba lo físico, lo emocional y lo espiritual.

Anita Aguilar, con esa serenidad que pocas veces hallé en otras mujeres mayores, me explicó que el *akena kipatsi* «... te da cuando te caes en el lugar donde la tierra tiene su momento que evapora». Esa imagen se quedó conmigo. La tierra, como un ser vivo, con sus propios ritmos, capaz de afectar a quien la cruza o profana. Marcelino Chávez fue más directo: «... me da porque me he caído, y al día siguiente empecé a enfermarme: tenía fiebre, me dolía mi pecho, mi cuerpo». Al oírlo, percibí que el *kipachi* no nombraba a una dolencia cualquiera, sino lo que sucede cuando alguien, sin saberlo, entra en contacto con un lugar sagrado o cargado de mucha energía.

Algo similar ocurre con el *itsaroake* (susto, *macharisqa*, en quechua), que aparece cuando alguien se cae, se sobresalta o camina solo por el monte. Inocencia Medina me lo dijo sin rodeos: «Cuando se asustan o caminan solos, cuando se caen». Marcelino Chávez lo reafirmó desde su experiencia: «El susto viene cuando uno se cae al suelo, cuando hacen asustar...».

En cambio, el *atakeri tampea* (mal del aire) nace de otra matriz, aunque comparte el mismo tejido. Es un mal que llega con el viento y se manifiesta al cruzar espacios marcados por la muerte o por una energía que perturba. Víctor Oré me habló desde el borde mismo de la vida: «Eso es Satanás, casi me muero, me dio arriba cuando estaba caminando solo. Yo vivo allá, arriba, y te ataca como mareos: pareces borracho, te choca así».

En cada uno de estos relatos, no enferma solo el cuerpo; también lo hace el vínculo con el entorno. Algo invisible, pero presente (respetado o temido) irrumpe en la vida de quienes lo cruzan o se encuentran con él.

Nada de esto ocurría por casualidad. Con el tiempo entendí que estas formas de nombrar y tratar el malestar pertenecen a una memoria viva, heredada y sostenida en la vida diaria. Rider Santiago, promotor zonal de Pensión 65, lo explicó con palabras sencillas, pero firmes: «Ellos prefieren más tratarse con medicinas naturales porque conocen más sobre el tema... vienen

arrastrando eso desde sus antepasados... no confían tanto en las medicinas modernas, ya que piensan que no les cura; al contrario, adquieren otras enfermedades».

En el mismo campo vi cómo esa preferencia se encarnaba en gestos concretos. Recuerdo una tarde en que caminábamos con Marcelino Chávez por un sendero boscoso de Pomoreni, cerca de su casa. De pronto se detuvo, señaló un camino entre árboles y, en voz baja, dijo: «Ahí pasa algo». No quiso explicar más, y yo no insistí. Más tarde supe que, después de cruzar por ese lugar, cayó con fiebre y dolores. Su esposa le preparó un baño con plantas amargas, y se curó.

Estos hallazgos contrastan con lo documentado por Mamani (2024) en Paucarcolla, donde los adultos mayores recurren al *laqatu* para tratar dolencias respiratorias comunes, motivados por la desconfianza hacia la biomedicina. En Kimbiri, al contrario, los males o síndromes culturales como *akena kipatsi/kipachi*, *itsaroake* y *atakeri tampea* remiten a dolencias que desbordan lo corporal y se inscriben en un régimen de sentido mucho más complejo. No se trata solo de elegir entre sistemas, sino de actuar desde una cosmovisión que define cómo nombrar y tratar los males.

En este punto, la comparación con otros estudios marca una diferencia clave. En muchos contextos, se recurre a la medicina tradicional por falta de acceso o por malas experiencias con la biomedicina (Williamson et al., 2015). En las comunidades nativas de Kimbiri, su uso responde a una lógica de causalidad espiritual. Favaron y Bensho (2021) revelaron una explicación similar en los shipibo-konibo de la Amazonía peruana. Es más, en Kimbiri, identifican con precisión lugares, momentos y acciones que «abrieron el cuerpo» al *mal* o daño, en los términos de Dehouve (2018).

Conceptos como el *pluralismo médico* de Kleinman (1980) y los *modelos de atención* de Menéndez (2003) permiten desentrañar por qué estos síndromes legitiman el uso de la medicina tradicional, además de hacerla necesaria. Es así, porque se trata de desequilibrios vividos que atraviesan lo emocional, espiritual y social. Desde esta mirada, como planteó el propio Kleinman, estas dolencias culturales encarnan al mismo tiempo el *illness* (la vivencia subjetiva del malestar) y el *sickness* (su dimensión social y culturalmente compartida). Es decir, lo que siente el cuerpo se entrelaza con lo que la comunidad reconoce como señal de desequilibrio.

Algunos autores refuerzan esta lectura (Valdivia, 1986, citado en Pariona, 2017; Sharon y Bussmann, 2014): en Kimbiri, sanar implica restablecer el vínculo roto con la tierra viva, los espíritus y los propios ancestros. En este contexto, la medicina tradicional no solo encarna una alternativa; sobre todo, es un modo legítimo de nombrar y sanar los desequilibrios. Dolencias como *akena kipatsi/kipachi*, *itsaroake* y *atakeri tampea* constituyen culturalmente específicas en su

causa y atención, pero, sobre todo, por el sentido que las sostiene. Esto no quiere decir, que no puedan ni deben tratarse con la biomedicina. Hacerlo, como me advirtieron los adultos mayores, puede llevarlos a la muerte; porque el daño no se origina en el cuerpo, sino en el plano espiritual, en una transgresión simbólica o en la ruptura de vínculos con el entorno y la comunidad.

La medicina tradicional no se limita al tratamiento de los síndromes culturales; también se usa para atender diversas *enfermedades comunes*. Según la figura 4, esto registra un enraizamiento de 33, que refleja el número de menciones en los testimonios, y una densidad de 2, que indica dos tipos de vínculo: por un lado, es parte del conjunto de enfermedades tratadas a través de la medicina tradicional y, por otro, se diferencia de los síndromes culturales porque sus causas se atribuyen a factores físicos y ambientales. Aun así, ambos tipos se abordan desde el saber ancestral.

En mis conversaciones con los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, registré muchas de estas afecciones, las cuales presento en la siguiente tabla:

**Tabla 7**

*Enfermedades comunes tratadas con medicina tradicional entre los asháninkas y matsigenkas*

<b>Enfermedad o afección</b>	<b>Descripción</b>	<b>Testimonio</b>
<i>Novakavishuaka</i> (cólico estomacal)	Dolor fuerte en el estómago, causado por comida en mal estado.	–« <i>Novakavishuaka</i> (cólico) es cuando te duele el estómago, fuerte te agarra, no puedes ni caminar. Duele bastante» (Domingo Cipriano).
<i>Ushijaro</i> (diarrea)	Evacuaciones frecuentes, por comida sucia o susto.	–«Cuando nos da diarrea nos duele la barriga y nos manda al baño» (Anita Aguilar).
<i>Okashtakenoito / Ucashti nogitoke</i> (dolor de cabeza)	Dolor punzante en la cabeza, por calor o preocupación.	–«A nosotros nos da dolor de cabeza ( <i>okashtakerinoito</i> )...» (Victor Oré).
<i>Okashtakenaji</i> (dolor de diente)	Dolor persistente en dientes, por caries o daño.	–«Dolor de diente porque está malogrado...» (Elsa Sánchez).
Dolor muscular	Dolor en el cuerpo, por esfuerzo físico o peso.	–«Me duele cuando cargo peso...» (Marcelino Chávez).
<i>Nokovaki</i> (fiebre)	Calor intenso con escalofríos.	–«Nos da fiebre, cuando estás enfermo con dolores...» (Anita Aguilar).
<i>Kamanchi</i> (gripe) y <i>Tojerenchi</i> (tos)	Congestión nasal y dolor de garganta, y tos, por la lluvia.	–«La gripe y tos me dan cuando me mojo en la lluvia» (Teresa Medina).
<i>Metsechi</i> (conjuntivitis)	Ojos rojos y con secreción. por suciedad en el ojo.	–«Conjuntivitis te da cuando te entra algo al ojo y se hace rojo y sale lagaña» (Anita Aguilar).
<i>Notere</i> (herida leve)	Cortes o lesiones leves, por caídas o accidentes.	–«... estábamos caminando agarrando raíces, se ha roto y me he caído...» (Marcelino Chávez).
<i>Pisongo</i> (chupo)	Inflamación de la piel, por picaduras o succión.	–«También no da chupo por los mosquitos» (Elsa Sánchez).
<i>Karachakuntas</i> (uta)	Heridas en la piel, por caminar en el monte.	–«Uta sale cuando caminamos por el monte y da heridas» (Inocencia Medina).
<i>Maño</i> (dengue)	Fiebre alta y dolor muscular, por picaduras.	–«Me dio dengue, me curé con verbena y agua de coco» (Anita Aguilar).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, el malestar corporal no se percibe como una simple suma de síntomas; más bien, se inscribe en un marco relacional donde el cuerpo, el entorno y el espíritu dialogan de manera constante. A partir de entrevistas y observaciones en el campo, identifiqué al menos 12 afecciones comunes tratadas con medicina tradicional.

Una de las dolencias más evocadas fue el *novakavishuaka* (cólico estomacal). Domingo Cipriano lo describió con una expresión corporal elocuente, con la mano sobre el estómago y rostro contraído: «... fuerte te agarra, no puedes ni caminar», me dijo. En sus palabras, el dolor físico se tejía con la memoria de una transgresión alimentaria. Al visitar la comunidad de Pomoreni anoté en mi cuaderno de campo lo siguiente: Sonia, hija de Elsa Sánchez, asocia el cólico estomacal con el consumo de «mucho fideo o comida de tienda», mientras que Elsa asentía: «Antes todo era monte». Así, se revela una conexión entre el origen de los alimentos y el equilibrio del cuerpo.

Del mismo modo, el *ushijaro* (diarrea) apareció de forma recurrente en los testimonios. Sus causas combinan lo fisiológico con lo espiritual, ya que se atribuye a alimentos contaminados y eventos que provocan *susto*, entendido como una pérdida temporal del alma. Anita Aguilar me explicó así: «Cuando nos da diarrea nos duele la barriga y nos manda al baño».

Otras afecciones, como el *novakavishuaka* (dolor de cabeza), *kamanchi* y *tojerenchi* (gripe y tos), también muestran una fuerte conexión con el entorno. Víctor Oré me comentó el dolor de cabeza sin precisar su causa; en cambio, Teresa Medina lo vinculó al clima: «La gripe y tos me dan cuando me mojo en la lluvia». Elsa reforzó esta idea al explicar que su cuerpo «se duerme» con la neblina. En todos estos casos, el clima se presenta no solo como contexto, sino también como agente activo del malestar.

El *nokovaki* (fiebre) funciona como señal de alerta. Según Anita Aguilar: «Nos da fiebre, cuando estás enfermo con dolores...». Dolores más localizados, como el *okashtakenaji* (dolor de diente) y el dolor muscular, aparecen con frecuencia entre quienes realizan intensos trabajos físicos, tal como dijo Marcelino Chávez: «Me duele cuando cargo peso...». Por su parte, Elsa Sánchez aludió al dolor de dientes: «... porque está malogrado...», con naturalidad.

Junto a estas dolencias internas, también se presentan afecciones externas. El *notere* (herida leve) y el *pisongo* (chupo o inflamación por picadura), que son tratados mediante baños de plantas o frotaciones con ungüentos caseros. Inocencia Medina habló del *karachakuntas* (uta): «Uta sale cuando caminamos por el monte y da heridas». Anita Aguilar mencionó el *maño* (dengue): «Me

dio dengue, me curé con verbena y agua de coco». Este relato revela la confianza en la medicina tradicional, incluso ante enfermedades que la biomedicina considera críticas.

Raquel Salcedo, profesional de la salud, dijo que muchos adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, «prefieren utilizar sus medicamentos naturales», incluso ante casos sospechosos de dengue y malaria. Esto fue confirmado por Rider Santiago, promotor de Pensión 65.

Todo este conjunto de males no se vive ni se trata como algo aislado, ya que cada una forma parte de una red de significados donde el cuerpo se entrelaza con el alma, clima, alimento y tierra. En este entramado, la medicina tradicional no representa un saber antiguo o secundario; al contrario, se mantiene viva, como una forma legítima de sanar.

A diferencia de otros contextos donde la medicina tradicional se usa debido a restricciones de acceso a la biomedicina (Williamson et al., 2015), en Kimbiri los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, recurren a ella ante un conjunto bien definido de enfermedades comunes. En lugar de tratarse de dolencias menores, estas se entienden como señales de un desequilibrio corporal, emocional o ambiental que pide atención inmediata dentro de un marco cultural propio.

Como mostraron Mamani (2024) y Coronado-Peña y Suárez (2022), estas afecciones están profundamente integradas en la vida cotidiana de los adultos mayores. Su aparición activa un repertorio local de sentidos y saberes que no precisamente concuerda con los criterios biomédicos. Las causas que se mencionan (comida sucia o malograda, lluvia, *susto*, esfuerzo físico) revelan un modo relacional de comprender el cuerpo, donde el malestar no se aísla, sino que se conecta con el entorno, con lo vivido y lo sentido.

Siguiendo las nociones de *pluralismo médico* (Kleinman, 1980) y *modelos de atención* (Menéndez, 2003), estos resultados muestran que la enfermedad se define tanto por su expresión fisiológica como por su interpretación compartida. Algunas categorías *emic* movilizadas por los adultos mayores no son simples traducciones de diagnósticos biomédicos; son formas legítimas de nombrar, entender y atravesar el sufrimiento. Por eso, en contextos locales como las comunidades asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, no basta con aplicar definiciones preexistentes de dolencia. Es preciso atender a los marcos desde los cuales se vive y clasifica el malestar, reconociendo en la medicina tradicional no solo un recurso, sino una vía legítima para restaurar el equilibrio vital.

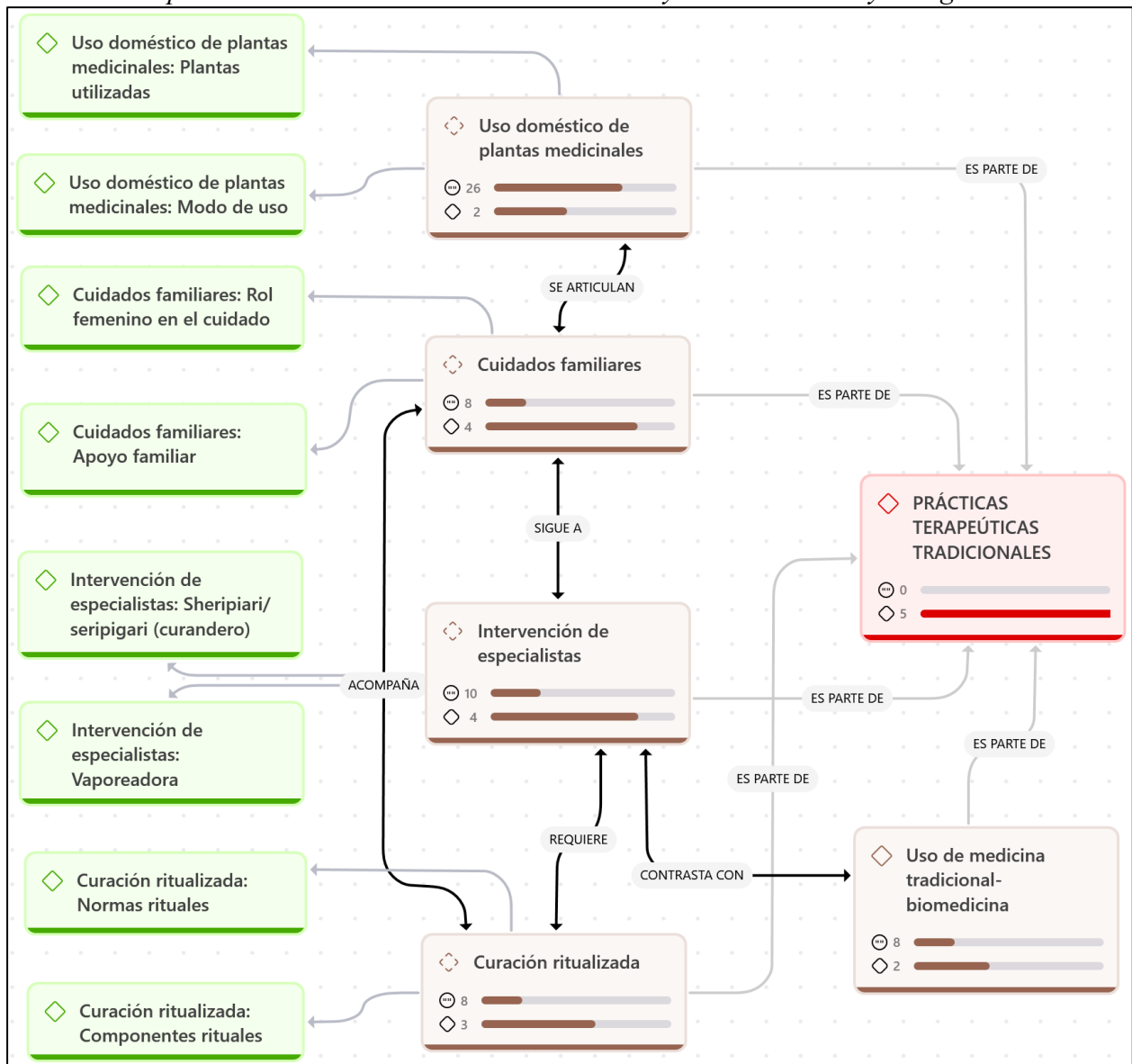
### **3.1.1.3 Prácticas terapéuticas tradicionales ante síndromes culturales y dolencias comunes**

A partir del trabajo de campo y el análisis de datos, observé que (frente a dolencias culturales y comunes) los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri despliegan cinco prácticas

terapéuticas tradicionales. Destaca, en primer lugar, el uso cotidiano de plantas medicinales en el hogar, sostenido en saberes ancestrales. También recurren a especialistas locales cuando buscan sanar más allá de lo físico. Los cuidados familiares, sobre todo ejercidos por mujeres, acompañan y sostienen todo el proceso. A esto se suman las curaciones rituales, guiadas por reglas y elementos precisos. Y, cuando lo consideran necesario, combinan la medicina tradicional con la biomedicina.

Cada una de estas prácticas se entrelaza con las otras, en un equilibrio que expresa su forma de comprender y cuidar la vida, como se presenta en la siguiente figura:

**Figura 6**  
*Prácticas terapéuticas tradicionales entre los adultos mayores asháninkas y matigenkas*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

Como se observa en la figura 6, el *uso doméstico de plantas medicinales* constituye una práctica central. Su enraizamiento, con 26 menciones, revela una presencia constante en los relatos, lo que da cuenta de su papel cotidiano y confiable frente a enfermedades, tanto culturales como comunes. Los modos de uso (infusiones, baños, frotaciones, entre otros) expresan un saber práctico y situado, que se transmite en el hacer. La densidad de 2 indica su articulación directa con la categoría principal y con los cuidados familiares en casa, ya que este ocurre en el hogar.

Así, mientras platicábamos bajo el alero de su casa, don Domingo Cipriano me habló con convicción: «Aquí nos curamos a base de hierbas». Mencionó el *ivinki*, pero bajó la voz, con el respeto que suelen referirse al *susto*: «Eso es para susto», dijo. Luego nombró otras plantas, las que se usan para *akena kipatsi* (enfermedad de la tierra; *pacha* o *alcanzo*, en quechua), y añadió: «Eso es cuando te agarra la tierra». En sus palabras, las hierbas no solo curan; también son presencias vivas, ligadas a la tierra, al origen mismo del mal. Como él, otros adultos mayores nombraron diversas plantas, tal como nuestro en tabla 8:

**Tabla 8**

*Plantas medicinales para sanar enfermedades culturales y dolencias comunes*

Enfermedad	Planta medicinal	Testimonio
<i>Enfermedades culturales</i>		
<i>Akena kipatsi / Kipachi</i> (enfermedad de la tierra)	Ruda ( <i>Ruda graveolens</i> ), clavel ( <i>Dianthus caryophyllus</i> ), achiote ( <i>Bixa orellana</i> ), albaca ( <i>Ocimum basilicum</i> ), rosas ( <i>Rosa spp.</i> ), <i>shonkesshipi</i> , <i>seripana</i> , <i>kamarampi</i> , <i>chimbirioki</i> , <i>tampeashi</i> , <i>mansachi</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Utilizamos ruda, clavel, hojas de achiote, hojas de albaca y rosas... eso se hace para <i>akena kipatsi</i> y <i>isaroake</i>» (Anita Aguilar).</li> <li>– Me dio <i>kipachi</i> porque me caigo... me curé con <i>kamarampi</i> y <i>chimbirioki</i>» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
<i>Itsaroake / Notsharongaki</i> (susto)	<i>Ivinki</i> , <i>eshiseri</i> , palma ( <i>Palmae</i> ), <i>pusanga</i> , clavel, tabaco ( <i>Nicotiana tabacum</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando nos da susto nos curamos con <i>ivinki</i>... nos bañamos con eso» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «Utilizamos <i>pusanga</i>... se hierve y con eso nos bañamos» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
<i>Atakeri tampea</i> (mal del aire)	<i>Seripana</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Uso <i>seripana</i> para el mal de aire...» (teresa Medina).</li> <li>– «Para mal de aire buscamos <i>seripana</i> y con eso nos bañamos» (Domingo Cipriano).</li> </ul>
<i>Enfermedades comunes</i>		
<i>Nokavishuaka</i> (cólico estomacal)	Verbena ( <i>Verbena officinalis</i> ), uña de gato ( <i>Uncaria tomentosa</i> ), cube o barbasco ( <i>Lonchocarpus urucu</i> ), <i>shauripari</i> , hoja de yuca o mandioca ( <i>Manihot esculenta</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para <i>nokavishuaka</i> tomamos una de gato, hoja de cube y verbena» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Para eso usamos la hierba <i>shauripari</i>, parece hoja de yuca» (Teresa Medina).</li> </ul>
<i>Ushijaro</i> (diarrea)	Matos, uña de gato, <i>shauripari</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para <i>ushijaro</i> utilizamos matos y uña de gato» (Inocencia Medina).</li> </ul>
<i>Okashtakenoito/ucashti nogitoke</i> (dolor de cabeza)	Matico ( <i>Piper aduncum</i> ), ceciliana ( <i>Sechium edule</i> ), hierba santa ( <i>Arnica montana</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para <i>ucashti nogitoke</i> usamos matico» (Marcelino Chávez).</li> <li>– «Hierba santa... lo frotas y su juguito lo tomas» (Inocencia Medina).</li> </ul>

<i>Okashtakenaji</i> (dolor de diente)	Hoja de coca ( <i>Erythroxylum coca</i> ), <i>toneki</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para <i>okashtakenaji</i>... <i>toneki</i>...» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «<i>Okashtakenaji</i> es dolor de diente... hoja de coca es bueno» (Domingo Cipriano).</li> </ul>
Dolor muscular	<i>Sevishi</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para dolores del cuerpo utilizo <i>sevishi</i>... me baño en la mañana y en la tarde» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
<i>Nokovaki</i> (fiebre)	Limón ( <i>Citrus limon</i> ), hierba santa, <i>kepishiri</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para fiebre utilizamos limón... combinamos con agua» (Anita Aguilar).</li> <li>– «... es bueno <i>kepishiri</i> (lengua de perro)» (Víctor Oré).</li> </ul>
<i>Kamanchi</i> (gripe) y <i>tojerenchi</i> (tos)	<i>Machiki</i> , uña de gato, matos, cebolla ( <i>Allium cepa</i> ), jengibre o kion ( <i>Zingiber officinale</i> ), limón, palillo ( <i>Curcuma longa</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «La gripe es para cebolla, limón y kion...» (Teresa Medina).</li> <li>– «Para la tos es bueno <i>machiki</i>... y toda clase de hierba entra» (Anita Aguilar).</li> </ul>
<i>Metsechi</i> (conjuntivitis)	Sangre de grado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «<i>Metsechi</i> te da cuando te entra algo al ojo... y sale lagaña» (Víctor Oré).</li> <li>– «Para eso usamos sangre de grado...» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
<i>Notere</i> (herida leve)	Matico, mocomocco, sangre de grado ( <i>Croton lechleri</i> ), copaiba ( <i>Copaifera officinalis</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Si tenemos heridas usamos matico, mocomocco y sangre de grado» (Domingo Cipriano).</li> <li>– «Para herida es bueno sangre de grado y copaiba» (Anita Aguilar).</li> </ul>
<i>Pisonpo</i> (chupo)	Matico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando nos sale <i>chupo</i>, nos curamos con matico» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «Pisongo se cura con matico y otras hierbas...» (Inocencia Medina).</li> </ul>
<i>Karachakuntas</i> (uta)	Sangre de grado, hoja de algodón ( <i>Gossypium spp.</i> ), hoja de nogal ( <i>Junglans spp.</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Para <i>karachakuntas</i> utilizamos sangre de grado, hoja de algodón y de nogal» (Víctor Oré).</li> <li>– «Para uta es bueno sangre de grado y hoja de nogal» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
<i>Maño</i> (dengue)	Verbena, agua de coco ( <i>Cocus nocifera</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Me curé de <i>maño</i> con verbena... y agua de coco» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Para eso es bueno verbena...» (Marcelino Chávez).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Como se aprecia en la tabla anterior, en mis diálogos con los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, se evidencia una distinción clave entre dos tipos de males: aquellas con origen espiritual o anímico (como el *isaroake*, la *akena kipatsi* o el *atakeri tampea*), y aquellas que afectan el cuerpo de forma frecuente, como la fiebre, la diarrea y los dolores.

Esta clasificación no surge de la teoría, sino de la experiencia de los adultos mayores. Se refleja en el modo en que nombran las plantas y en lo que despiertan al hacerlo. Para las primeras, síndromes culturales, mencionan plantas como el *ivinki*, el *kamarampi*, la *pusanga* o el *seripana*. Domingo Cipriano, por ejemplo, dijo con voz baja: «Eso es para susto», como otros también lo hacen al referirse a otras dolencias. Viendo sus gestos, entendí que no hablan solo de remedios;

aluden a fuerzas del monte y presencias que se respetan. Estas plantas no curan solo por lo que hacen, sino por lo que son: están cargadas de intención o agencia. Se conocen por su efecto y su vínculo con lo invisible, con aquello que entra en el cuerpo o le arrebató el *noshire* desde afuera.

En cambio, las *enfermedades comunes* movilizan otro conjunto de plantas medicinales, también presentes en el entorno y la vida diaria. Matico, verbena, uña de gato, sangre de grado, hierba santa y limón aparecen una y otra vez en los testimonios. Muchas crecen en las huertas o en espacios cercanos a las casas (ver figura 7). «Para *ushijaro* utilizamos matos y uña de gato», dijo Inocencia Medina con la claridad de quien afirma algo sabido. Su eficacia no se discute; al contrario, se sostiene en la experiencia, en el uso repetido y lo que han visto sanar.

**Figura 7**  
*Marcelino, junto a la planta matos*



*Nota.* Registrada en Pomoreni.

Las plantas que se usan para curar las enfermedades comunes no tienen el mismo peso ritual que aquellas destinadas a tratar los síndromes culturales; sin embargo, ambas conforman un repertorio doméstico indispensable. Aquí, el saber es práctico, familiar y directo. Se transmite en el diálogo diario, entre generaciones, sin necesidad de teorías ni explicaciones ajenas.

En esta organización del saber vegetal, se evidencia que las plantas no solo se distinguen por lo que curan, sino también por el tipo de vínculo que su uso implica. Algunas exigen respeto y cuidado al nombrarlas; otras, confianza en su constancia. Esa diferencia revela cómo se concibe la enfermedad, cómo se clasifica y cómo se entiende la acción curativa de las plantas. En las comunidades nativas de Kimbiri, las hierbas no son simples recursos naturales; más bien, forman parte de una red viva de relaciones entre personas, cuerpos y territorio.

Mientras caminábamos por su huerta (entre plantas de yuca, plátano y ají), Teresa Medina me dijo que sentía un ardor en el ojo. Con calma, sacó de entre los pliegues de su *cushma* un pequeño frasco de plástico. Lo abrió despacio, levantó el rostro hacia la luz suave de la tarde y, con un gesto seguro, dejó caer una gota espesa y rojiza de sangre de grado directamente en su ojo derecho. No expresó dolor; solo parpadeó despacio, como si su cuerpo reconociera en esa savia una vieja aliada. Observé en silencio. En ese gesto se reunía un saber corporal, íntimo y cotidiano. Tomé una fotografía (ver figura 8), consciente de que allí se revelaba algo más profundo que una práctica medicinal: una relación viva con el entorno, una forma de cuidar el cuerpo desde la memoria y la experiencia.

**Figura 8**  
*Teresa empleando sangre de grado*



*Nota.* Registrada en Anaro.

De este modo, entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, las plantas medicinales se emplean con precisión en el cuerpo, tanto para aliviar dolencias culturales como para tratar afecciones comunes, como muestro en la siguiente tabla:

**Tabla 9**

*Modos de uso de las plantas medicinales entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Enfermedad	Planta utilizada	Modo de uso	Testimonio
<i>Síndromes culturales</i>			
<i>Akena kipatsi</i> / <i>Kipachi</i> (mal de la tierra)	Ruda, clavel, albaca, kamarampi, rosas.	Hervidas y usadas en baños o vapores.	«Todo lo hacemos hervir y con eso nos bañamos» (Anita Aguilar).
<i>Itsaroake</i> / <i>Notsharongaki</i> (susto)	<i>Ivinki</i> , <i>pusanga</i> , tabaco, clavel.	Hervidas para baño o frotación.	«Lo hacemos hervir y nos bañamos con eso» (Elsa Sánchez).
<i>Atakeri tampea</i> (mal del aire)	<i>Seripana</i> .	Baños o sahumeros.	«Buscamos hierbas... con eso nos bañamos» (Marcelino Chávez).
<i>Enfermedades comunes</i>			
<i>Nokavishuaka</i> (cólico estomacal)	Verbena, uña de gato, cube, <i>shaurupari</i> .	Hervidas y tomadas como mate.	«Se hace hervir y se toma como mate» (Anita Aguilar).
<i>Ushijaro</i> (diarrea)	Uña de gato, matos, <i>shaurupari</i> .	Hervidas y bebidas en infusión.	«Se hacer hervir... y eso te tomas» (Víctor Oré).
<i>Okashtakenoito/ucashti nogitoke</i> (dolor de cabeza)	Matico, hierba santa, ceciliana.	Baños o bebidas simples.	«Hierba santa... su juguito le pones en agua y te tomas eso» (Inocencia Medina).
<i>Okashtakenaji</i> (dolor de diente)	Hoja de coca, <i>toneki</i> .	Aplicación directa o infusión.	«Lo ponemos al diente y con eso pasa» (Elsa Sánchez).
Dolor muscular	<i>Sevishi</i> .	Hervido y baño con agua.	«Hago hervir <i>sevishi</i> y con eso me baño en la mañana y tarde» (Marcelino Chávez).
<i>Nokovaki</i> (fiebre)	Limón, hierba santa, <i>kipishiri</i> .	Bebidas simples o infusión.	«Tomamos limón, lo combinamos con agua» (Víctor Oré).
<i>Kamanchi</i> (gripe) y <i>tojerenchi</i> (tos)	Matos, limón, kion, ajo, cebolla, <i>machiki</i> .	Mezcla de hierbas remojadas en trago y bebida en dosis.	«Matos, limón, kión, ajo... todo eso lo remojamos en trago y lo tomamos» (Anita Aguilar).
<i>Metsechi</i> (conjuntivitis)	Sangre de grado.	Aplicación directa al ojo con algodón limpio.	«Para los ojos usamos sangre de grado, lo ponemos con algodón» (Teresa Medina).
<i>Notere</i> (herida leve)	Matico, sangre de grado, <i>mocomoco</i> , <i>copaiba</i> .	Aplicación directa o lavado.	«Lo usamos haciendo hervir y lavamos la herida» (Domingo Cipriano).
<i>Pisonpo</i> (chupo)	Matico.	Baño tibio.	«Lo hacemos hervir y... le ponemos» (Elsa Sánchez).
<i>Karachakuntas</i> (uta)	Sangre de grado, hoja de algodón, hoja de nogal.	Aplicación directa en la piel.	«Lo ponemos donde tiene herida» (Inocencia Medina).
<i>Maño</i> (dengue)	Verbena, agua con coco.	Jugo exprimido y bebido.	«La verbena la apachurras y el líquido lo pones en agua y eso te tomas» (Anita Aguilar).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

En mis encuentros con estos adultos mayores, fui entendiendo que tratar con plantas medicinales no se limita a saber qué usar, sino a cómo hacerlo. Los males culturales, como el *akena kipatsi* o el *itsaroake*, se enfrentan casi siempre con baños de hierbas hervidas: ruda, clavel y

*kamarampi*. «Se hierbe todo», me decían, y «con eso se bañan». Lo afirmaban con la calma de quien enuncia una verdad sabida. Esos baños no solo eran higiénicos; había algo más: el calor, el vapor y el roce con la piel parecen despegar un mal que no se deja ver.

En cambio, para las enfermedades comunes, el tratamiento ocurre desde adentro: mates, infusiones, brebajes mezclados con trago, según la dolencia. Se toma en infusión verbena para el cólico, uña de gato para la diarrea y matico para la fiebre. Algunas plantas, como la sangre de grado, se aplican directo en el ojo o sobre la piel; otras, como la hoja de coca, se colocan sobre el diente dolorido. El modo de uso varía con el tipo de mal; es decir, no es aleatorio. Cada vía parece traducir una lectura sutil del origen y trayecto del dolor. En esa elección, que es práctica pero también corporal, se expresa una forma de entender el cuerpo como territorio relacional, donde el remedio debe actuar según el canal por donde se instaló el daño.

Más allá del uso de plantas y sus modos de uso, las prácticas terapéuticas tradicionales entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri integran los cuidados familiares, intervención de especialistas, curaciones ritualizadas y un entrelazamiento con la biomedicina.

La figura 6 muestra que los *cuidados familiares* ocupan un lugar relevante en el sistema. Con un enraizamiento de 8 y una densidad de 4, aparecen estrechamente vinculados a otras prácticas: forman parte del entramado terapéutico tradicional, se enlazan con el uso doméstico de plantas, anteceden la intervención de especialistas y acompañan la curación ritualizada.

La *intervención de especialistas*, por su parte, presenta un enraizamiento de 10 y la misma densidad. Esa posición se refleja en el sistema categorial: integra la categoría madre, sigue a los cuidados familiares, resulta clave en la curación ritualizada y contrasta con el uso combinado de medicina tradicional-biomedicina.

En cuanto a la *curación ritualizada*, registra un enraizamiento de 8 y una densidad de 3. Se sitúa dentro de las prácticas terapéuticas tradicionales, requiere muchas veces la presencia de especialistas y se realiza junto con los cuidados familiares.

El *uso de medicina tradicional-biomedicina* también muestra un enraizamiento de 8, aunque con una densidad menor, de 2. Esta menor densidad revela conexiones más acotadas en la red semántica (ver figura 6): se integra en las prácticas terapéuticas tradicionales, pero contrasta con la lógica de intervención de especialistas locales, quienes recurren a un repertorio de saberes ancestrales para sanar. Estas cuatro dimensiones las reúno en la siguiente tabla:

**Tabla 10***Prácticas terapéuticas tradicionales entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Práctica terapéutica	Componente	Descripción	Testimonio
Cuidados familiares	Participación familiar	La familia se encarga del cuidado directo del enfermo, aplicando saberes ancestrales en el hogar.	«... en casa nos ayuda mi familia, y tú misma debes cuidarse. Cuando estas en la casa, la familia te tiene que bañar» (Anita Aguilar).
	Participación femenina	Las mujeres lideran la atención sanitaria en la familia, preparando y administrando los remedios.	«... cuando me da mal del aire, mi nuera me cura: trae hierbas del monte y con agua tibia me baña...» (Víctor Oré).
Intervención de especialistas	<i>Sheripiari / Seripigari</i> (curandero)	Sabios reconocidos por su conocimiento en medicina tradicional; realizan diagnósticos y curaciones.	«Cuando tienes <i>akena kipatsi</i> se va al <i>sheripiari</i> , ellos saben...» (Anita Aguilar).
	Vaporeadora	Mujeres especialistas en baños de vapor con plantas, utilizados para aliviar dolencias y purificar el cuerpo.	«Utilizamos <i>kamarampi</i> , las mujeres hacen hervir, y con eso nos hace vapor... nos hace bañar» (Marcelino Chávez).
Curación ritualizada	Normas rituales	Normas que regulan los rituales, como guardar silencio, ayunar o no tocar agua tras la ceremonia.	«Cuando es <i>akena kipatsi</i> tienes que quedarte en casa, sin salir ni tocar agua: si no te cuidas, no hace bien y sigues igual» (Inocencia Medina).
	Componentes rituales	Uso de objetos simbólicos como hojas de achiote, claveles, velas, tanaco y perfumes rituales.	«Cuando es susto, llevamos huevo, clavel, cigarro, caña... y en silencio hacen <i>qayapu</i> » (Elsa Sánchez).
Uso de medicina tradicional-biomedicina	Uso combinado	Se utilizan remedios naturales junto con tratamientos biomédicos, según la gravedad de la enfermedad.	«Cuando me duele mucho y no pasa con hierbas, me llevan al médico; si no me voy a curar, va a avanzar» (Marcelino Chávez).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

En las comunidades nativas de Kimbiri, los hogares se convierten en espacios de cuidado donde la enfermedad reúne a la familia en torno al saber ancestral. Son, sobre todo, las mujeres quienes asumen ese rol: se las ve recoger hierbas del monte, calentar agua en ollas y preparar baños de vapor que llenan la casa con intensos aromas. «... cuando me da mal del aire, mi nuera me cura: trae hierbas del monte y con agua tibia me baña...», me dijo Víctor Oré, destacando la centralidad de las mujeres en estos cuidados cotidianos. En estos momentos, el cuerpo del enfermo o enferma se atiende y protege según las normas del saber tradicional.

Cuando la dolencia se vincula a un mal cultural, como el *akena kipatsi* o el susto, el alivio toma un rumbo ritual. Se acude al *sheripiari* o *seripigari*, quien diagnostica y realiza la curación siguiendo normas precisas: «Cuando tienes *akena kipatsi* se va al *sheripiari*, ellos saben...», afirmó Anita Aguilar, reconociendo la autoridad de estos especialistas. Durante el ritual, objetos como huevos, claveles, vela y cigarrillos se disponen con cuidado, como me explicó Elsa Sánchez:

«Cuando es susto, llevamos huevo, clavel, cigarro, caña... y en silencio hacen *qayapu*», resaltando el valor del silencio y del respeto para que la cura sea efectiva.

Sin embargo, cuando la dolencia persiste (sobre todo en el caso de afecciones comunes), no dudan en acudir también a la atención médica moderna. Al respecto, Marcelino Chávez me dijo: «Cuando me duele mucho y no pasa con hierbas, me llevan al médico; si no me voy a curar, va a avanzar». Su testimonio evidencia cómo se combinan tratamientos tradicionales y biomédicos según lo que exige la situación. En ese tránsito se revela una búsqueda pragmática y estratégica, donde aliviar el sufrimiento pesa más que el origen del remedio.

A partir de mis diálogos en las cuatro comunidades nativas de Kimbiri y del análisis de datos, fui entendiendo que las prácticas terapéuticas tradicionales entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas no solo buscan aliviar dolencias; también preservan el equilibrio entre la vida, la naturaleza y el mundo espiritual. Curarse, más allá de lo físico, implica restablecer la armonía con la comunidad y con los seres invisibles que forman parte de su cosmovisión.

Esta experiencia me llevó a cuestionar los estudios que explican estas prácticas como simples respuestas ante la falta de acceso a la biomedicina, como concluyeron Williamson et al. (2015) y Mamani (2024). Lo que hallé entre los asháninkas y matsigenkas de Kimbiri me mostró algo distinto, tal como planteó Pariona (2017): los adultos mayores eligen cómo sanar no solo por lo que cura el cuerpo, sino también por lo que otorga sentido a la vida y al sufrimiento.

En el contexto que investigué, los males como el *akena kipatsi* e *itsaroake* no se entienden como dolencias comunes; se perciben, más bien, como señales de un profundo desequilibrio en las relaciones con el entorno y los espíritus. El caso de *akena kipatsi* es sobre todo revelador. Aunque sus causas y síntomas se parecen a los que se reportan en zonas de la sierra, la forma de curarlo difiere. En la sierra, como mostró Pariona (2017), se recurre al ritual del *pagapu*, donde se hacen «pagos» a la *Pachamama* y a los *wamanis*, seres espirituales que, según se cree, pueden «atrapar» y «retener» el alma de quien transgrede o falta respeto, como una forma de castigo.

Sin embargo, en Kimbiri, la sanación no pasa por esas ofrendas; se realiza a través de baños y vaporizaciones con plantas medicinales. En esta práctica, el calor y los aromas actúan sobre el cuerpo para expulsar el mal, despegarlo, como si se tratara de una presencia que se adhiere y pesa. La lógica no se basa en la negociación con los seres espirituales, sino en una limpieza profunda que restablece la circulación de la energía vital, como lo sugirió Taussig (2002).

Sobre este contraste de lógicas curativas, Domingo Cipriano me dijo sin rodeos: «... dicen que hacen *pagapu* [se refiere a los colonos], pero nosotros [los nativos] no; los colonos sí lo hacen. Nosotros, como asháninkas, nunca. Nosotros nos sanamos con hierbas, bañándonos». De acuerdo con Ross (2012), esta diferencia revela que cada cultura posee sus propios modos de restaurar la armonía. En el caso de Kimbiri, las plantas median entre las personas y el mundo espiritual.

Si bien no presencié rituales curativos, sí observé prácticas cotidianas de saber ancestral. Recuerdo con claridad a doña Teresa Medina, aplicándose con firmeza la sangre de grado en los ojos para tratar la *metsechi* (conjuntivitis). En ese gesto simple, percibí lo que Farmer (1999) llamó un «uso cargado de sentido»; es decir, no solo se aplica un remedio, sino que se confía en un saber heredado, transmitido de generación en generación. Estas prácticas curativas se inscriben en los «modelos de atención» (Menéndez, 2003), como formas de cuidado que integran experiencia, memoria y autonomía. También revelan lo que Scheper-Hughes y Lock (1987) llamaron «cuerpo social»: un cuerpo que expresa historia, vínculos y resistencia, más allá de lo biológico.

No obstante, en ciertos casos, los adultos mayores participantes no descartan el uso de la biomedicina. Como señaló Menéndez (2003), esta combinación responde a una racionalidad práctica, sobre todo frente a dolencias comunes. Cuando la enfermedad se percibe grave o los tratamientos tradicionales no alcanzan, acuden al centro de salud y buscan medicamentos, sin abandonar sus prácticas. No se trata de una contradicción, sino de una estrategia, explicada por el concepto de *pluralismo médico* (Baer et al., 2003). En Kimbiri, se articulan la medicina tradicional y la biomedicina según las necesidades del cuerpo, sin perder autonomía en sus decisiones de salud; algo similar lo documentó la Central Asháninka del Río Ene (Care, 2013).

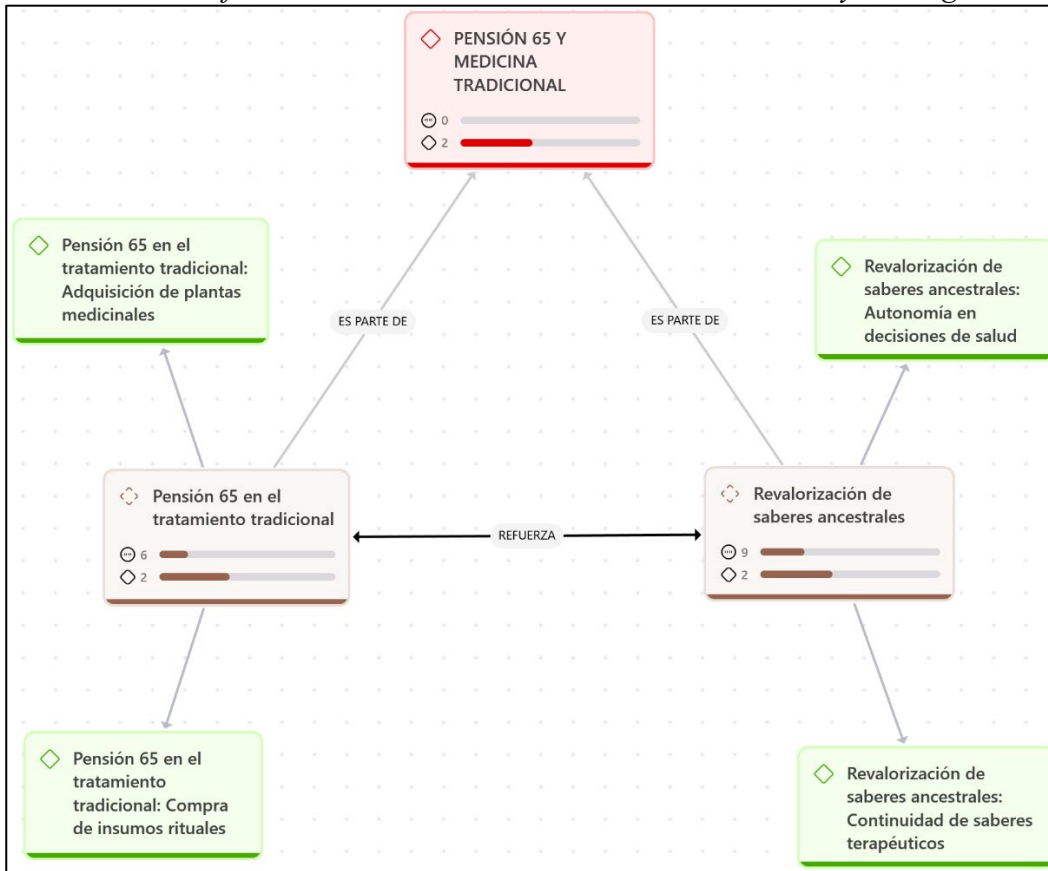
En definitiva, mis observaciones y las voces que escuché me llevaron más allá de mis propias ideas. Entendí que estas prácticas no solo buscan curar; más bien, defienden la dignidad y la identidad cultural (Farmer, 1999). Y esto cobra un valor profundo en un contexto marcado por la expansión de la modernidad y la biomedicina. Comprendí también que, para ellos, sanar no consiste solo en aliviar el dolor; al contrario, implica mantener viva su forma de concebir y habitar el mundo, integrando saberes si hace falta, pero sin renunciar a lo propio.

#### **3.1.1.4 Pensión 65 como apoyo a los saberes curativos tradicionales**

En las cuatro comunidades nativas de Kimbiri, escuché cómo la Pensión 65 permite a los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, fortalecer sus saberes curativos. Con ese ingreso, compran plantas foráneas y componentes rituales. Esta relación se refleja en la figura 9:

**Figura 9**

*Pensión 65 en la fuerza viva de los saberes curativos asháninkas y matisigenkas*



*Nota.* Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

La anterior figura muestra con claridad cómo la Pensión 65 se ha vuelto un recurso clave para los tratamientos tradicionales de salud, un tema que aparece una y otra vez en las voces de los adultos mayores, asháninkas y matisigenkas. Su enraizamiento, con un valor de 6, refleja la frecuencia con que surge en los relatos; mientras que su densidad, de 2, indica cómo este asunto forma parte de la categoría principal y fortalece la revalorización de saberes ancestrales.

Anita Aguilar, sentada en la entrada de su casa, me habló con voz pausada. Me contó cómo una parte de la pensión que recibe le permite cubrir lo necesario para los tratamientos tradicionales: «Con esa plata compramos trago, clavel, jabón, vela... y vamos donde una señora que cura *isaroake*», me dijo, mientras sus dedos jugaban distraídos con el borde de su *cushma*.

Por su parte, Teresa Medina me explicó que con ese mismo ingreso adquiere *yudón*, sangre de grado y aceite de copaiba, que traen desde Junín, de un lugar llamado Pampa Alegre: «El aceite de copaiba es especial para las heridas, es de color amarillo y lo sacan de un árbol que se llama cobe», precisó, con ese tono de quien resguarda un saber transmitido de generación en generación.

También Elsa Sánchez me contó que, cuando llega el día de cobrar la pensión, aprovechan para comprar remedios que no hallan en su entorno cercano. Mencionó, otra vez, la sangre de grado y el aceite de copaiba, precisos para curar las heridas que deja la *karachakuntas* (uta). Añadió la compra de claveles, huevo, cigarros y trago, componentes esenciales para realizar *qayapu*; ese ritual ancestral que cura el *notsharongaki* (susto): «Ahora, en Kimbiri, le hacemos curar con huevo, clavel y cigarro; en silencio se hace, puede ser a las siete de la noche o a la medianoche», comentó con mucha confianza.

En relación con la *revalorización de saberes ancestrales* (ver figura 9), este tema presenta un enraizamiento de 9. Su densidad, de 2, indica una relación jerárquica con la categoría principal y se refuerza con el uso de la Pensión 65 en el tratamiento tradicional.

Durante mis diálogos con los adultos mayores, muchos coincidieron en que la pensión les ayuda, de algún modo, a sostener su autonomía en las decisiones sobre su salud. Gracias a ese ingreso, pueden elegir tratamientos de acuerdo con sus creencias. Inocencia Medina me dijo con firmeza: «Nosotros mismos nos curamos, no vamos a la posta porque con suero uno se puede morir». Como ya mencioné, esta pensión permite a estas personas adquirir plantas medicinales que no se hallan en el lugar. Así, deciden cómo y cuándo atender sus dolencias, tanto las culturales como las comunes, sin depender del sistema de salud.

Esta realidad no pasa desapercibida para el propio programa. Rider Santiago, promotor territorial de Pensión 65, señaló que los adultos mayores de las comunidades nativas en cuestión valoran seguir sus propios caminos de sanación, convencidos de que la medicina moderna «solo calma, no cura», y desconfían de sus efectos secundarios. Esa autonomía también sostiene la continuidad de los saberes terapéuticos. Víctor Oré me comentó que, cuando se enferma, no va al hospital de inmediato. Es su esposa quien lo cura con hierbas del monte: algunas las recolectan, otras las compran en parte con el dinero de la pensión: «Así seguimos haciendo, como nos enseñaron nuestros abuelos», dijo con serena convicción.

La forma de cuidar la salud no solo preserva el bienestar individual, también permite que las nuevas generaciones aprendan y mantengan vivos los saberes ancestrales sobre el uso de plantas y los rituales de curación. Como señaló Rider Santiago, este proceso se fortalece porque muchos adultos mayores cultivan plantas medicinales en sus huertas y participan en los «Encuentros de Saberes Productivos» organizados por la Municipalidad Distrital de Kimbiri. Estos espacios vivos donde comparten y enseñan lo que saben, para que ese conocimiento no se pierda, se llevan a cabo

de manera recurrente; sin embargo, desde mi perspectiva, está lejos de una revalorización efectiva y sostenida en el tiempo.

En Sampantuari, Domingo Cipriano me comentó que la pensión le permite comprar plantas foráneas y reforzar su rol como transmisor de saberes: «Aquí nos curamos con hierbas... calentamos piedras para hacer sudar; así se cura cualquier enfermedad», aseguró con confianza basada en su experiencia. Su testimonio coincide con lo señalado por Rider Santiago: la pensión no solo representa un apoyo económico; también es un medio para fortalecer el papel de los adultos mayores como guardianes de la medicina tradicional (Valencia, 2023). El programa contribuye a que los saberes se transmitan y se preserven la identidad asháninka y matsigenka.

Estos hallazgos muestran que, en las comunidades nativas de Kimbiri, la Pensión 65 no solo permite cubrir necesidades básicas; también cumple un papel clave en la continuidad de la medicina tradicional. A diferencia de lo que reportaron Williamson et al. (2015) y Mamani (2024), donde la medicina ancestral se practica más por necesidad o por costumbre, en las comunidades asháninkas y matsigenkas estudiadas la pensión contribuye a sostener estas prácticas como una estrategia accesible y culturalmente cercana. Sin embargo, este proceso no siempre parte de una revalorización plenamente consciente, como sugirieron Favaron y Bensho (2021).

Una vez más, el concepto de *pluralismo médico* de Kleinman (1980) ayuda a comprender que las decisiones sobre cómo y con qué tratar las enfermedades dependen del contexto y del sentido que cada cultura asigna a sus males. Como señaló Menéndez (2003), estas decisiones también expresan una estrategia para preservar cierta autonomía frente a un sistema de salud percibido como lejano y ajeno. En este escenario, el apoyo económico que reciben los adultos mayores no solo les permite costear tratamientos, sino que también colabora (aunque de forma frágil y limitada) a la revalorización de los saberes ancestrales.

Este punto me parece fundamental. Aunque la pensión brinda un respaldo tangible para sostener estas prácticas curativas, ese apoyo sigue siendo frágil, intermitente y condicionado. Son apenas 250 soles cada dos meses, que desde mayo de 2025 incrementó a 350, una suma que (si bien alivia) no garantiza la continuidad ni la seguridad. Por consiguiente, sin políticas públicas que reconozcan el verdadero valor cultural de estos saberes médicos y promuevan su fortalecimiento, así como su preservación, permanecerá en una situación vulnerable y enfrentará un riesgo real de desaparecer.

### 3.1.2 Enfermedades que conducen al uso de la biomedicina en adultos mayores

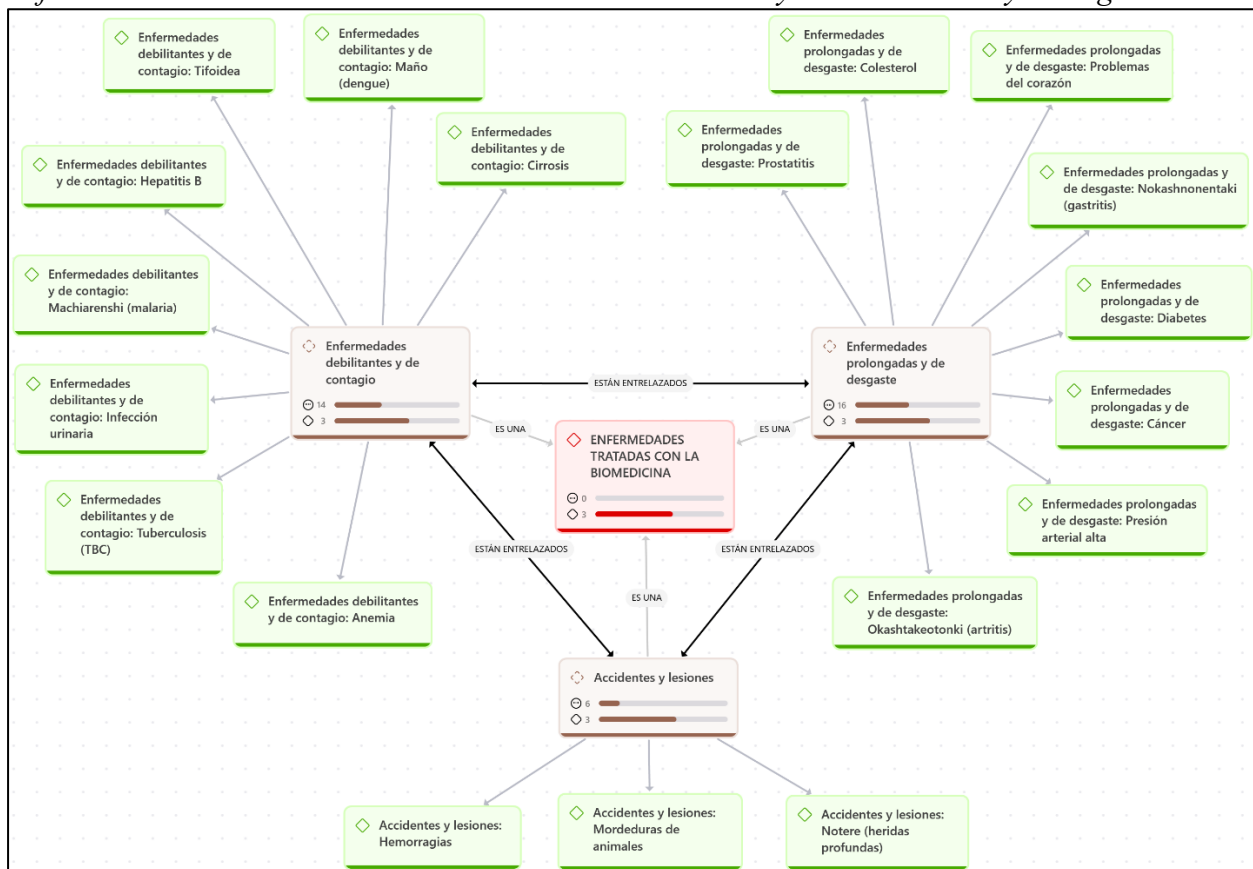
En esta segunda parte, me detengo en los resultados vinculados a las categorías y códigos que emergieron en torno al uso de la biomedicina entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri. A través del análisis, identifiqué las principales enfermedades que los llevan a recurrir a la atención biomédica, así como las prácticas de cuidado que acompañan ese tránsito, en un contexto marcado también por la presencia del programa Pensión 65.

#### 3.1.2.1 Enfermedades que llevan a los adultos mayores a usar la biomedicina

Al sumergirme en los testimonios de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, entendí que no todas las dolencias se enfrentan del mismo modo ni se abordan con los mismos saberes. Algunas se instalan de forma persistente en el cuerpo; otras debilitan, o se esparcen de unos a otros como un aliento pesado. También están aquellas que irrumpen de golpe, dejando la marca inesperada de un accidente o una lesión, tal como se muestra en la siguiente figura:

**Figura 10**

*Enfermedades tratadas con la biomedicina entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



*Nota.* Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

Como muestra la red semántica anterior, frente a ciertos padecimientos, muchos adultos mayores deciden cruzar el umbral de la medicina tradicional. Se adentran en los espacios «fríos» y ajenos de un centro de salud o un hospital, en busca de un alivio que, por momentos, sus prácticas ancestrales no consiguen ofrecer.

En la figura 10, las *enfermedades prolongadas y de desgaste* ocupan un lugar central. Su enraizamiento de 16 y densidad de 3, revelan el número de menciones en los testimonios y en la red, sus conexiones: forman parte del grupo de dolencias tratadas con la biomedicina y se tejen, a través de este tratamiento, con las enfermedades debilitantes y de contagio, así como con las afecciones producto de accidentes y lesiones.

Las *enfermedades debilitantes y de contagio*, con un enraizamiento de 11 y la misma densidad, también se inscriben dentro de la categoría principal y comparten vínculos con los otros dos grupos de enfermedades tratados con biomedicina. Finalmente, los *accidentes y lesiones*, con un enraizamiento de 6 y una densidad de 3, presentan relaciones similares dentro de la red.

Este mapa no solo ofrece una representación analítica; también y, sobre todo, refleja una experiencia vivida, donde lo prolongado, lo debilitante y lo repentino se cruza en los cuerpos y memorias de quienes, entre saberes ancestrales y prácticas modernas, recorren distintos caminos en busca de alivio y sanación. Los tres grupos de enfermedades identificadas que se visualizan en la figura 10 los organicé en la tabla 11, junto con su descripción y los testimonios correspondientes.

En relación con las *enfermedades prolongadas y de desgaste*, durante mis visitas a las comunidades nativas de Kimbiri fui testigo de cómo los cuerpos de los adultos mayores asháninkas y matsigenkas hablaban con una elocuencia silenciosa: articulaciones rígidas que duelen al amanecer (*okashtakeotonki*), corazones que laten con esfuerzo desigual, y otras dolencias que consumen el cuerpo, como ellos mismos me dijeron (ver tabla 11).

Ante estas dolencias, la biomedicina no presenta como una negación del saber ancestral, sino como una respuesta pragmática, cuando las plantas ya no alcanzan: «Me duele cuando orino, el doctor me ha dicho que es próstata», me contó Víctor Oré con la voz entrecortada, como si el diagnóstico le hubiese dado un nuevo nombre al mal.

Las enfermedades como el cáncer o la diabetes se perciben como anomalías. No se integran al ciclo vital; al contrario, se entienden como algo que escapa al control de los saberes locales. En este contexto, la biomedicina funciona como un saber de frontera, un recurso que se activa cuando el tiempo, y el cuerpo, traspasan los límites de lo conocido.

**Tabla 11**

*Dolencias que motivan la atención biomédica en adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Tipo de enfermedad	Enfermedad	Descripción <i>emic</i>	Testimonio
Enfermedades prolongadas y de desgaste	<i>Okashtakeotonki</i> (artritis)	Dolor constante en huesos y articulaciones, impide trabajar y desplazarse con normalidad.	«Tengo <i>okashtakeotonki</i> , me duelen las manos y no puedo trabajar bien» (Domingo Cipriano).
	Diabetes	Mal persistente que se controla con plantas y medicamentos; puede agravarse con la dieta.	«Tengo diabetes, tomo mis plantas, pero no siempre me siento bien» (Marcelino Chávez).
	<i>Nokashnonentaki</i> (gastritis)	Dolor de estómago, asociado al consumo de <i>masato</i> (bebida de yuca) o comidas pasadas.	«Me dio <i>nokashnonentaki</i> por tomar <i>masato</i> y no comer a tiempo» (Víctor Oré).
	Colesterol	Provoca flacura, pérdida de apetito y debilidad, percibido como sangre contaminada.	«Mi vecino tenía colesterol, dejó de comer y se puso bien flaco» (Domingo Cipriano).
	Prostatitis	Dolor y molestias al miccionar; interfiere en el descanso y rutina.	«Me duele cuando orino, el doctor me ha dicho que es próstata» (Víctor Oré).
	Cirrosis	Daño crónico al hígado; requiere atención médica especializada.	«Con graves males, como cirrosis... buscan hospital (Rider Santiago).
	Cáncer	Enfermedad seria, considerada sin cura local; se busca atención especializada en hospitales.	«El médico me dijo que estaba agarrando cáncer y debía ir a Ayacucho» (Teresa Medina).
	Presión alta	Provoca mareos, dolor de cabeza y cansancio; se percibe como algo que «sube» y descompensa.	«A veces me mareo, parece que la presión me sube, me siento mal» (Elsa Sánchez).
Problemas del corazón	Se manifiestan como dolor en el pecho y falta de aire.	«Me duele mi pecho, estoy mal del corazón» (Inocencia Medina).	
Enfermedades debilitantes y de contagio	Anemia	Sensación de debilidad extrema y falta de energía para trabajar; atribuida a la mala alimentación.	«Ya no hay fuerza para chacra ni para caminar, es anemia me han dicho en la posta» (Anita Aguilar).
	Infección urinaria	Dolor y ardor al orinar; se intenta tratar con plantas, pero suele requerir fármacos.	«Me dolía al orinar, tomé plantas, pero no me pasaba...» (Teresa Medina).
	Tifoidea	Fiebre persistente y fuerte, asociada a la higiene y alimentación deficiente.	«El doctor me dijo que era por comer con perros» (Elsa Sánchez).
	Tuberculosis (TBC)	Adelgaza y consume lentamente; requiere tratamiento prolongado.	«Me dio TBC, ya no comía, me cansaba al caminar» (Víctor Oré).
	<i>Maño</i> (dengue)	Fiebre alta, dolor muscular y debilidad, a causa de zancudos.	«Me dolía todo el cuerpo, mucha fiebre; no podía...» (Anita Aguilar).
	<i>Manchiarenschi</i> (malaria)	Escalofríos, fiebre y pérdida de apetito; puede volverse grave.	«A mí me dio <i>manchiarenschi</i> , temblaba, me puse flaco, sin comer» (Víctor Oré).
Hepatitis B	Enfermedad considerada grave; no puede tratarse con plantas.	«A veces nos da hepatitis B, y no hay planta para eso» (Marcelino Chávez).	
Accidentes y lesiones	Hemorragias	Pérdida intensa de sangre, en accidentes o caídas.	«Cuando hay hemorragia, sí vamos rápido a la posta» (Domingo Cipriano).
	Mordedura de animales	Riesgos comunes en el entorno selvático; se recurre al centro de salud tras aplicar plantas.	«Cuando ‘pica’ la culebra, usamos hojas de limón, pero luego vamos a la posta» (Elsa Sánchez).
	<i>Notere</i> (heridas profundas)	Cortes extensos que no sanan con remedio natural; requieren sutura médica.	«Una vez me corté la pierna, me cosieron siete puntos en la posta» (Anita Aguilar).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Lo que más me impresionó, al dialogar con los adultos mayores sobre enfermedades como la tifoidea, la tuberculosis o el *manchiarensi* (malaria), fue el tono con que narraron el inicio de la enfermedad: «Me fui quedando sin fuerza», «Dejé de comer», «Ya no podía pararme». Estas dolencias se perciben como quiebres del equilibrio vital, casi siempre provocadas por agentes externos: agua sucia, comida contaminada, picadura de zancudos o mosquitos.

Frente a ellas, la medicina tradicional suele ser el primer recurso: una infusión, un rezo, una dieta; sin embargo, cuando el cuerpo no responde, aparece la urgencia biomédica. «Me dolía al orinar, tomé plantas, pero no me pasaba», me dijo Teresa Medina. En estos casos, la biomedicina no se deja entrar por prestigio, sino por necesidad. Cuando la enfermedad irrumpe con fuerza y rapidez, esta medicina se vuelve una aliada frente a una amenaza que desborda lo tradicional.

Una tarde, mientras compartíamos *masato* (ver figura 11), Elsa Sánchez me mostró, sin previo aviso, la marca que le dejó una serpiente en el brazo izquierdo. «Cuando ‘pica’ la culebra, usamos hojas de limón, pero luego vamos a la posta», me dijo, sin mostrar contradicción entre ambos actos. De este modo, las heridas, las hemorragias y los cortes profundos no oponen la medicina tradicional a la biomedicina. Por el contrario, las conectan en una secuencia funcional: el «remedio de los antepasados» detiene el susto, mientras que la sutura del médico cierra la carne.

En este contexto, lo importante no es qué cura, sino actuar a tiempo para que el cuerpo recupere su integridad. Así, desde la perspectiva local, se da una complementariedad sin tensiones visibles, donde (ante el daño inmediato) las fronteras terapéuticas se disuelven. Entonces, lo que emerge es una lógica de reparación compartida entre lo ancestral y lo institucional.

### Figura 11

*La investigadora bebe masato con la familia de Elsa Sánchez*



*Nota.* Registrada por la tesista en Pomoreni.

A diferencia de lo registrado por Mamani (2024) y Le et al. (2023), donde el uso de la biomedicina aparece como una opción secundaria o por la insatisfacción con lo tradicional, en las comunidades nativas de Kimbiri se observa un patrón inverso. Enfermedades como el cáncer, la diabetes o la cirrosis abren paso a la biomedicina, no por una confianza ciega en su eficacia, sino por una conciencia lúcida del límite de lo ancestral. En diálogo con Menéndez (2003), Ross (2012) y Sachs (2011), esta decisión revela una práctica reflexiva, estratégica y situada: se acude a la biomedicina cuando el cuerpo deja de responder a las hojas o al vapor, cuando la enfermedad ya no se reconoce desde el saber local y exige intervención técnica.

Escuchar frases como «El doctor me ha dicho que es próstata» o «Me fui quedando sin fuerza» dicen más que un diagnóstico: nombra un umbral. En esos relatos, el tránsito hacia la biomedicina se vive como una frontera experiencial, como lo propuso Kleinman (1980), donde el *disease* se vuelve visible y agudo; mientras que el *illness* se traduce en el lenguaje institucional.

En estas situaciones, los adultos mayores no abandonan su saber, solo lo suspenden. Entonces, articulan lo tradicional con lo moderno dentro de una lógica de supervivencia, tal como me dijo Teresa Medina: «Me dolía al orinar, tomé plantas, pero no me pasaba...». Es decir, no se trata de una conversión médica, sino de una negociación diaria entre saberes, cuerpos y tiempos.

Esto implica reconocer que la biomedicina también forma parte del repertorio práctico del *pluralismo médico* (Baer et al., 2003; Kleinman, 1980), y no opera como un sistema aislado. En Kimbiri, los adultos mayores no recurren a ella por creer en una supuesta supremacía técnica, sino porque el sufrimiento, a veces, desborda los marcos culturales locales.

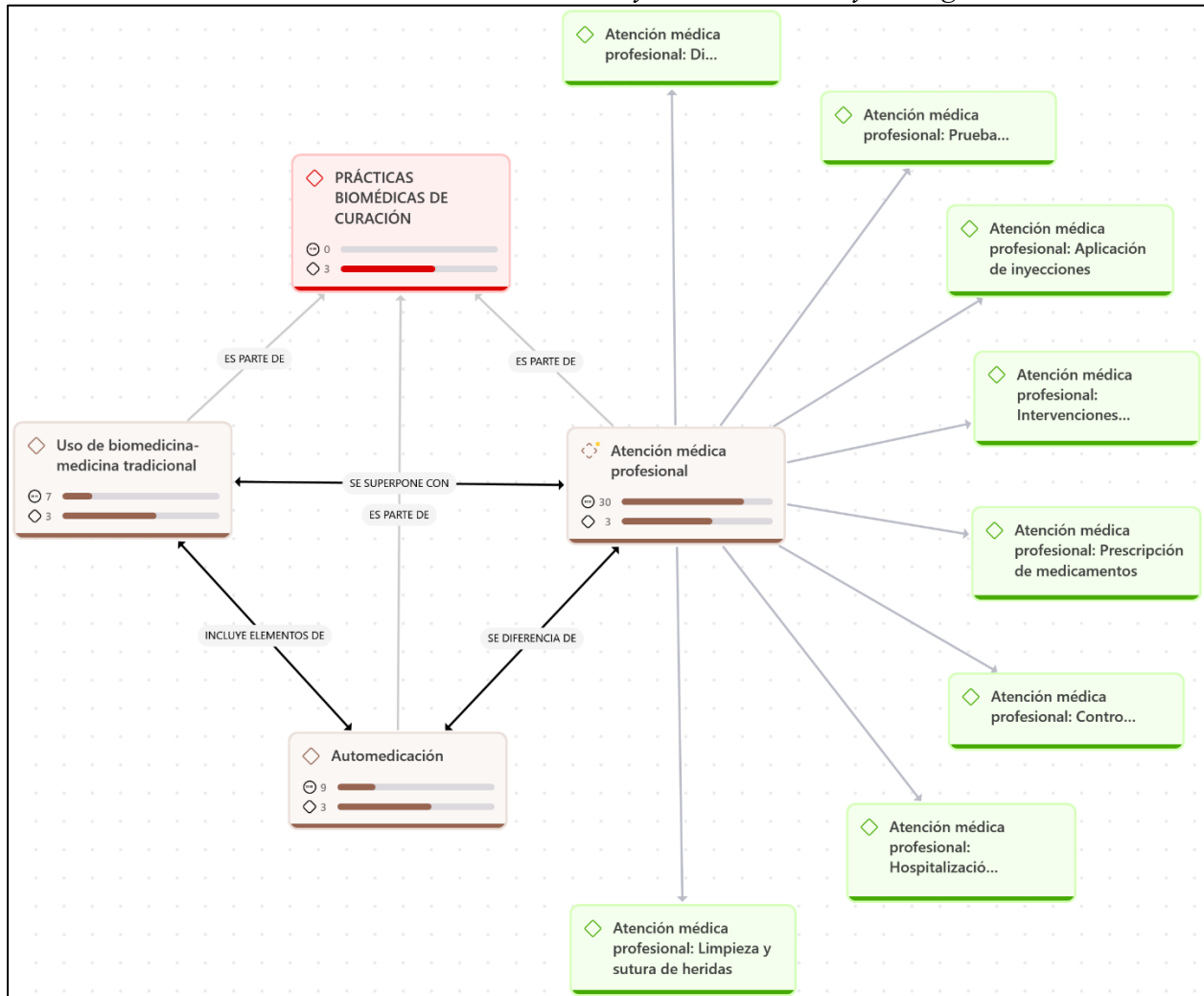
Muchas de estas decisiones se inscriben en trayectorias atravesadas por dificultades, como veremos más adelante, pero también por una agencia lúcida (Farquhar, 1994). Son los adultos mayores quienes, con el respaldo de su familia, deciden cuándo y por qué cruzar esa frontera epistémica. En ese tránsito, la biomedicina no sustituye lo tradicional, sino que se convierte en un recurso (que se activa con estrategia, pragmatismo, temor y esperanza) cuando la vida lo exige.

### **3.1.2.2 Prácticas biomédicas de curación en adultos mayores**

Durante mi trabajo de campo en comunidades nativas de Kimbiri, fui entendiendo cómo los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, incorporan y adaptan la medicina moderna en su vida diaria. A partir del análisis de los testimonios, emergió la categoría «prácticas biomédicas de curación», conformada por tres códigos: atención médica, automedicación y uso de biomedicina-medicina tradicional. Esta agrupación presento con mayor claridad en la siguiente figura:

**Figura 12**

*Prácticas biomédicas de curación entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

En la red semántica anterior, la *atención médica profesional* brindada en los centros de salud locales se muestra como una de las prácticas biomédicas más frecuentes entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri. Con un enraizamiento de 30 y una densidad de 3, forma parte integral de la categoría principal, se diferencia de la automedicación y se superpone con el uso combinado de la biomedicina y la medicina tradicional.

La *automedicación*, con un enraizamiento de 9 y la misma densidad, refleja un ejercicio cotidiano de autonomía. Los adultos mayores, con respaldo de su familia, deciden qué fármacos comprar y tomar. Aunque se distingue de la atención médica profesional, se vincula con el uso combinado porque muchas veces se acompaña con plantas, según la dolencia. Además, junto con los otros códigos, este conforma la categoría madre.

Por último, el uso conjunto de *biomedicina y medicina tradicional*, con un enraizamiento de 7 y una densidad de 3, se integra dentro de las prácticas biomédicas de curación. Incluye prácticas de automedicación y se superpone con la atención médica profesional, mostrando cómo (en la práctica) estos saberes médicos no se excluyen, sino que conviven en un mismo cuerpo y contexto. Los detalles de cada una de estas prácticas se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 12**

*Prácticas biomédicas de curación entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

Prácticas biomédicas	Prácticas específicas	Descripción	Testimonio
Atención médica profesional	Diagnóstico	El médico dice qué enfermedad se tiene.	«El doctor me dijo que por comer suciedad se acumuló arenillas en mi intestino» (Marcelino Chávez).
	Pruebas y análisis	Toman sangre u orina para ver qué mal se padece.	«El médico te saca análisis, te evalúa» (Domingo Cipriano).
	Aplicación de inyecciones	Ponen medicina con aguja para aliviar el mal.	«Te ponen ampollas y suero cuando estás mal» (Teresa Medina).
	Prescripción de medicamentos	El doctor da receta con pastillas.	«El doctor me da receta... tomo dos veces. Aquí, tomo hierbas» (Marcelino Chávez).
	Limpieza y sutura de heridas	Limpian y cosen cuando hay cortes y golpes.	«Me atendieron rápido, me cocieron... luego me puse corteza de <i>pusamati</i> » (Marcelino Chávez).
	Intervenciones quirúrgicas	Operan para curar por dentro.	«Me dijeron para operarme..., pero yo estoy tomando mis hierbas» (Teresa Medina).
	Hospitalización y observación	Quedarse internado para recibir tratamiento.	«Ellos prefieren tratarse en casa... piden alta voluntaria» (Raquel Salcedo).
	Control y seguimiento	Ir a controles después del tratamiento.	«Hay que estar detrás de ellos haciendo seguimiento continuo» (Raquel Salcedo).
Automedicación	—	Tomar pastillas por cuenta propia, sin receta médica.	– «Prefiero comprar en la farmacia... ya sé lo que me calma» (Domingo Cipriano). – «A veces compramos paracetamol, con eso sanamos» (Víctor Oré).
Uso de biomedicina-medicina tradicional	—	Usar medicina moderna y medicina tradicional, de manera complementaria.	– «El doctor me da receta... tomo dos veces. Aquí, tomo hierbas» (Marcelino Chávez). – «Primero me ponen inyección, después me soba mi hija con hierbas» (Teresa Medina).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Respecto a la *atención médica profesional*, como muestra la tabla 12, el primer paso (cuando algo duele de verdad) es acudir al centro de salud o al hospital de Kimbiri. No por costumbre, porque allí alguien, la enfermera o el médico, puede decir con palabras claras qué es lo que uno tiene. Para estos adultos mayores, ese momento tiene un peso especial. Marcelino Chávez me explicó con una mezcla de humor y respeto: «El doctor me dijo que por comer suciedad

se acumuló arenillas en mi intestino». Esta frase no solo le dio un diagnóstico, también le ofreció una forma de entender lo que le pasaba.

Asimismo, las pruebas y los análisis, las inyecciones y los demás procedimientos clínicos aparecen en sus relatos como algo útil, incluso necesario; aunque con un matiz distante. Como señaló Raquel Salcedo, médica del hospital de Kimbiri, muchos piden el alta voluntario, apenas se sienten un poco mejor, ya que en casa se sienten más seguros. Por tanto, la atención médica en los centros de salud es vista como algo que ayuda, pero no es la única forma de curarse.

Fuera del consultorio, la forma en que se usa la biomedicina sigue otros caminos. «Prefiero comprar en la farmacia... ya sé lo que me calma», me dijo Domingo, mientras apuntaba un rincón de su casa en señal de que allí guardaba algunos analgésicos. No me pareció un gesto al azar, sino una manera práctica de cuidar su cuerpo, aprendida con los años, entre lo que explicaron los médicos y lo que su propio cuerpo le fue enseñando.

En las farmacias y boticas de Kimbiri, observé muchas veces a personas nativas pedir paracetamol o antibióticos por su nombre, sin necesidad de receta médica. Lo hacen con seguridad, confiando en una experiencia que se fue afinando con cada dolencia. Esta forma de automedicarse reubica a lo biomédico: lo saca del hospital para llevarlo a lo cotidiano, donde se convierte en algo más cercano y manejable. De este modo, se evidencian formas propias de actuar frente al malestar.

En muchas casas asháninkas y matsigenkas que visité, el cuidado de la salud no sigue solo lo moderno o lo tradicional. Ambos caminos, el de las pastillas y el de las plantas, se cruzan, se integran y coexisten: «Primero me ponen inyección, después me soba mi hija con hierbas», me dijo Teresa, como si fuera lo más normal del mundo. Y para ella, al igual para otros, lo es.

El orden de uso no es arbitrario. Los adultos mayores reconocen que la medicina del centro de salud tiene la capacidad de actuar rápido y de cortar el dolor; sin embargo, lo que ocurre después (el proceso que sigue una vez que regresa a casa) recae en las infusiones, preparados de plantas (ver figura 13), frotaciones y cuidados familiares. En algunos casos, me encontré con que las plantas medicinales de la huerta coexisten con los fármacos guardados en algún rincón de la casa. No es un uso al azar, sino una forma de sanar que responde a lo que se siente, se cree y da resultado. Es una manera de afrontar la dolencia que no separa, sino que enlaza saberes.

Estos hallazgos contrastan con lo documentado por Pradipta et al. (2023) y Williamson et al. (2015), donde el uso de la medicina moderna depende sobre todo del acceso. En cambio, los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, recurren cuando la dolencia se siente como grave o

muy urgente. Según Kleinman (1980), este tránsito no implica renunciar lo propio, sino moverse estratégicamente entre sistemas médicos existentes. Infecciones persistentes, graves dolencias que no sanan con hierbas, fracturas y fuertes sangrados, marcan el límite de lo que es curable en casa.

**Figura 13**

*Preparado de cola de caballo, moni, matos y marañón de Teresa para infección urinaria*



*Nota.* Registrada por la tesista en Anaro.

Sin embargo, como señaló Abad (2011), muchas veces la consulta puede ocurrir más por presión institucional (como la de Pensión 65, los adultos mayores por ser beneficiarios tienen el SIS) que por confianza en el sistema de salud. Para estas personas, «ir al centro de salud» es un acto funcional, aunque ajeno al verdadero sentido de la cura; por eso, continúan usando sus plantas.

La automedicación, tal como se registró en el campo, habla de una forma callada pero firme de decidir. Los adultos mayores usan medicamentos que ya conocen, no porque alguien se los dice a diario, sino porque el cuerpo les enseñó su efecto. Menéndez (2003) llamó a esto «racionalidad popular». A juicio de Engel (1980), estas decisiones no solo buscan curar un síntoma porque el fármaco alivia; también porque tranquiliza, otorga control y devuelve cierta normalidad. Cuando Domingo me comentó que ya sabe «... lo que me calma», yo escuchaba el peso de experiencias previas, no era una simple ocurrencia. En las casas que visité, esos pequeños «botiquines» no eran solo bolsas con pastillas: eran memoria, evidencia de que saber cuidarse se aprende con el cuerpo.

Finalmente, el uso combinado de biomedicina y medicina tradicional fue, para mí, una de las expresiones más claras de ese *pluralismo médico* del cual hablaron Baer et al. (2003) y Kleinman (1980). Una inyección puede calmar el dolor, pero el baño con hierbas, las infusiones o la aplicación de savia de sangre de grado cierran el cuerpo. Las prácticas terapéuticas tradicionales restauran algo más profundo, eso que Ross (2012) llamó «armonía integral». En esa mezcla, no percibí ninguna contradicción. No obstante, según Cockerham (2022), estas decisiones se toman desde lo que está disponible y aquello que no desvaloriza ni deslegitima lo propio. No se trata de un «sincretismo débil», sino de una forma de cuidado con fuertes raíces (Duquesnoy, 2013).

Esto implica reconocer que los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri no se limitan a aceptar el sistema biomédico; más bien, lo usan cuando es necesario, lo adaptan a su modo y lo ajustan con sus propios saberes. La atención médica profesional constituye una opción funcional, la automedicación representa una forma de autonomía aprendida, y el uso combinado, encarna una pericia cargada de sentido.

En conjunto, estas prácticas curativas revelan un tipo de agencia que no busca reemplazar lo tradicional ni resistir lo moderno, sino sostener (en medio de todo) una forma propia de sanar.

### **3.1.2.3 Pensión 65 como soporte para el acceso a prácticas biomédicas de curación**

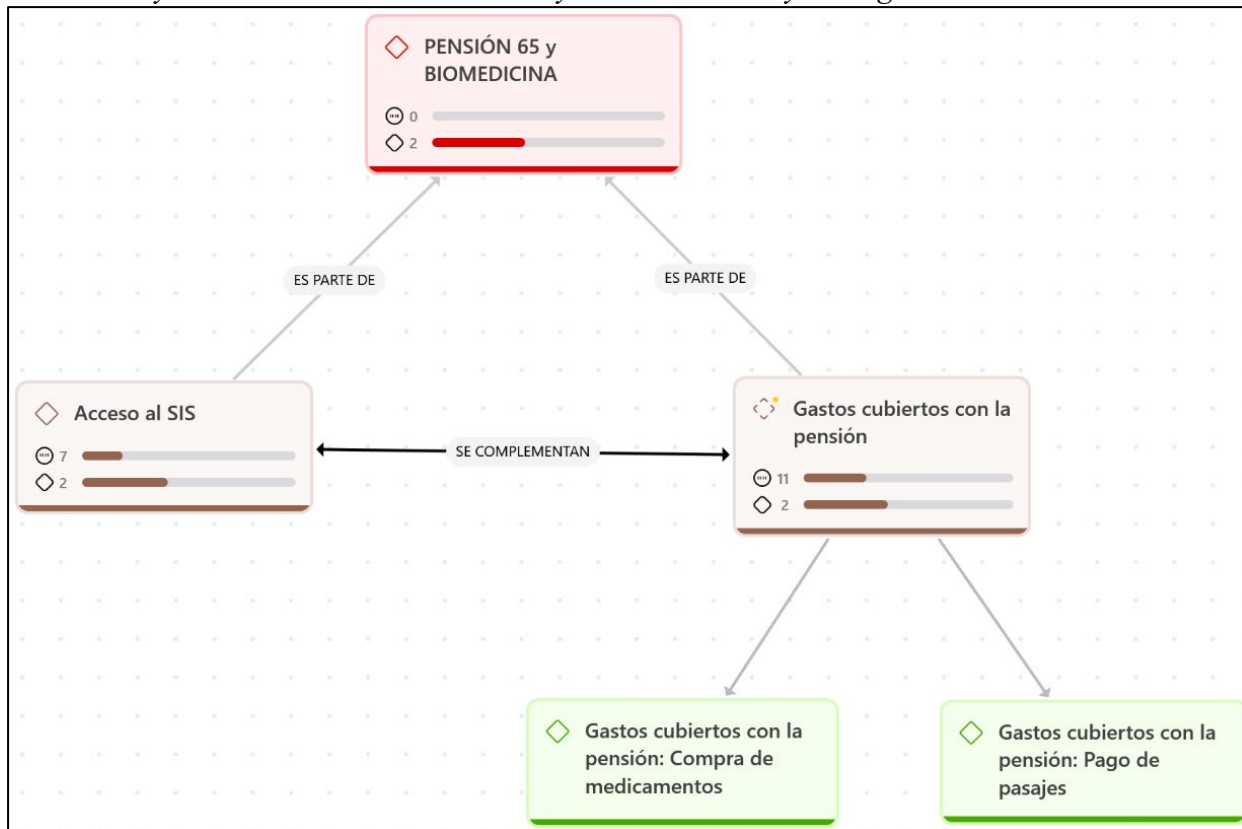
En esta parte comparto los hallazgos correspondientes a la categoría *Pensión 65 y biomedicina*, junto con sus códigos y subcódigos. Organicé la información en una estructura jerárquica y horizontal que expone su conexión entre sí. La figura 14 ilustra mejor lo encontrado.

Como se observa en la figura 14, los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri acceden al Seguro Integral de Salud (SIS), activado de forma automática al convertirse en beneficiarios del programa. Es decir, esta política pública les abrió la puerta a estas personas al sistema público de salud, directamente y sin costo en la atención. No se trata solo de una prestación

formal, sino de un acceso concreto y con «pertinencia cultural» como parte del «envejecimiento saludable» (Midis, 2022), aunque la segunda parte del objetivo está aún lejos de lograrse.

**Figura 14**

*Pensión 65 y biomedicina entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



*Nota.* Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

En el sistema categorial, el código analítico *acceso al SIS* presenta un enraizamiento de 7 y una densidad de 2. Esta posición refleja sus vínculos: forma parte de la relación *Pensión 65 y biomedicina*, y se complementa con el código *gastos cubiertos con la pensión*. Este segundo código, con un enraizamiento de 11 veces y la misma densidad, muestra dos conexiones clave: integra la misma categoría y se enlaza con el acceso al SIS.

Cuando llegué a la casa de Teresa Medina, en la comunidad de Anaro, ella me recibió con una serena amabilidad. Mientras conversábamos sobre salud y enfermedad, sacó de un rincón una pequeña bolsa negra. «Esto me recetó la doctora... la hierba ya no calma», dijo al mismo tiempo que sacaba blísteres de ibuprofeno y otras pastillas sin caja, que cuidaba con esmero. Aunque sigue apelando a infusiones para tratar malestares comunes, hay dolores que la inquietan más.

Hace unos meses, la médica del hospital de Kimbiri le advirtió que su dolencia podía tratarse de un cáncer. Le sugirió viajar a Ayacucho para someterse a nuevos exámenes y a una operación: «Me dio miedo, pero es difícil para ir...», me confesó con la mirada baja. El SIS le permitió acceder a la consulta sin costo; sin embargo, ella sabe bien que los pasajes, la estadía y muchas medicinas no entran en esa cobertura. Por eso, guarda parte de su pensión, compra lo más urgente en la farmacia y sigue usando sus plantas, en tanto piensa si hará o no el viaje.

En su caso, como el de otros, la biomedicina no solo representa un diagnóstico, sino una encrucijada: entre lo que el cuerpo exige y lo que los recursos permiten sostener. Ese límite no es solo económico; también es emocional. La decisión no se toma de inmediato, se madura entre silencios, diálogos, mates y la certeza de que (aunque el sistema prometa) no siempre escolta.

A diferencia de lo que suele creerse, el acceso gratuito al SIS no garantiza un tratamiento completo ni sostenido. El transporte aparece como un obstáculo recurrente. Domingo Cipriano me contó que, cuando se enferma fuerte, «agarra» el dinero de la pensión para pagar un mototaxi o una motocicleta hasta la posta cercana o al hospital de Kimbiri: «... con esa platita voy», sostuvo. Muchas veces, los adultos mayores y sus familias deben decidir entre comprar comida o fármacos.

En ese equilibrio precario, el SIS se vuelve útil cuando la Pensión 65 permite sostenerlo. Sin embargo, acudir a la posta o al hospital no significa solo llegar; implica también desplazarse, llevar a alguien que acompañe y tener algo para comer o pasar la noche si hace falta.

Mientras descansábamos bajo el alero de su casa, don Víctor Oré me contó que una vez el cuerpo le «daba vueltas» y se cayó al suelo sin fuerza: «Pensé que iba a morir», manifestó. Su nuera lo llevó al hospital de Kimbiri, donde lo atendieron con el SIS. «Me revisaron, me dijeron que era por la presión y me dieron pastillas, pero poquito...», añadió con un gesto de desencanto. El resto las compró con el dinero de la pensión, aunque no siempre lo tiene a la mano, pues recibe cada dos meses y tiene que destinar a otros gastos. En este caso, el susto inicial dio paso a un diagnóstico médico, pero sostener el tratamiento también dependió de los recursos disponibles.

El acceso al sistema de salud no ocurre solo por decisión, sino porque hay con qué pagar el trayecto, comprar los medicamentos que faltan y cuidar el cuerpo en casa. Así, entre el desgaste físico y las exigencias del sistema, estas personas van tejiendo una práctica de salud sostenida por dos columnas que rara vez o nunca se tocan: la política pública y la vida real.

En contraste con los estudios que destacan directamente la resistencia, las restricciones en el acceso o la desconfianza hacia la biomedicina, como los de Menéndez (2023), Williamson et al.

(2015) y Le et al. (2023), respectivamente, en las comunidades asháninkas y matsigenkas de Kimbiri no existe un rotundo rechazo. Lo que se revela es una aceptación ajustada por el riesgo percibido de la dolencia y, sobre todo, por los recursos disponibles. Así, los adultos mayores no siempre se alejan del sistema de salud por desconfianza en su eficacia técnica, sino porque saben (como dijo Víctor Oré) que lo ofrecido por el SIS es insuficiente: la consulta médica, sin pasaje, sin estadía, sin compañía, se vuelve apenas una promesa. Por tanto, el acceso a la biomedicina no resulta de una elección libre, sino de una posibilidad restringida por las condiciones que la rodean.

Una vez más, desde el *pluralismo médico* de Kleinman (1980) y los *modelos de atención* de Menéndez (2003), lo que se vislumbra en el campo es una racionalidad situada. Algunos adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, no van a la posta o al hospital solo porque «la planta ya no calma», sino porque el cuerpo insiste: el dolor que no cede, el desmayo repentino, la sospecha de que algo más grave los empuja a cruzar el umbral.

Sin embargo, ese paso no ocurre de forma automática ni lineal, como señaló acertadamente Cockerham (2022), se trata de decisiones condicionadas por el entorno. Los relatos muestran que la pensión no solo cubre gastos, sino que permite sostener una forma de atención que, sin ese ingreso, sería difícil de mantener. Es decir, para muchas personas, el acceso a la biomedicina se vuelve viable gracias a la pensión; aunque este trayecto, como advirtió Farmer (1999), se inscriba dentro de un sistema que reproduce desigualdades.

Esto implica que, en las comunidades nativas de Kimbiri, la biomedicina no se vive como una certeza; siempre se duda y sopesa, y, en algunos casos, se acepta por necesidad o urgencia. Lo que emerge es una agencia persistente que resuelve con lo que se tiene a mano.

Por tanto, la salud no llega a los adultos mayores solo por la oferta del sistema de salud, sino porque la buscan con esfuerzo y, al mismo tiempo, con recelo. En este contexto, la Pensión 65, más que un alivio económico, sostiene lo posible: permite acceder al SIS, pagar el pasaje y comprar pastillas. Evita, de cierto modo, que lo curable se vuelva imposible.

### **3.2 Preferencias por la medicina tradicional en la vejez asháninka y matsigenka**

Antes de realizar el trabajo de campo, me llamó la atención un comportamiento que observé una y otra vez: a pesar de la disponibilidad gratuita de la medicina moderna en los centros de salud, muchos adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri preferían la medicina tradicional para tratar enfermedades que no se consideran culturales. Entre ellas, dolencias comunes e incluso

crónicas como diabetes y cáncer: «... hay hierbas para cáncer...», como me dijo Inocencia Medina. Esta reflexión inicial motivó, confieso, el despliegue de esta investigación.

A partir del análisis de datos, emergieron cuatro categorías explicativas para ello: sentidos culturales del cuidado tradicional, críticas hacia el sistema de salud, barreras de acceso al sistema biomédico y experiencias de discriminación en el sistema de salud.

### **3.2.1 *Sentidos culturales del cuidado tradicional en adultos mayores***

Los sentidos culturales del cuidado tradicional entre los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, entendidos como los significados que atribuyen a sus prácticas curativas dentro de su cosmovisión, se articulan alrededor de cuatro aspectos: identidad medicinal, naturaleza simbólica-espiritual de las plantas, adhesión cultural al cuidado ancestral y alternancia curativa tradicional, como se muestra en la figura 15.

Las cuatro dimensiones identificadas exponen que la medicina tradicional no solo aborda la dolencia, sino que está integrada en las concepciones asháninkas y matsigenkas sobre el cuerpo, la salud y el territorio; influyendo así en su preferencia frente a la biomedicina.

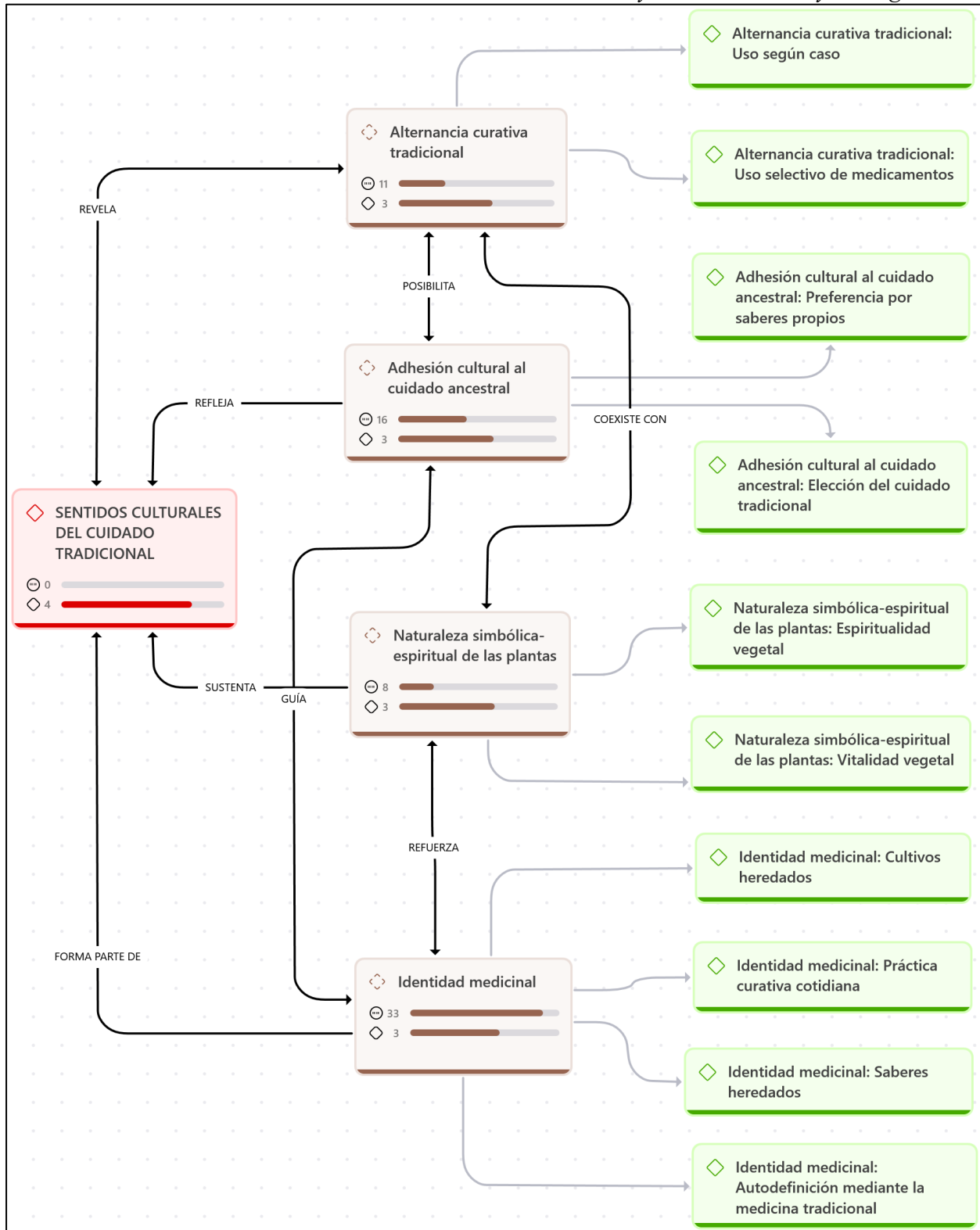
En la figura 15, que muestra la red semántica de la categoría *sentidos culturales del cuidado tradicional*, el código *identidad medicinal* tiene un enraizamiento de 25, indicando que los adultos mayores refieren una y otra vez a saberes, prácticas, cultivos y autodefinición ligados a la medicina tradicional, como parte integral de su identidad. Su densidad de 3 revela sus vínculos con la categoría y dos códigos: es parte esencial de los sentidos culturales del cuidado tradicional, se refuerza con la idea de la sacralidad de las plantas y guía la elección de la medicina tradicional.

Por su parte, el código *naturaleza simbólica-espiritual de las plantas* registra ocho citas en los relatos, en los que aluden a la espiritualidad y vitalidad de las plantas. Su densidad muestra 3 conexiones cruciales: sustenta simbólicamente la categoría, refuerza la identidad medicinal y coexiste con la alternancia curativa. De esta manera, se refleja cómo las plantas son concebidas como seres con espíritu y fuerza vital: cimiento espiritual de los sentidos culturales de la salud.

El código de *adhesión al cuidado ancestral* registra 16 citas, mostrando que los adultos mayores eligen un sistema de salud basada en la confianza en sus propios saberes. Su densidad de 3 revela un vínculo estrecho con la categoría y dos códigos: refleja cómo se vive y aplica en la práctica los sentidos culturales del cuidado tradicional, hace posible la alternancia curativa tradicional y se orienta de acuerdo con la identidad medicinal.

**Figura 15**

*Sentidos culturales de la medicina tradicional entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

Finalmente, el código *alternancia curativa tradicional* presenta 11 citas y una densidad de 2, que lo asocia con la categoría madre y con un código: revela el sentido cultural del cuidado tradicional y coexiste con la idea de la naturaleza simbólica-espiritual de las plantas. Así, revela una estrategia práctica y adaptativa del cuidado tradicional en un contexto de pluralidad médica.

Ahora bien. Tras el recorrido por las tramas semánticas que nutren el cuidado tradicional, es preciso detenerse en los núcleos que estructuran su profundo sentido. La tabla 13 reúne estos aspectos como formas vivas de comprender, sentir y practicar la salud entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas. Por ende, cada código sintetiza dimensiones clave de esta experiencia, acompañadas de descripciones construidas a partir del trabajo de campo, junto con fragmentos de testimonios que encarnan la lógica y el valor que adquieren en su vida diaria.

**Tabla 13**

*Componentes analíticos de los sentidos culturales del cuidado tradicional*

Códigos analíticos	Subcódigos	Descripción	Testimonio
Identidad medicinal	Autodefinición mediante la medicina tradicional	El uso y defensa de la medicina tradicional como una forma de definir quiénes son, qué saben y cómo cuidan su salud; sin depender del sistema médico.	– «Yo no voy al hospital... me curo con planta natural... nuestros antepasados nos han dejado» (Anita Aguilar). – «Yo misma curaba a mis hijos... con plantas que nuestros ancestros nos enseñó» (Elsa Sánchez).
	Saberes heredados	Conocimientos transmitidos por padres, abuelos y comunidad, considerados un patrimonio que orienta el cuidado y la curación.	– «Acudo a las plantas naturales que nosotros tenemos... todo eso me enseñó mi papá» (Inocencia Medina). – «Nuestros ancestros cultivaban... más nos curamos con plantas» (Marcelino Chávez).
	Práctica curativa cotidiana	Aplicación constante y habitual de remedios tradicionales para atender males comunes en el hogar.	– «Cuando nos da diarrea, fiebre, tos... nos curamos aquí, no vamos al hospital» (Anita Aguilar). – «Cuando nos da dolor de cabeza y fiebre... usamos ceciliana, lo rayamos y tomamos con agua» (Elsa Sánchez).
	Cultivos heredados	Plantas medicinales cultivadas en la huerta o chacra como parte del legado familiar, para cuidar la salud y preservar la identidad.	– «Usamos hojas de achiote, albaca, flores que tenemos nosotros... todo lo hacemos hervir y con eso nos bañamos» (Anita Aguilar). – «Vamos a buscar a la chacra nuestras plantas... lo que nuestros ancestros nos dejaron» (Marcelino Chávez).
Naturaleza simbólica-espiritual	Espiritualidad vegetal	Las plantas medicinales son vistas como entidades con agencia y poder espiritual. Algunas curaciones requieren rituales, oraciones o preparación especial que reconoce su fuerza invisible.	– «Utilizamos ruda, clavel, hojas de achiote, hojas de albaca y rosas... eso se hace para <i>akena kipatsi e itsaroake</i> » (Anita Aguilar). – «Cuando tienes susto... te hacen <i>qayapu</i> ... llevas huevo, clavel, cigarro, caña y en silencio te hace, puede ser a las 7:00 p. m. o medianoche» (Anita Aguilar).

de las plantas	Vitalidad vegetal	Las plantas tienen vida activa, transmiten energía y pueden «chupar» o «sacar» el mal. Se activan al hervirse, frotarse o colocarse sobre el cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando nos da susto... hay una hierba... cortamos seis palitos y lo ponemos en su pecho, eso chupa el susto» (Víctor Oré).</li> <li>– «Utilizamos <i>pusanga</i>... se hierve y con eso nos bañamos» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
Adhesión cultural al cuidado ancestral	Preferencia por saberes propios	Elección consciente de usar remedios tradicionales por confianza en su eficacia, su historia y su valor cultural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Yo no voy al hospital... me sano con mis hierbas, confío en ellas» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Nuestros remedios son buenos... sí, nos sana, pero tienes que cumplir dos meses» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
	Elección del cuidado tradicional	Rechazo parcial del sistema biomédico; se elige seguir curándose en casa, guiado por la tradición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Casi no voy al hospital... con suero, uno se puede morir... solo plantas usamos» (Inocencia Medina).</li> <li>– «Me dijeron para operarme... pero yo estoy tomando mis hierbas» (Teresa Medina).</li> </ul>
Alternancia curativa tradicional	Uso según caso	Se elige entre medicina tradicional o moderna según la gravedad o tipo de dolencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Si es corte leve, nos curamos aquí... si es fuerte, vamos a la posta» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Cuando me dio quiste, fui al hospital, pero también tomo mis hierbas» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
	Uso selectivo de medicamentos	Se combinan remedios naturales con medicamentos modernos, pero de manera limitada y crítica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando no pasa con hierba, ahí sí vamos a la posta... pero primero con planta» (Víctor Oré).</li> <li>– «Me dio dengue... tomé paracetamol con agua de coco, pero también usé verbena» (Elsa Sánchez).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Como se observa en la tabla anterior, en los testimonios de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, la medicina tradicional no aparece solo como un conjunto de remedios, sino, sobre todo, como un modo de definirse culturalmente. «Yo no voy al hospital... me curo con planta natural... nuestros antepasados nos han dejado», dijo Anita Aguilar, con una seguridad que no requiere justificación. Con la misma convicción, Elsa Sánchez afirmó: «Yo misma curaba a mis hijos... con plantas que nuestros ancestros nos enseñó».

En este contexto, la curación no está aislada de la identidad cultural; al contrario, saber sanar con plantas medicinales implica reconocerse. Esta autodefinición se levanta desde un saber enraizado, íntimo y práctico que sostiene la autonomía, no desde una oposición cerrada a la medicina moderna. Se trata, entonces, de un conocimiento que se encarna en la experiencia y se afirma en cada decisión de no depender de la posta o el hospital.

Sin embargo, este saber no es individual ni espontáneo; al contrario, forma parte de una herencia comunitaria, como afirmó Inocencia Medina: «Acudo a las plantas naturales que nosotros tenemos... todo eso me enseñó mi papá». Esto fue ratificado por Marcelino Chávez: «Nuestros ancestros cultivaban... más nos curamos con plantas». Estas prácticas curativas forman parte de

la vida diaria, y no son eventos aislados: «Cuando nos da diarrea, fiebre, tos... nos curamos aquí, no vamos al hospital», relató Anita Aguilar, dando a conocer una rutina donde la sanación ocurre en casa, entre infusiones, baños, frotaciones y rituales.

Además, como pude observar en mis visitas, en sus huertas y chacras crecen ciertas plantas que cuidan su salud y reafirman su historia (ver figura 16), mientras que otras se obtienen del «monte»: «Usamos hojas de achiote, albaca, flores que tenemos nosotros... todo lo hacemos hervir y con eso nos bañamos», agregó en otro momento. Cada cultivo es una memoria viva, mientras que cada aplicación es una forma de sostener la continuidad. Así, en esta cotidianidad curativa, la identidad cultural no se declara, sino que se practica.

**Figura 16**

*Achiote en la huerta de don Marcelino Chávez*



*Nota.* Registrada por la tesista en Pomoreni.

Esta continuidad también se sostiene en una concepción simbólica y espiritual de la enfermedad y la curación. Al respecto, Anita Aguilar manifestó: «Utilizamos ruda, clavel, hojas de achiote, hojas de albaca y rosas... eso se hace para *akena kipatsi* e *isaroake*». Su testimonio no se

reduce a ingredientes, pues sugiere un ritual y lenguaje de conexión. En otro momento, al referirse al susto, describió el *qayapu*: «... llevas huevo, clavel, cigarro, caña y en silencio te hace, puede ser a las 7:00 p. m. o medianoche». Desde su mirada, las plantas tienen espíritu y agencia. Esto fue expresado con claridad por Víctor Oré: «Cuando nos da susto... hay una hierba... cortamos seis palitos y lo ponemos en su pecho, eso chupa el susto».

Las enfermedades comunes también suelen interpretarse en términos similares, es decir, como malestares que surgen de desequilibrios con el entorno o de energías corporales alteradas. Entonces, la posta o el hospital (si bien ofrecen medicamentos), no pueden intervenir sobre la dimensión espiritual del cuerpo, ni reemplazar los vínculos que conectan a la persona con la fuerza vital de las plantas medicinales; por ende, con el monte y la naturaleza viva.

En este contexto, la *adhesión cultural al cuidado ancestral* se revela como una decisión racional y activa. No se trata de una falta de acceso al sistema biomédico, sino de una elección basada en una profunda confianza y cercanía, como me dijo Elsa Sánchez: «Nuestros remedios son buenos... sí, nos sana, pero tienes que cumplir dos meses», dando a entender que su eficacia no es inmediata, pero es comprobada en la experiencia. Anita Aguilar insiste con convicción: «Yo no voy al hospital... me sano con mis hierbas, confío en ellas».

En algunos casos, el rechazo del sistema biomédico parece ser consistente, aunque no es absoluto. Desde la mirada institucional, Rider Santiago, sostuvo: «Ellos prefieren más su medicina tradicional, son más reservados con sus cosas, no quieren que la gente extraña, los colonos, intervengan dentro de su comunidad, ellos prefieren mantener su cultura, su tradición». Por su parte, Raquel Salcedo dijo: «... es un poquito difícil (solo un poquito, no bastante, difícil) de romper ese paradigma para nosotros, porque ellos expresan que confían en su medicina tradicional», confirmando así la confianza en lo propio y un cierto rechazo a lo ajeno.

Con una notable seguridad, reflejada en su rostro, Inocencia Medina afirmó: «Casi no voy al hospital... con suero, uno se puede morir... solo plantas usamos». Asimismo, Teresa Medina indicó: «Me dijeron para operarme..., pero yo estoy tomando mis hierbas». La decisión por el cuidado tradicional responde a una lógica de pertenencia, conocimiento íntimo y confianza acumulada, sosteniéndose en el tiempo, en la práctica y sin mediadores. En tal sentido, el hospital encarna un lugar distante, donde los cuerpos indígenas no siempre se comprenden ni respetan.

Aun así, los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, no se niegan al uso de la medicina moderna; por el contrario, ante ciertos males, alternan ambas de manera estratégica y

situada. Sobre esto, Anita Aguilar aclaró: «Si es corte leve, nos curamos aquí..., si es fuerte, vamos a la posta». Marcelino Chávez añadió: «Cuando me dio quiste fui al hospital, pero también tomo mis hierbas». La lógica de este uso particular se adapta al tipo de dolencia, aunque la secuencia prioriza lo tradicional. Víctor Oré lo resumió muy bien: «Cuando no pasa con hierba, ahí sí, vamos a la posta... pero primero con planta».

Elsa Sánchez también se refirió a su experiencia con el dengue: «Me dio dengue... tomé paracetamol con agua de coco, pero también usé verbena». Esta convivencia de sistemas no responde a una simple medicalización, sino a un criterio vivido que integra saberes sin subordinar lo propio. Dentro de esta racionalidad, las plantas continúan siendo el punto de partida, el cuerpo, el lugar de verificación, y la experiencia, la guía.

Así pues, en estos testimonios no emerge solo una preferencia instrumental, sino una ética de cuidado tejida con memoria, territorio y vínculos. En ella, los saberes ancestrales componen un horizonte desde el cual se interpreta la enfermedad y se decide el tratamiento. Además, los adultos mayores asháninkas y matsigenkas están lejos de ser pasivos, ya que se muestra como sujetos que actúan desde un saber incorporado, confiando en su historia, su huerta y el monte, así como en la eficacia (verificada por la experiencia) de lo que brota de su propia tierra.

En comparación de lo hallado por Williamson et al. (2015) o Scott (2011), donde el uso de la medicina tradicional aparece definido por las limitaciones de acceso o relegado a enfermedades comunes, en las comunidades nativas de Kimbiri la preferencia persiste y se afirma como una forma legítima y primera de atención a la salud. Esto coincide con los resultados de Favaron y Bensho (2021), quienes destacaron la dimensión espiritual y comunitaria del cuidado ancestral; sin embargo, en Kimbiri se ahonda aún más: los adultos mayores no usan lo tradicional por falta de alternativas ni únicamente por la eficacia, sino porque en ese cuidado se expresa una identidad cultural. Cada infusión, baño o frotación responde a una lógica terapéutica que enlaza cuerpo, territorio y memoria; y también actualiza una continuidad que cura y afirma quiénes son.

Lo que observé en el trabajo de campo refuerza esta idea: los adultos mayores asháninkas y matsigenkas no eligen lo tradicional como una nostalgia pasiva (Abad, 2011), sino como una decisión activa e intencionada, que encarna su racionalidad cultural (Farquhar, 1994). En esta línea, Good (1994) señaló que la medicina también se escoge por su coherencia cultural: sanar significa reestablecer vínculos rotos con el entorno, los espíritus del monte y el legado familiar. Las voces de Anita Aguilar, Inocencia Medina y Elsa Sánchez, al rechazar el hospital por convicción y no

por ignorancia («con suero uno se puede morir», dijeron), encarnan esa elección epistémica. Coincido con Menéndez (2003), quien afirmó que esto no se trata de un rechazo irracional a la biomedicina, sino de una lógica que elige aquello que tiene sentido, cuya eficacia se comprobó en la experiencia, y que no impone un control político sobre el cuerpo (Foucault, 2012).

Esto obliga a repensar el concepto de «preferencia» no como una elección instrumental, sino como una afirmación ontológica. Los resultados revelan que la medicina tradicional no es una alternativa secundaria ni una práctica en declive; al contrario, es un sistema médico vivo que ofrece agencia, reconocimiento y pertenencia (Farquhar, 1994). Esto resulta clave en un contexto donde el Estado, como afirmó Espinosa (2022), ha sido históricamente «ciego y sordo» ante los pueblos amazónicos. Como Garabombo, el comunero invisible de Scorza (1972), las prácticas médicas nativas subsisten al margen por la exclusión activa. Sin embargo, esa invisibilidad también se convierte en fuerza, en una forma de reorganizar desde lo negado y subordinado (Menéndez, 2010).

En definitiva, la preferencia por la medicina tradicional en los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri se constituye como una respuesta ética, epistémica y política que desafía las jerarquías médicas establecidas en Kimbiri, reflejando lo planteado por De Sousa (2017). Y desde su legitimidad, exige un diálogo real de saberes (Bastidas et al., 2009), no como inclusión simbólica, sino como un derecho a sanar desde lo propio, pero también usando otros sistemas, en un contexto de *pluralismo médico*, como plantearon Baer et al. (2003) y Kleinman (1980).

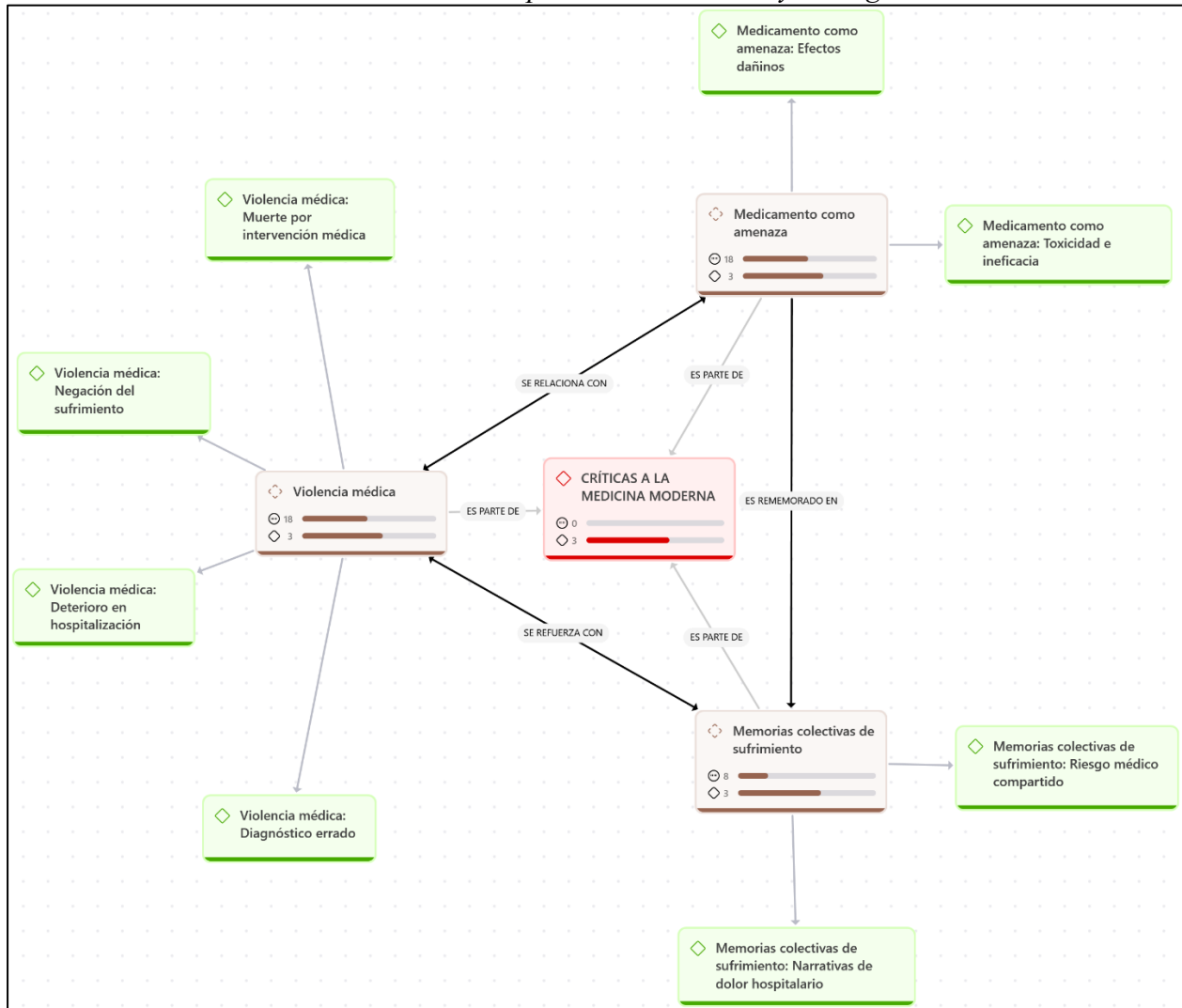
### ***3.2.2 Tensiones y críticas al sistema biomédico desde la experiencia de los adultos mayores***

En los testimonios que recogí de los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, junto a mis propias observaciones, percibí una constante tensión con el sistema biomédico. No se trata de un simple rechazo o una desconfianza sin fundamento, sino una crítica que emerge de la experiencia, del cuerpo y de la memoria.

Las críticas a la medicina moderna, encarnada en las postas y el hospital, toman forma a partir de tres hilos tejidos: medicamento como amenaza, violencia médica y memorias colectivas del sufrimiento médico, tal como se observa en la siguiente figura.

Como se observa en la figura 17, los tres códigos analíticos se conectan de modo revelador con la categoría *críticas a la medicina moderna*, pero también entre ellos. Estas conexiones emergen de las vivencias concretas, relatadas por los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, quienes enfrentan al sistema biomédico desde sus cuerpos y memorias.

**Figura 17**  
*Críticas a la medicina moderna desde la experiencia asháninka y matsigenka*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

Dentro del sistema categorial, el *medicamento como amenaza* presenta un enraizamiento de 18 y una densidad de 3. Aparece con frecuencia en los relatos y se vincula con tres núcleos en la red: forma parte integral de las críticas a la medicina moderna, se relaciona con la violencia médica y se inscribe en las memorias colectivas del sufrimiento, donde el uso de fármacos queda registrado como una experiencia dañina.

De modo paralelo, el núcleo de la *violencia médica* también muestra un enraizamiento de 18 y la misma densidad. Reúne experiencias donde el sistema médico no alivia, más bien hiera. Se articula con las críticas a la medicina moderna, los nodos medicamento como amenaza y las

memorias colectivas del sufrimiento, que conservan estos episodios como parte de una historia compartida.

Por último, las *memorias colectivas del sufrimiento*, con un enraizamiento de 8 y densidad 3, aparece con menor frecuencia, pero sostiene tres conexiones clave: forma parte de las críticas al sistema biomédico, rememora los medicamentos como amenaza y se refuerza con las experiencias de violencia médica. Lo que se conserva en estas memorias es el dolor, pero también una forma de resistencia narrativa frente a aquello que hirió.

En la tabla 14 organicé los tres códigos analíticos vinculados a las críticas a la medicina moderna (entendidas como experiencias de rechazo, daño, desconfianza o resistencia de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, hacia el sistema biomédico), junto con sus respectivos subcódigos, descripciones situadas y testimonios. Cada cita recoge, desde una vivencia directa, cómo estas personas expresan sus críticas ante prácticas médicas institucionalizadas.

La pastilla, aunque pequeña, carga un enorme peso simbólico en sus voces. Inocencia Medina lo expresó con firmeza: «Esos son calmantes nomás, son malos... Cuando tomas, te pasa y te sana tres meses; luego, el dolor vuelve». En sus palabras se inscribe una memoria corporal, y una experiencia que no se olvida. No es un rechazo sin fundamento, como dejó claro Víctor Oré: «A veces las pastillas son fuertes, pueden chocar... con hierbas ya completamos para sanarnos».

Desde sus cuerpos, trazan diagnósticos comparativos. Lo noté en Pomoreni, cuando Elsa Sánchez afirmó: «Nos hace mal, hace daño nuestro riñón, al hígado porque tienen químico», recordando cómo un medicamento del centro de salud la afectó. En cambio, un mate de ceciliana, dijo, le resulta más confiable: «... con mis plantas me sano mejor». Su relato no sonaba a juicio vacío, sino a experiencia. Según Rider Santiago, estas personas sienten que los fármacos «no les llegan a cumplir la tranquilidad y seguridad», y temen sus efectos: «... les genera algún tipo de reacciones... prefieren su propia medicina, sus hierbas, que no les genera reacciones adversas».

La *violencia médica* (daño causado por intervención médica, uso de fármacos o maltrato del personal de salud) atraviesa el cuerpo y toca el alma. Durante nuestra conversación, Víctor Oré recordó con nostalgia a su paisana que «... en vano la mataron cuando ha ido al hospital...». Anita Aguilar fue aún más contundente: «... no se va a la posta, si no te matan». No son voces aisladas. Inocencia Medina, en su idioma, me dijo lo mismo: «... con suero podemos morir», frase que su nieto tradujo con cierto asombro y pesar. Desde otra orilla, Domingo Cipriano lo expresó: «Si vas al hospital, no te curas, empeoras y puedes morir».

**Tabla 14**

*Críticas a la medicina moderna desde las experiencias asháninkas y matsigenkas*

<b>Código analítico</b>	<b>Subcódigo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Testimonio</b>
Medicamento como amenaza	Toxicidad e ineficacia	El medicamento se percibe como poco confiable y con efectos adversos, frente a las plantas medicinales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «A veces las pastillas son fuertes, pueden chocar... con hierbas ya completamos para sanarnos» (Victor Oré).</li> <li>– «Eso son calmantes nomás, son malos... Cuando tomas te pasa y te sana tres meses; luego, el dolor vuelve» (Inocencia Medina).</li> </ul>
	Efectos dañinos	El uso de medicamentos se asocia con daño directo a la salud, incluso la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Solo plantas naturales utilizamos. No vamos a la posta, con suero podemos morir» (Inocencia Medina).</li> <li>– «Nos hace mal, hace daño nuestro riñón, al hígado porque tienen químico» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
Violencia médica	Diagnóstico errado	El desconocimiento del contexto cultural y los errores de diagnóstico refuerzan la desconfianza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... a veces los doctores no entienden... dicen que es bronconeumonía..., pero le decimos que es susto» (Víctor Oré).</li> <li>– «Me dicen que no tengo nada, pero yo siento que estoy enferma» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
	Negación del sufrimiento	El personal de salud minimiza el dolor o culpa a la edad, ignorando la vivencia del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «A otros le dicen porque eres ya abuelito... nos grita» (Teresa medina).</li> <li>– «Me dicen que es por mi edad, pero a mí sí me duele» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
	Deterioro en hospitalización	La experiencia en hospitales puede agravar la condición física y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... no se va a la posta, si no te matan. Muchas personas mueren en el hospital» (Anita Aguilar).</li> <li>– «Si vas al hospital, no te curas, empeoras y puedes morir» (Domingo Cipriano).</li> </ul>
	Muerte por intervención médica	Relatos que responsabilizan al acto médico por la muerte de un familiar o un conocido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... te pueden meter mal la ampolla... a nuestra paisana, en vano la mataron cuando ha ido al hospital...» (Victor Oré).</li> <li>– «Casi no vamos a la posta, con suero podemos morir» (Inocencia Medina).</li> </ul>
Memorias colectivas de sufrimiento	Narrativas de dolor hospitalario	Se comparten recuerdos de discriminación o maltrato sufridos en centros de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «... no atienden bien, nos grita, nos dicen: '¿Por qué no comen yuca?' ... Por eso, no vamos allá, queremos sanar aquí nomás» (Teresa Medina).</li> <li>– «... a mi sobrina dice le han tratado mal las enfermeras cuando fue a dar luz al hospital, le dijeron: '¡Abre la pierna, así como abriste para embarazarte!'» (Anita Aguilar).</li> </ul>
	Riesgo médico compartido	Se percibe al sistema médico como un espacio de peligro colectivo para los pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Casi no voy al hospital, pensamos que nos pueden matar» (Inocencia Medina).</li> <li>– «Los doctores no nos entienden... nos pueden dar otro medicamento... mejor nos curamos con hierbas» (Marcelino Chávez).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

En la percepción de estos adultos mayores, los centros de salud y el hospital no solo representan otro sistema, sino también personifican territorios hostiles. Raquel Salcedo reconoce que, incluso en casos graves, muchos piden alta voluntaria para curarse en casa. A veces el

diagnóstico ni siquiera se valida: «Me dicen que no tengo nada...», me contó Elsa, o simplemente no se entiende, como cuando Víctor Oré me aseguró que los médicos confundían el susto con bronconeumonía. Escuchando con atención, entendí que el susto no es una metáfora, es la «pérdida del alma», un quiebre que solo los rezos y las plantas medicinales pueden recomponer.

El dolor no solo se siente, también se grita; aunque no siempre se escucha. Teresa Medina, con una rabia en el rostro, dijo que les «gritan» en el hospital; y cuando se quejan, las enfermeras o los médicos les dicen: «... porque eres ya abuelito». Marcelino Chávez vivió algo similar: «Me dicen que es por mi edad, pero a mí sí me duele». El relato de Anita Aguilar fue mucho más crudo y lleno de indignación porque a su sobrina, en pleno parto, le gritaron: «¡Abre la pierna, así como abriste para embarazarte!».

Estas experiencias no son excepciones. Lo escribí en mi cuaderno de campo de la siguiente manera: «El dolor de Elsa al contar que no la atienden o que la hacen esperar ‘aunque tenga cita’ no habla solo de tiempos largos, sino de exclusiones persistentes». Rider Santiago lo confirmó: «Los adultos mayores quieren un mejor trato... y que el profesional que les atienda hable su lengua», algo que rara vez o nunca ocurre. La falta de un puente lingüístico y cultural convierte al sistema biomédico en un muro. Raquel Salcedo me dijo sin rodeos: «Ellos expresan que confían en su medicina tradicional... y que los medicamentos pueden matarlos».

Estas voces y experiencias no se quedan en el ámbito individual; por el contrario, circulan y se vuelven memoria compartida. Se cuentan, una y otra vez, alimentando la decisión de no volver al hospital, como dijo Inocencia Medina: «Casi no voy al hospital, pensamos que nos pueden matar». Marcelino Chávez lo resumió así: «... nos pueden dar otro medicamento... mejor nos curamos con hierbas».

En mis recorridos por las comunidades nativas, noté que esa desconfianza no nace solo del miedo ni del simple rechazo, sino, sobre todo, de caminos recorridos y vividos. Sonia, hija de Elsa Sánchez, me dijo: «Cuando mi mamá está mal, yo le atiendo», mientras su madre asentía con la cabeza. En casa, la salud se cuida entre manos familiares, infusiones, baños, rezos y masajes con aceite de copaiba. No es romanticismo; es resistencia y agencia. Raquel Salcedo lo reconoce: «... ellos son muy ordenados... hacen caso lo que conocen, a su cultura». Y allí, en sus patios y huertas, cada planta guarda una historia, y cada hoja, un recuerdo de curación.

En contraste con lo que muestran los estudios de Scott (2011) y Menéndez (2023), donde la relación entre medicina moderna y tradicional se presenta solo como estrategia complementaria,

en las comunidades asháninkas y matsigenkas adquiere un tono distinto: se configura como una especie de crítica. Esta postura nace del cuerpo y de la memoria de los adultos mayores, cuyas voces expresan una denuncia vivida. Hablan desde la experiencia de daño, negligencia y violencia institucional. En ese marco, lo moderno (el hospital, la pastilla o el suero) no aparece como una promesa de cura, sino como un riesgo. Como señaló Farmer (1999), en contextos atravesados por la desigualdad, como en nuestro país y Kimbiri, la biomedicina actúa en doble sentido: como sistema terapéutico y como estructura de poder que excluye.

En ese sentido, el testimonio de Inocencia Medina («con suero podemos morir») no encarna una metáfora; más bien, es una verdad compartida y sostenida socialmente. Las críticas y suspicacias no son gratuitas, ya que casos recientes (como el del «suero fisiológico defectuoso»<sup>14</sup> distribuido por Medifarma en clínicas, hospitales y centros de salud en todos los departamentos del Perú, que provocó la muerte de siete personas en Cusco y otras regiones) refuerzan el temor de la medicina que debería sanar puede causar daño e incluso la muerte. Es decir, la tecnología médica, en lugar de ofrecer protección, simboliza desamparo.

Al escuchar relatos de los adultos mayores asháninkas y matsigenkas desde las propuestas de Kleinman (1980) y Scheper-Hughes y Lock (1987), se revela una lógica moral que cuestiona al modelo biomédico desde un cuerpo vivido, dolido y politizado. Las enfermedades comunes también se conciben como desajustes que exigen tratamientos que integren la totalidad de la persona. El medicamento industrial no solo es visto como ineficaz o nocivo, sino también como algo ajeno, tal como me dijo Marcelino Chávez: «... nos pueden dar otro medicamento... mejor nos curamos con hierbas». Esta decisión se sustenta en un saber situado, como planteó Good (1994), donde sanar significa restablecer vínculos sociales y espirituales.

En otras palabras, la preferencia por la medicina tradicional responde a que el sistema biomédico ignora el sufrimiento de los adultos mayores en sus propios términos; y lo prolonga a través de acciones deshumanizantes, excluyentes y de violencia cotidiana, como mostró Espinosa (2022) en el caso de las poblaciones amazónicas del Perú.

Frente a ello, la medicina tradicional no es un vestigio ni el último recurso; por el contrario, es una forma activa de cuidado, agencia y resistencia (Farquhar, 1994). Siguiendo a Menéndez (2003), estamos ante una racionalidad que privilegia la confianza, la escucha y el reconocimiento; contrastando así con la racionalidad biomédica que deslegitima los saberes tradicionales, además

---

<sup>14</sup> Para mayor información de este caso, revisar el siguiente enlace: <https://n9.cl/q3u22u>

de imponerse como el modelo único, oficial y universal (Menéndez, 1988b). Curarse, entonces, con manos conocidas, llamar por su nombre a los males, tomar infusiones en lugar de pastillas que «chocan», también es una forma digna de estar en el mundo.

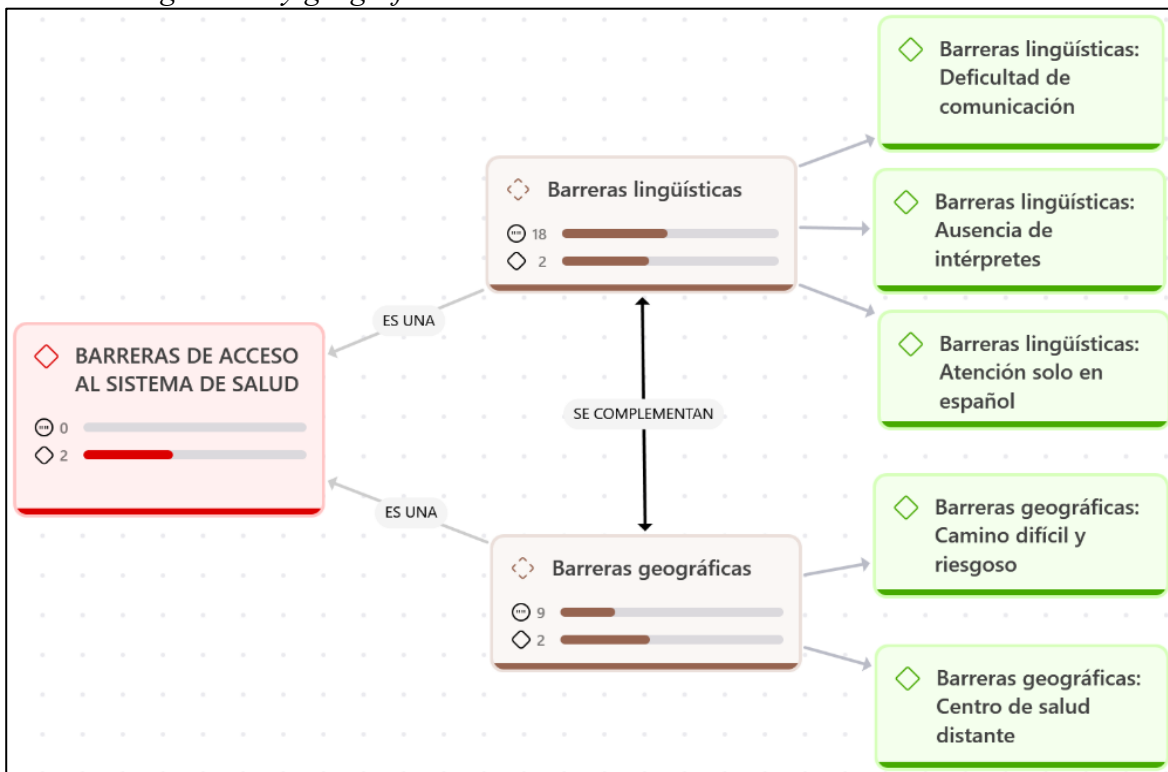
Desde esta perspectiva, la salud no se reduce a cifras clínicas; se entrelaza con la memoria, la espiritualidad y los vínculos. Es una mirada donde el hospital se experimenta como un lugar de riesgo, como ya advirtió Fernández (2006); por consiguiente, elegir lo propio implica afirmarse, y no es retroceder. Preferir la medicina tradicional, entre estos adultos mayores, implica defender su derecho a envejecer sin miedo, a ser escuchados, a sanar en sus propios términos y en compañía de sus seres queridos. Por tanto, esta preferencia encierra una lección urgente para un Estado que todavía insiste en hablar de interculturalidad sin haberse detenido a escucharlos.

### 3.2.3 Barreras de acceso para los adultos mayores en el acceso al sistema de salud

A partir del análisis de cruces entre el uso de la medicina tradicional y la biomedicina, identifiqué dos barreras que se repitieron en los testimonios de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri: el idioma y la geografía. La figura 18 condensa este hallazgo:

**Figura 18**

*Barreras lingüísticas y geográficas de acceso al sistema de salud*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

Según la red semántica anterior, las *barreras de acceso al sistema de salud* entre los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, se agrupan en lingüísticas y geográficas. La primera presenta un enraizamiento de 18 y una densidad de 2, al vincularse de modo directo con la categoría central y con los obstáculos territoriales. Por su parte, la barrera geográfica muestra un enraizamiento de 9 y la misma densidad, y también se conecta con la categoría madre y refuerza el peso del obstáculo comunicativo.

Ambas barreras se detallan en la tabla 15, donde los códigos y subcódigos, así como testimonios recogidos, dan forma situada a estos hallazgos.

**Tabla 15**

*Barreras de acceso al sistema de salud entre adultos mayores asháninkas y matsigenkas*

<b>Código analítico</b>	<b>Subcódigo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Testimonio</b>
Barreras lingüísticas	Dificultad de comunicación	Los adultos mayores no logran entender bien las indicaciones médicas ni expresarse adecuadamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «El médico no entiende cuando le hablo. A veces, alguien tiene que llevarme» (Víctor Oré).</li> <li>– «A veces no me entienden, no entiendo mucho el castellano, los doctores hablan rápido... no le entendemos» (Marcelino Chávez).</li> </ul>
	Ausencia de intérpretes	No hay personal que facilite el diálogo médico-paciente en lengua originaria, generando exclusión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Algunas personas no entienden mucho... peor cuando le hacen transferencia a otro lugar, no entienden. No hay alguien que haga entender...» (Anita Aguilar).</li> <li>– «... casi no sé hablar castellano... me atienden al último. Cuando voy sola, no me entienden; tiene que acompañarme alguien...» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
	Atención solo en español	La consulta médica solo se realiza en castellano, sin traducción ni ajustes interculturales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «No entienden nuestro idioma... yo hablo poco castellano; en el hospital no entienden nativo» (Teresa Medina).</li> <li>– «Yo hablo poco castellano, en mi idioma no me entienden y me vuelvo... a veces nos gritan» (Elsa Sánchez).</li> </ul>
Barreras geográficas	Centro de salud distante	El establecimiento médico se encuentra lejos o fuera del alcance e inmediato de los pobladores locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Aquí mismo no hay posta, en otro pueblo... el hospital está en Kimbiri todavía, es difícil ir allá, hay que gastar...» (Elsa Sánchez).</li> <li>– «Si te enfermas grave tienes que ir hasta Kimbiri, para los abuelitos es difícil ir...» (Inocencia Medina).</li> </ul>
	Camino difícil y riesgoso	El trayecto al centro de salud o al hospital implica riesgos físicos, accidentes o dificultades por el terreno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Cuando nos accidentamos en la chacra, tenemos que cargar hasta encontrar la carretera, caminamos lejos, nos caímos...» (Domingo Cipriano).</li> <li>– «Con lluvia la carretera se malogra: hay derrumbes, barro, agua... no se puede pasar...» (Marcelino Chávez).</li> </ul>

*Nota.* A partir del análisis de los datos.

Detrás de cada código analítico, descripción y testimonio, laten experiencias de adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, que desbordan la idea de una simple limitación funcional. Allí

se dibujan formas de exclusión cotidiana, respuestas erigidas con lo que hay al alcance y decisiones terapéuticas que revelan tanto un sentido profundo como una necesidad urgente.

Elsa Sánchez me dijo sin titubear: «Aquí mismo no hay posta, en otro pueblo... el hospital está en Kimbiri todavía: es difícil ir allá, hay que gastar...». Sus palabras me tocaron el corazón, quizá porque recordé las veces en que tuve rogarle a un mototaxista que me llevara hasta esas comunidades, tras horas de viaje que me dejaban totalmente agotada. No son solo largos trayectos; a veces ni siquiera sabía si va a llegar. Marcelino Chávez lo resumió con una claridad que no necesita explicación: «Con lluvia la carretera se malogra: hay derrumbes, barro, agua... no se puede pasar...». También escuché a Domingo contar cómo, tras un accidente en la chacra, lo cargaron hasta encontrar la carretera: «... caminamos lejos, nos caímos...».

En estos testimonios no hallé dramatismo ni exageración; más bien, percibí una aceptación callada del esfuerzo que implica llegar hasta las postas o al hospital de Kimbiri. En mis vistas vi que muchas comunidades no cuentan con postas básicas; solo existen en los centros poblados más grandes. Por eso, para muchos, ir a un establecimiento de salud no forma parte de su rutina: es algo excepcional; y esto no es solo por desinterés o rechazo, sino porque el camino también agota, desalienta y, de algún modo, deja fuera. A pesar de que en los últimos años se han construido carreteras hacia las comunidades nativas, las dificultades siguen presentes.

Cuando algunos adultos mayores llegan a los centros de salud, el muro no desaparece; solo cambia de forma, como me dijo Víctor Oré: «El médico no entiende cuando le hablo. A veces, alguien tiene que llevarme». Marcelino Chávez fue más directo: «... los doctores hablan rápido... no le entendemos». La barrera del idioma no cede, ya que se impone una y otra vez. Elsa me confesó que, si va sola, nadie la comprende en matsigenka y la atienden al final. Anita Aguilar evidenció que en los establecimientos de salud de Kimbiri no hay intérpretes: «No hay alguien que haga entender...». Teresa Medina también lo dejó en claro: «No entienden nuestro idioma... yo hablo poco castellano; en el hospital no entienden nativo». Elsa añadió que, tras ser ignoradas y relegadas, muchas veces regresan sin atenderse.

Estas frases no constituyen solo quejas; por el contrario, recogen experiencias compartidas de exclusión y desgaste. En mi cuaderno de campo anoté la demora de Sonia, hija de Elsa, cuando le pedí que tradujera literalmente una parte de la entrevista sobre este tema. Su silencio y su pausa no me parecieron vacíos, sino que eran el reflejo de una lengua que no encuentra espacio en el

ámbito médico oficial. En ese entorno, las palabras no solo curan o fallan en hacerlo; también deciden quién merece atención y quién queda al margen.

Sin embargo, al hablar de plantas, el ambiente cambiaba radicalmente. Las palabras de los adultos mayores adquirían otro tono, más cercano y vivo. Sus rostros se iluminaban y las manos dibujaban en el aire diversos gestos de cuidado. En esos momentos, dejaban de ser pacientes para convertirse en sabios: «Con mis plantas me sano mejor», me dijeron más de una vez.

Estos relatos, contados y vividos por ellos, muestran que el uso de la medicina tradicional no responde solo a una herencia o costumbre asumida sin más; de hecho, se trata de una elección racional y de una respuesta lúcida. La confianza nace de los resultados y del hecho de que allí el cuerpo habla y alguien los escucha. Raquel Salcedo me contó que muchos adultos mayores, incluso hospitalizados, piden el alta para tratarse en casa. Rider Santiago también lo expresó con claridad: «No vienen al hospital porque saben que no les entienden». En ese escenario (marcado por la distancia, el idioma y la desconfianza) la medicina tradicional no actúa como un simple gesto de nostalgia; más bien, se convierte en un refugio de sentido.

A diferencia de contextos donde el *pluralismo médico* se articula desde una lógica de complementariedad, como se muestran en los trabajos de Pradipta et al. (2023) y Williamson et al. (2015), en Kimbiri, la elección de la medicina tradicional por los adultos mayores asháninkas y matisgenkas no se explica solo por las barreras materiales. Los obstáculos para llegar a los centros de salud o al comunicarse con los profesionales, quienes solo atienden en español, sin intérpretes ni mediación cultural, generan experiencias concretas de exclusión. Y esas vivencias, la verdad, no se quedan solo en lo práctico: ponen en duda el propio sentido del sistema biomédico y su eficacia simbólica.

Creo que esto choca directamente con lo que plantea el *Convenio n.º 169* de la OIT (2007)<sup>15</sup>: en países como el Perú, los servicios de salud deberían «planearse y administrarse en cooperación con los pueblos». Se debe tomar en cuenta no solo lo económico o lo geográfico, sino también lo social y lo cultural, incluyendo sus métodos de prevención, sus prácticas curativas y hasta sus medicinas tradicionales (pp. 42-43).

Y tampoco encaja con los principios de la *Política Sectorial de Salud Intercultural* (Minsa, 2016), que habla de la *pertinencia cultural*, del reconocimiento de saberes ancestrales y de la

---

<sup>15</sup> La sigla OIT corresponde a la Organización Internacional del Trabajo, entidad responsable de la elaboración del Convenio n.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

eliminación de barreras socioculturales. Los relatos y las experiencias que recogí en el campo muestran otra realidad: persiste una brecha entre el discurso institucional y lo que ocurre en la práctica, y la atención sanitaria sigue regida por lógicas monolingües, unilaterales y jerárquicas. El testimonio de Elsa Sánchez («yo hablo poco castellano; en el hospital no entienden nativo») expresa frustración, pero también evidencia que el derecho a una atención culturalmente pertinente aún no se cumple.

Las palabras de los adultos mayores, cuando relatan caminos largos y rotos, así como la discriminación lingüística, no se limitan a describir las barreras funcionales. Cuando dicen «a veces nos gritan» o «me atienden al último», no solo formulan una queja; también revelan una vivencia donde el cuerpo pierde voz y la lengua propia deja de tener valor. Esa experiencia confirma lo planteado por Scheper-Hughes y Lock (1987): la biomedicina fragmenta el cuerpo y niega su dimensión cultural y social, crucial en las sociedades no occidentales.

En estos contextos, como señaló Good (1994), curarse va más allá de aliviar los síntomas; implica recuperar sentido. Por eso, la medicina tradicional abre un camino distinto, pues permite que el cuerpo hable en su lengua, con sus ritmos y gestos. Siguiendo a Baer et al. (2003) y Menéndez (2003), preferir los saberes ancestrales responde una decisión práctica y, al mismo tiempo, constituye un acto de agencia cultural ante un sistema de salud que excluye. En contraste, la medicina tradicional trata al cuerpo como parte de un entramado espiritual, familiar y territorial, y no como un objeto aislado. Así, busca comprender lo vivido, pensado y sentido.

De acuerdo con Pariona (2024), la interculturalidad institucional fracasa tanto por la falta de implementación de políticas públicas como por no reconocer la cosmovisión indígena, legítima y vinculante. La convierte, más bien, en un adorno exótico que no transforma la estructura de fondo. Por eso, los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, marcan distancia de la biomedicina no solo por barreras prácticas, sino porque enfrentan un modelo que no escucha ni permite traducir.

Ese escenario obliga a revisar, con sentido crítico, cómo se aplican las políticas de salud intercultural. Ya lo advirtieron autores como Walsh (2005), De Sousa (2017) y Albó (2006, 2009): sin una transformación institucional real, la interculturalidad se reduce al discurso, sin capacidad para redistribuir poder ni reconocimiento.

Pariona (2024) lo dijo con claridad: «El sistema de salud dominante no ha incorporado los importantes conocimientos para restablecer la salud humana, heredados por nuestros antepasados»; y por eso, «... se carece de políticas públicas para integrar a los programas de

atención de salud los valiosos aportes de la medicina tradicional» (p. 132). En otras palabras, mientras la medicina ancestral asháninka y matsigenka no se reconozca como un saber válido (no como simple complemento), seguirá subordinada.

Cuando los adultos mayores recurren a la medicina tradicional para tratar enfermedades, no solo toman una decisión práctica. Con ella, afirman su cultura, resisten desde el cuerpo y la memoria. Lo hacen frente a un sistema biomédico que, pese al discurso de salud intercultural, sigue sin escuchar ni dialogar. Es ese sistema que conserva intactos los muros de la distancia y del idioma, y con ellos, la exclusión (Blas y Sivasankara, 2010). Frente a ello, el saber ancestral no solo cura: acoge, traduce y da sentido. Allí donde el Estado no llega con dignidad, este acto adquiere fuerza. Los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, siguen siendo sabios y custodios de un mundo que no se rinde; por el contrario, resiste y permanece (Valencia, 2023).

### **3.2.4 Experiencias de discriminación de los adultos mayores en el sistema de salud**

La discriminación que experimentan los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas, en el sistema de salud de Kimbiri incide en su preferencia por la medicina tradicional para tratar diversas dolencias. Esta exclusión se articula en tres planos conectados: el reconocimiento simbólico, el trato desigual e invisibilización cultural. La figura 19 muestra cómo estos nodos se relacionan.

Como se observa en la figura 19, dentro de la categoría discriminación en el sistema de salud, los códigos analizados muestran distintos grados de enraizamiento y densidad, lo que permite captar tanto su frecuencia en los testimonios recopilados como su capacidad para articular significados dentro de la red semántica construida.

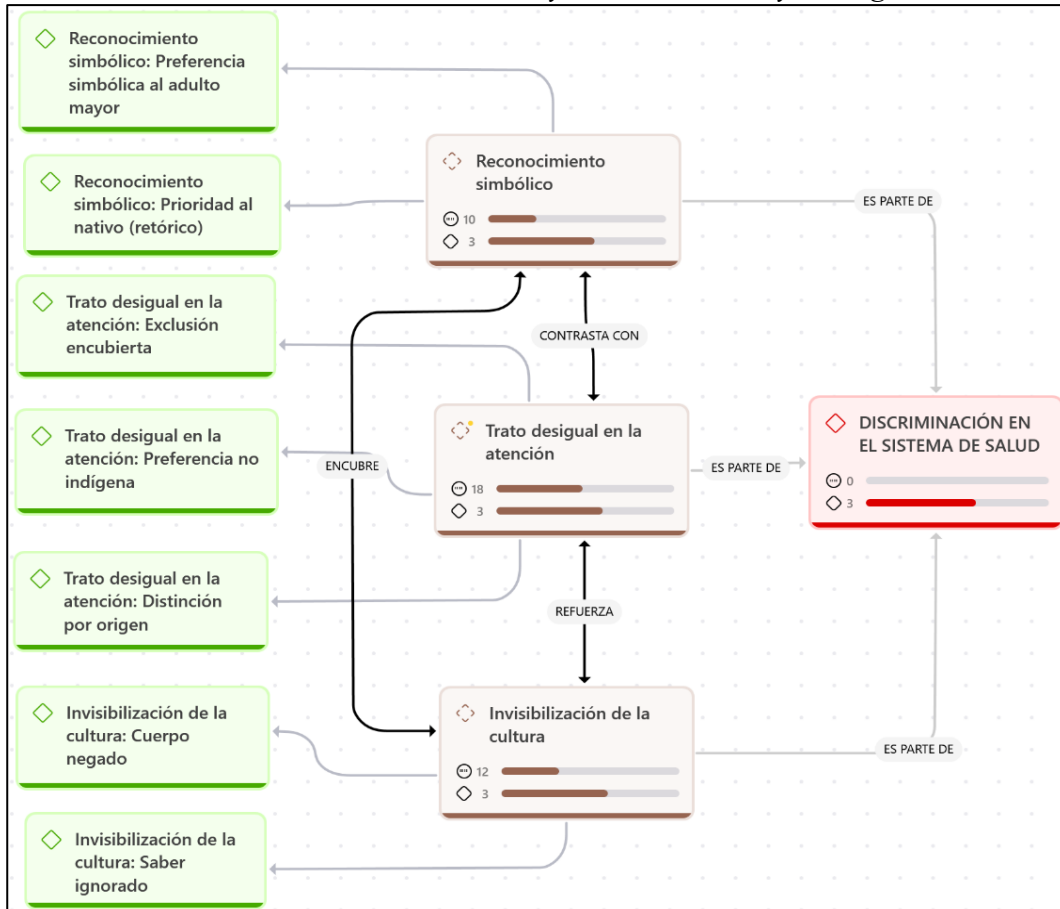
El primer código, *reconocimiento simbólico* (con enraizamiento de 10 y densidad de 3), evidencia un discurso institucional que (aunque en forma anima el respeto hacia las personas mayores, asháninkas y matsigenkas) en la práctica actúa como un modo de encubrimiento. Este tipo de reconocimiento del «otro» se limita al plano teórico y no se traduce en acciones concretas que valoren sus saberes ni sus cuerpos. Esa desconexión entre el discurso y la práctica expone una forma sutil, pero persistente, de exclusión.

Esta exclusión se vuelve más palpable con el código *trato desigual en la atención*, el más recurrente en el análisis (con un enraizamiento de 18 y una densidad de 3). Los testimonios que lo sustentan dan cuenta de experiencias directas de maltrato, exclusión y trato preferencial hacia pacientes no indígenas. En este caso, la discriminación ya no se esconde tras gestos simbólicos; se expresa con claridad en las prácticas cotidianas del sistema de salud. Esta forma de atención no

solo reproduce desigualdades, sino que también vacía de contenido al reconocimiento simbólico y refuerza la invisibilización de otras formas de conocimiento y existencia.

**Figura 19**

*Discriminación en salud hacia adultos mayores asháninkas y matsigenkas*



Nota. Red semántica con Atlas.ti 24 a partir del análisis de datos.

En este punto, se hace evidente la conexión con el tercer código: *invisibilización de la cultura* (con un enraizamiento de 12 y una densidad de 3). Lo que se omite en el discurso y se niega en la práctica es precisamente la validez de otros sistemas médicos. Esta negación no responde a un error aislado; más bien, forma parte de una lógica que sostiene el desprecio del sistema de salud hacia lo nativo. La invisibilización de la cultura no solo acompaña al trato desigual en la atención; también le da sentido y la legitima dentro de un marco de exclusión más amplio.

En conjunto, estos tres nodos configuran una red coherente, donde cada uno cumple una función relacional específica. Más allá de su peso empírico, evidencian cómo el sistema de salud articula, reproduce y justifica formas arraigadas de discriminación. Lejos de tratarse de hechos aislados, lo que emerge es una estructura que habla de respeto mientras actúa desde la negación;

generando así un campo de tensiones que cuestiona directamente a los responsables de aplicar las políticas de salud intercultural.

Para dar cuenta de estas formas de discriminación, elaboré la tabla 16 donde se reúne los datos de campo más representativos, tal como me fueron narrados:

**Tabla 16**

*Experiencias de discriminación en salud entre adultos mayores nativos de Kimbiri*

Código analítico	Subcódigo	Descripción	Testimonio
Reconocimiento simbólico	Prioridad al nativo (retórico)	Se declara preferencia por los pueblos indígenas, pero esto no se traduce en un trato diferencial efectivo.	– «Dicen que nos prefieren más a nosotros porque somos asháninkas, pero yo no veo eso...» (Anita Aguilar). – «Antes nos atendían rápido a nativos... ahora tenemos que hacer cola» (Elsa Sánchez).
	Preferencia simbólica al adulto mayor	Supuesta prioridad por edad que no se concreta en atención efectiva o preferencial.	– «A otros le dicen porque eres ya abuelito... nos gritan que debemos comer yuca» (Teresa Medina). – «Cuando voy al hospital, me atienden al último, al resto primero... a pesar que saco cita» (Marcelino Chávez).
Trato desigual en la atención	Distinción por origen	Trato diferenciado en función de la identidad indígena frente a usuarios mestizos o colonos.	– «Cuando hay cola prefieren atender a los colonos, y nosotros esperamos...» (Domingo Cipriano). – «A mí me atienden al último... será porque no tenemos conocimiento» (Marcelino Chávez).
	Exclusión encubierta	Obstáculos no explícitamente discriminatorios (trámites, esperas, negaciones) dificultan el acceso efectivo.	– «He sacado cupo... mucha cola... por gusto estaba parada» (Teresa Medina). – «A veces llegamos tarde, cantidad están haciendo cola. A veces no nos atienden, no nos alcanza» (Víctor Oré).
	Preferencia no indígena	La atención prioriza a los no indígenas, relegando a los adultos mayores de las comunidades nativas.	– «Los médicos no atienden bien a los asháninkas y a las abuelitas; a colonos sí, atienden bien» (Inocencia Medina). – «A veces los colonos no respetan la cola... los atienden primero, nos dejan...» (Domingo Cipriano).
Invisibilización de la cultura	Saber ignorado	El sistema de salud invalida o ignora los conocimientos tradicionales sobre salud y enfermedad.	– «Las enfermeras no quieren que utilicemos nuestras hierbas... no respetan nuestra cultura» (Domingo Cipriano). – «Los doctores me dicen que es normal por vejez... me dijeron que he comido con perros, gatos; por eso, tengo tifoidea» (Elsa Sánchez).
	Cuerpo negado	La forma indígena de experimentar el cuerpo y sus afecciones es malinterpretada o desestimada por el personal de salud.	– «... a mi sobrina dice le han tratado mal las enfermeras cuando fue a dar luz al hospital, le dijeron: '¡Abre la pierna, así como abriste para embarazarte!'» (Anita Aguilar). – «Me dicen que es por mi edad, pero a mí si me duele» (Marcelino Chávez).

*Nota.* A partir del análisis cualitativo de los datos.

Como evidencia la tabla anterior, escuchar a los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, sobre su paso por los establecimientos de salud me mostró una realidad muy distinta a la que suelen proclamar las instituciones cuando hablan sobre el *enfoque de salud intercultural* y la atención con *pertinencia cultural*. El reconocimiento que se enuncia no se vive en la práctica, como reveló Anita Aguilar con cierta resignación y escepticismo: «Dicen que nos prefieren más a nosotros porque somos asháninkas, pero yo no veo eso...». Elsa Sánchez, en cambio, evocó un tiempo en que «... atendían rápido a nativos...»; sin embargo, esa prioridad simbólica se fue diluyendo hasta desaparecer; ahora deben «... hacer cola» como todos. En consecuencia, la llamada «preferencia al nativo» quedó anclada en el discurso; en la realidad, no se manifiesta.

Marcelino Chávez me dijo: «... me atienden al último, al resto primero... a pesar que saco cita». Teresa Medina me contó, un poco avergonzada, que, en lugar de tratarla con respeto por su edad, le gritaron que debe «comer yuca» para no enfermarse. Una mañana esperé a Elsa Sánchez en el hospital de Kimbiri; debía atenderse. Compartimos la espera mientras una fila larga avanzaba con lentitud. Cuando por fin nos acercamos al personal que repartía cupos, nos dijeron que ya no quedaban. Después de casi dos horas, Elsa y su hija se marcharon. Antes, reclamó en matsigenka; sin embargo, el personal ni siquiera la miró. Esa escena me dejó una sensación difícil de nombrar.

Al adentrarme en sus vidas, comenzaron a surgir testimonios que evidenciaban una forma de discriminación más frontal, marcada por el origen étnico. Domingo Cipriano lo sintetizó con una frase que se repite en diferentes voces: «Cuando hay cola prefieren atender a los colonos, y nosotros esperamos...». Saber que, aunque uno llegue antes, otros pasarán primero, se ha vuelto en una certeza dolorosa entre estos adultos mayores. Esa distinción por origen se entreteje con formas más sutiles de exclusión: esperas prolongadas, falta de explicaciones e indiferencia. Teresa Medina lo expresó con cansancio: «He sacado cupo... mucha cola... por gusto estaba parada». A Víctor Oré ni lo atendieron: «A veces no nos atienden, no nos alcanza», dijo bastante agobiado.

La preferencia por los no indígenas no se nombra públicamente, pero, como muestran los testimonios, se expresa en cada jornada de atención. Hablar el idioma asháninka o matsigenka, llevar puesto el *cushma*, tener el color de piel distinto... todo parece contar más que el turno. Sin embargo, lo que más hiere no es la espera, sino lo que esta comunica: que el tiempo de los adultos mayores nativos importa menos o nada. El promotor de Pensión 65, Rider Santiago, lo explicó con mucha claridad: «Aunque tienen SIS activo, muchos no van por el trato que reciben... sienten que no los quieren atender».

También existe una forma menos visible, pero igual de profunda, de ser desplazados: ver negados sus saberes, sus cuerpos y su forma de entender la salud. Domingo Cipriano me dijo: «Las enfermeras no quieren que utilicemos nuestras hierbas... no respetan nuestra cultura». Elsa Sánchez recordó que, cuando enfermó de tifoidea, la culparon por haber comido junto a los animales: «... me dijeron que he comido con perros, gatos; por eso, tengo tifoidea». Estas son formas de deslegitimar los tratamientos tradicionales y los modos de vida. Los cuerpos asháninka y matsigenka, y las maneras de expresar el malestar, no se comprenden desde el sistema biomédico; a veces, ni siquiera se los cree. Marcelino Chávez, con molestia, me contó: «Me dicen que es por mi edad, pero a mí sí me duele», como si su palabra no tuviera valor.

Uno de los testimonios que más me marcó fue el de Anita Aguilar. Ella me contó que, en pleno parto, una enfermera le gritó a su sobrina: «¡Abre la pierna, así como abriste para embarazarte!». No fue solo una agresión verbal; fue un gesto que atravesó su cuerpo y dignidad. Raquel Salcedo reconoció que muchos pacientes nativos piden el alta antes que permanecer en el hospital. En mis notas de campo, escribí sobre cómo Elsa Sánchez, al hablar de sus hierbas, parecía recobrar algo más que el control de su cuerpo: una forma del volver a sí misma.

En conjunto, lo que revelan estos testimonios no es un rechazo a la medicina moderna, sino una respuesta frente a un sistema que los trata como si no supieran ni sintieran. La discriminación no siempre alza la voz; a veces se manifiesta en gestos, silencios, decisiones que empujan a buscar cuidado donde los escuchan, o en la firme negativa a ir o a volver: «... no se va a la posta, si no te matan. Muchas personas mueren en el hospital», me dijo Anita Aguilar, decidida.

En contraste con lo documentado por Williamson et al. (2015) en la Amazonía peruana (donde la biomedicina se muestra como una opción preferida debido a su eficacia técnica), en las comunidades nativas de Kimbiri esa idea no se sostiene. La experiencia de los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas la contradice. En su vínculo con el sistema de salud, se enfrentan a una discriminación estructural que toma formas sutiles, pero persistentes: atención diferenciada, exclusión encubierta e invisibilización de sus saberes y cuerpos. En este escenario, la medicina moderna no se presenta como una alternativa; lo hace como un modelo único, válido y hegemónico (Aguilar-Peña et al., 2020); es decir, un espacio que no acoge, sino que aparta.

Coincido con Mamani (2024) y Le et al. (2023), cuando concluyen en que esta exclusión va más allá de las barreras físicas, ya que deteriora los lazos emocionales y culturales que sostienen la confianza en el sistema biomédico. Frente a este escenario, la medicina tradicional no representa

una alternativa de última opción; por el contrario, aparece como una elección digna, legítima y vinculada con la vida. Esto concuerda con lo que plantearon Castro y Rodríguez (2021) sobre las poblaciones indígenas, donde plantas, rezos y prácticas reparan un vínculo roto con el cuerpo, la comunidad y la historia: con la identidad cultural misma.

Las contribuciones teóricas, desde el *pluralismo médico* y los *modelos de atención*, de Kleinman (1980), Baer et al. (2003) y Menéndez (2003), ayudan a comprender que esta elección no nace del rechazo irracional, sino de una práctica racional y cargada de sentido cultural. Desde el enfoque de salud intercultural, autores como Albó (2006), Baixeras (2006) y Alarcón et al. (2003) señalaron que, cuando el sistema no reconoce la lengua, cosmovisión y rol de los sabios indígenas, termina deslegitimando la atención biomédica. Esto fue indicado por Marcelino Chávez cuando dijo que lo atienden al final «a pesar de sacar cita». Por ende, no se trata de una queja cualquiera; en sus palabras resuena el dolor de sentirse ignorados como sujetos plenos de derechos; en contraste, el *seripiari* y el sabio de la casa los escuchan, los tocan con respeto y validan su dolor.

Esta desconexión evidencia las contradicciones no resueltas de la *Política Sectorial de Salud Intercultural* (Minsa, 2016b), ya que, aunque en el papel se reconoce la validez de los sistemas tradicionales y la atención con pertinencia cultural, en la práctica las instituciones sanitarias continúan sin cambios. El enfoque intercultural, que promete un diálogo horizontal y la inclusión de saberes, tropieza con una lógica técnica monocultural que permanece intacta. Según Pariona (2024), la no integración de la medicina tradicional en el sistema de salud oficial, no se debe a falta de evidencia, sino a una exclusión histórica e injustificada. Así, las medicinas indígenas siguen descartadas por prejuicios heredados, expresión de la colonialidad del saber.

Hablar de salud intercultural demanda más que protocolos o «adecuaciones» superficiales; en contraste, exige un cambio ético y político del sistema. Como señaló De Sousa (2017), la justicia epistémica requiere visibilizar los saberes indígenas, pero, sobre todo, reconocerlos como conocimientos válidos en sí mismos. En Kimbiri, preferir el uso de la medicina tradicional no implica solo una decisión terapéutica; más bien, encarna un gesto epistémico, político y cultural. Ante un sistema que medicaliza sin comprender y predica inclusión sin escuchar, los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas prefieren un camino donde su vejez, su idioma, sus dolores y sus memorias tienen un lugar y comprensión.

En este contexto, la medicina tradicional no solo alivia el cuerpo y el alma; también devuelve dignidad a estos adultos mayores, pues ofrece un espacio de confianza, reconocimiento

y pertenencia (Greifeld, citado por Kazianka, 2012). Frente a ello, la promesa intercultural sigue sin cumplirse en su experiencia cotidiana (Fernández, 2006). Así, estos hallazgos cuestionan las políticas de salud intercultural, la atención con pertinencia cultural y a quienes deberían hacerlas realidad.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados y en diálogo con los objetivos del estudio, expongo aquí las conclusiones a las que se arribó:

1. Los adultos mayores, asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65, gestionan su salud articulando la medicina tradicional y la biomedicina. La medicina tradicional la emplean a diario para tratar síndromes culturales como *itsaroake* (susto), *atakeri tampea* (mal del aire) o *akena kipatsi* (enfermedad de la tierra), así como dolencias comunes (fiebre, diarrea, entre otras), recurriendo a plantas, rituales y prácticas comunitarias que buscan restablecer el equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio. En cambio, la biomedicina la utilizan ante enfermedades que consideran graves, crónicas o resistentes (cáncer, diabetes, hipertensión, tuberculosis, dengue o accidentes físicos). Ambos sistemas médicos conviven bajo una lógica de complementariedad y alternancia, donde la elección depende de la naturaleza del malestar y de los recursos disponibles. En este proceso, la pensión y el SIS amplían el acceso a los centros de salud, pero la medicina tradicional continúa siendo el eje central.
2. Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri recurren con frecuencia a la medicina tradicional no solo para tratar síndromes culturales, sino también para enfrentar enfermedades comunes. La perciben como una forma de cuidado coherente con sus saberes, su lengua y su entorno sociocultural y ecológico. En ella hallan alivio físico, vitalidad espiritual, confianza y continuidad cultural, reforzando su identidad y sentido de pertenencia. Las plantas y las prácticas curativas están presentes en la vida diaria y generan confianza y cercanía que la biomedicina no ofrece. En cambio, el hospital y las postas suelen verse como espacios lejanos, marcados por el desconocimiento del cuerpo indígena, maltrato, efectos de los medicamentos y barreras del idioma. Por eso, los adultos mayores no recurren a la medicina tradicional solo por falta de alternativas, sino porque responde a una lógica propia: cuidar con dignidad y con métodos que reconocen como eficaces, aun en un contexto dominado por la biomedicina.

## RECOMENDACIONES

A la luz de los hallazgos y las conclusiones, comparto aquí las recomendaciones que considero necesarias:

1. El Ministerio de Salud (Minsa) y los gestores de políticas de salud intercultural deben reconocer la medicina tradicional como un sistema médico legítimo, integrándola en los planes regionales con participación de sabios locales y respeto por sus tiempos, espacios y criterios. Superar la interculturalidad instrumental y redistribuir el poder epistémico exige un diálogo real entre saberes, donde se garantice el derecho de los pueblos a curarse en sus propios términos.
2. El personal de salud de Kimbiri y otros distritos similares deben formarse en interculturalidad crítica, para acercarse a las concepciones nativas del cuerpo, la enfermedad y la sanación. Es fundamental implementar protocolos con intérpretes, respetar las decisiones de los adultos mayores y habilitar espacios compartidos con sabios locales. Solo así se puede revertir la crítica, la desconfianza, el sufrimiento institucional y esa discriminación sutil que deteriora la atención biomédica.
3. Las organizaciones indígenas y gobiernos comunales nativos deben fortalecer sus formas de cuidado, apoyando la transmisión del saber ancestral, el rol de los sabios y sabedoras locales, y el derecho a usar la medicinal como primer recurso, sin patologización ni subordinación. También les corresponde exigir al Estado políticas de salud con pertinencia cultural real, más allá de un discurso decorativo sobre interculturalidad.
4. Los investigadores sociales, sobre todo antropólogos en formación y ejercicio, deben asumir una ética sensible al estudiar las prácticas médicas indígenas. Es necesario superar el enfoque extractivista y apostar por una antropología del cuidado que reconozca el pluralismo médico como un campo de disputa simbólica y política. Esto implica comprender, acompañar y defender el derecho de los pueblos a curarse sin renunciar a su identidad ni a sus saberes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L. (2011). Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con Comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (pp. 75-92). Abya-Yala.
- Aguilar-Peña, M., Tobar, M. F., y García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Alarcón, A. M., Vidal, A., y Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://n9.cl/px6ex>
- Albó, X. (2006). Interculturalidad y salud. En *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 65-74). Abya-Yala.
- Albó, X. (2009). Interculturalidad, Estado y pueblos indígenas. En L. Citarella y A. Zangari (Eds.), *Yachay tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 145-157). Prohisaba.
- Aparicio, A. J. (2005). La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gazeta de Antropología*, 21, 1-10. <https://n9.cl/ssdf8>
- Baer, G. (1994). *Cosmología y sahamanismo de los matsiguenga (Perú Oriental)*. Biblioteca Abya-Yala.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the world system*. Praeger.
- Baixeras, J. L. (2006). Salud e interculturalidad. Relación de la medicina kallawayá con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva. En G. Fernández (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 271-287). Abya-Yala.
- Bastidas, M., Pérez, F. N., Torres, J. N., Escobar, G., Arango, A., y Peñaranda, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 104-111. <https://n9.cl/2nayh8>
- Bastide, R. (2001). *El sueño, el trance y la locura*. Amorrortu.

- Bautista, J., Oyuela, W., García, A., y Linares, J. L. (2019). Medicina tradicional lenca: enfoque antropológico, botánico y farmacológico. *Revista UNAH Sociedad*, 1, 66-77. <https://n9.cl/g5x8m>
- Biassi, N. (2016). *Iatrogenia cultural: la medicina y los pueblos originarios*. DesdeLaPlaza.com. <https://n9.cl/et0sj>
- Blas, E., & Sivasankara, A. (Eds.). (2010). *Equity, social determinants, and public health programmes*. OMS.
- Boccagni, P. (2014). What's in a (Migrant) House? Changing Domestic Spaces, the Negotiation of Belonging and Home-making in Ecuadorian Migration. *Housing, Theory and Society*, 31(3), 277-293. <https://n9.cl/qfqtae>
- Boixareu, R. M. (2016). Las raíces de la antropología de la salud. En R. M. Boixareu (Ed.), *De la antropología filosófica a la antropología de la salud* (pp. 41-54). Herder.
- Care. (2013). *Comprender, comunicar y proponer desde la organización indígena* (Cuadernos Care). <https://n9.cl/hv5gf>
- Castro, L. N., y Rodríguez, Y. C. (2021). *Las prácticas de medicina tradicional como proceso de preservación de los saberes ancestrales en el resguardo indígena Muisca de Cota* [Tesis de licenciatura, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca]. <https://n9.cl/4d4q6>
- Cockerham, W. C. (2022). *Medical sociology*. Routledge.
- Coffey, A., y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquía.
- Comelles, J. M., y Martínez, Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema.
- Coronado-Peña, J. J., y Suárez, R. S. (2022). Uso tradicional de plantas medicinales en adultos mayores del municipio de Arauca. *Revista de la Asociación Colombiana de Ciencias Biológicas*, 18-28. <https://n9.cl/krai9>
- Creswell, J. W., & Creswell, D. J. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.
- De Sousa, B. (2017). *Justicia entre saberes: epistemologías del sur contra el epistemicidio*. Morata.
- De Tezanos, A. (1998). *Una etnografía de la etnografía. Aproximaciones metodológicas para la enseñanza del enfoque cualitativo interpretativo para la investigación social*. Antropos.

- Dehouve, D. (2018). *Antropología de lo nefasto en comunidades indígenas*. El Colegio de San Luis.
- Delgado, H. E. (1986a). *Cultura (cosmovisión) y salud entre los asháninka*. <https://n9.cl/562g7g>
- Delgado, H. E. (1986b). *Cultura (cosmovisión) y salud entre los machiguengas*. <https://n9.cl/lrmgf>
- Delgado, H. E. (1999). La medicina tradicional. *Runamanta: revista de antropología*, 1, 1-6. <https://n9.cl/0utm9>
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En *Manual de investigación cualitativa: Vol. I* (pp. 44-101). Gedisa.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI.
- Duquesnoy, M. (2013). La medicina tradicional desde la antropología. En A. Gómez (Ed.), *Saberes y prácticas en torno a la salud y el bienestar. Manejo de recursos bióticos en la Sierra Otomi-Tepehua, Hidalgo* (pp. 277-294). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Engebretson, J. (2003). Cultural constructions of health and illness: recent cultural changes toward a holistic approach. *Journal of Holistic Nursing*, 21(3), 203-227. <https://n9.cl/hdxxdo>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://n9.cl/3acbk8>
- Espinosa, Ó. (2022). *El nudo amazónico. El Perú y sus pueblos indígenas*. Ministerio de Cultura - Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú.
- Fagetti, A. (2011). Fundamentos de la medicina tradicional mexicana. En A. Arqueta, E. Corona, y P. Hersch (Eds.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México* (pp. 137-151). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: the modern plagues*. University of California Press.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Farquhar, J. (1994). *Knowing practice: the clinical encounter of Chinese medicine*. Westview Press.
- Favaron, P., y Bensho, C. (2021). Benshoanon: el proceso curativo de la medicina tradicional del pueblo indígena shipibo-konibo. *Maguaré*, 35(1), 159-178. <https://n9.cl/hr1ow>

- Fernández, G. (2006). «Al hospital van los que mueren»: desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 317-336). Abya-Yala.
- Flick, U. (2014). La gestión de calidad en Investigación Cualitativa. En *Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents*. Morata.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Ghasarian, C. (2008). Por los caminos de la etnografía reflexiva. En *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas* (pp. 9-42). Ediciones del Sol.
- Glaser, B., & Strauss, A. (2006). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. <https://n9.cl/477ho>
- Guber, R. (2016). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.
- Helman, C. (1984). *Culture, health, and illness: an introduction for health professionals*. Wright-PSG.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral Editores.
- Jorand, B. (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 44, 181-196. <https://n9.cl/xpajp>
- Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina «global» y la medicina indígena «local»? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68. <https://n9.cl/t20u9>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

- Le, T. N. P., Felix, M. S., Ratanawijitrasin, S., & Paek, S. C. (2023). Beliefs and Traditional Medicine Use Among Vietnamese Older Adults: The Case Study in Hoc Mon District. *Journal of Population and Social Studies*, 31, 381-402. <https://n9.cl/zv40ex>
- Lock, M. M. (1995). *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press.
- Mamani, B. X. (2024). *Saber ancestral: uso del laqatu en la comunidad San José de Collana, Paucarcolla, 2023*. 6(1), 105-118. <https://n9.cl/6uuqx>
- Marcus, G. E. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127. <https://n9.cl/hmaiu>
- Martin, E. (1994). *Flexible bodies: tracking immunity in american culture —from the days of polio to the age of AIDS*. Beacon Press.
- Menéndez, E. L. (1988a). Medicina tradicional o medicina científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales. *Runa*, 17, 1-33. <https://n9.cl/gewxc>
- Menéndez, E. L. (1988b, abril 30). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. <https://n9.cl/8g731>
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://n9.cl/4i228>
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. 8(1), 185-207. <https://n9.cl/lvggq>
- Menéndez, E. L. (2010). *La parte negada de la cultura*. Prehistoria Ediciones.
- Menéndez, E. L. (2023). De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. *Salud Colectiva*, 19, 1-15. <https://n9.cl/8ueov>
- Midis. (2022). *Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65. Memoria Anual 2021*. <https://n9.cl/7s7oc>
- Mincul. (s. f.-a). *Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios: pueblo asháninka*. Recuperado 27 de marzo de 2025, de <https://n9.cl/gkwzj>
- Mincul. (s. f.-b). *Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios: pueblo Matsigenka*. Recuperado 27 de marzo de 2025, de <https://n9.cl/jj6k6>
- Minsa. (2016a). Decreto Supremo N.º 016-2016-SA. Política Sectorial de Salud Intercultural. En *El Peruano*. <https://n9.cl/zq926>
- Minsa. (2016b). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. <https://n9.cl/r36b9>

- Municipalidad Distrital de Kimbiri. (2021). *Mejoramiento de los servicios de apoyo al desarrollo productivo en la diversificación agropecuaria en 35 comunidades del distrito de Kimbiri de la provincia de La Convención del departamento de Cusco*. MDK.
- Naal, S. S. (2019). *Saberes en el uso de las plantas medicinales en José María Morelos, Quintana Roo: Interviniendo y transformando* [Tesis de maestría, Universidad de Quintana Roo]. <https://n9.cl/jq9xt>
- OIT. (2007). *Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. OIT. <https://n9.cl/hlrqc>
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*, 1-18. <https://n9.cl/n1s49>
- OMS. (2002). Medicina tradicional - necesidades crecientes y potencial. En *Health Canada*. Fisher P & Ward A. <https://n9.cl/dre34w>
- OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. [www.who.int](http://www.who.int)
- Papalini, V., Y Avelín, M. J. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59), 1-21. <https://n9.cl/kqwov>
- Pariona, W. (2017). *Hampiq: salud y enfermedad en Ayacucho*. Pakarina; UNSCH.
- Pariona, W. (2024). *Medicina ancestral. Enseñanza en la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga*. Pakarina.
- Pradipta, I. S., Aprilio, K., Febriyanti, R. M., Ningsih, Y. F., Pratama, M. A. A., Indradi, R. B., Gatera, V. A., Alfian, S. D., Iskandarsyah, A., & Abdulah, R. (2023). Traditional medicine users in a treated chronic disease population: a cross-sectional study in Indonesia. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03947-4>
- Ross, A. I. (2012). *The anthropology of alternative medicine*. Berg.
- Sachs, J. D. (2011). *The price of civilization: reawakening american virtue and prosperity*. Random House.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://n9.cl/27wx4>
- Scorza, M. (1972). *Historia de Garabombo, el Invisible*. ePubLibre.
- Scott, K. (2011). *La medicina tradicional y la medicina moderna en Cusco*. <https://n9.cl/xcabm9>
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BMJ*, 324, 860-861. <https://n9.cl/1xb74x>

- Sharon, D., y Bussmann, R. (2014). Medicina tradicional y medicina moderna en México y el Perú: valorización y explotación. En L. Millones (Ed.), *Por la mano del hombre Prácticas y creencias sobre chamanismo y curandería en México y Perú* (pp. 425-458). Fondo editorial de la Asamblea Nacional de Rectores.
- Taussig, M. (2002). *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje: un estudio del terror y la curación*. Norma.
- Téllez, A. (2007). *La investigación antropológica*. ECU.
- Torralbo, H., Larrazabal, S., & Guizardi, M. (2020). Envejecimiento, género y cuidados: debates para situar las políticas públicas. *Sociedade e Cultura. Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais*, 23, 1-23. <https://n9.cl/w8tca>
- UNFPA. (2017). *Material de apoyo para la sensibilización en salud intercultural*. <https://n9.cl/zi2ua>
- Valencia, L. A. (2023). *Envejecimiento y personas mayores en los pueblos originarios latinoamericanos*. Rebelión.org. <https://n9.cl/5vx8t>
- Vargas, N., y Hernández, J. M. (2018). Medicina tradicional y medicina moderna. El diálogo intercultural como vía de inclusión y respeto de las prácticas de salud en la medicina tradicional y moderna. En *Formación en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades* (pp. 23-26). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Varon, A. (2022). *¿Por qué enfermamos?* Universidad Anáhuac Puebla. <https://n9.cl/nwmte>
- Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en la educación*. Ministerio de Educación.
- Williamson, J., Ramirez, R., & Wingfield, T. (2015). Health, healthcare access, and use of traditional versus modern medicine in remote Peruvian Amazon communities: A descriptive study of knowledge, attitudes, and practices. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 92(4), 857-864. <https://n9.cl/n5zqn>

## ANEXOS

### Anexo A: Matriz de consistencia de la investigación

Problemas	Objetivos	Hipótesis
¿Cómo gestionan su salud y enfermedad los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de programa Pensión 65, en el marco del uso de la medicina tradicional y la biomédica?	Analizar cómo gestionan su salud y enfermedad los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, beneficiarios del programa Pensión 65, en el marco del uso de la medicina tradicional y la biomédica.	
Específicos	Específicos	Específicas
¿Qué enfermedades tratan, por qué y cómo lo hacen los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, ya sea mediante la medicina tradicional o la biomédica?	Identificar qué enfermedades tratan, por qué y cómo lo hacen los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, ya sea mediante la medicina tradicional o la biomédica.	Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65, tratan síndromes culturales y ciertas enfermedades comunes con medicina tradicional, y recurren a la biomedicina frente a enfermedades crónicas, resistentes o en situaciones de emergencia.
¿Por qué los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 recurren con frecuencia a la medicina tradicional, a pesar del predominio de la medicina biomédica?	Explicar por qué los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 recurren con frecuencia a la medicina tradicional, a pesar del predominio de la medicina biomédica.	Los adultos mayores asháninkas y matsigenkas, beneficiarios de Pensión 65, recurren con frecuencia a la medicina tradicional porque la reconocen como un cuidado propio y confiable, mientras que el sistema biomédico les genera desconfianza por sus barreras de acceso y experiencias de discriminación.

## Anexo B: Sistema de categorías, códigos y subcódigos de la investigación

Objetivos	Categorías	Códigos	Subcódigos
Objetivo 1:  Identificar qué enfermedades tratan, por qué y cómo los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65, ya sea mediante la medicina tradicional y/o la biomédica.	Concepciones de salud y enfermedad	Estado de salud percibido	<i>Kametsa</i> (estar sano) <i>Ajokitaka</i> (estar enfermo)
		Causas culturales de la enfermedad	Castigo de lugar Pérdida de <i>noshire</i> (alma) Contaminación espiritual Dieta inadecuada Factores climáticos
		Formas tradicionales de diagnóstico	Observación del cuerpo Ineficacia de remedios Persistencia del malestar Lectura de coca Manifestaciones oníricas
	Enfermedades tratadas tradicionalmente	Síndromes culturales	<i>Akena kipatsi/kipachi</i> (enfermedad de la tierra) <i>Itsaroake/notsharongaki</i> (susto) <i>Atakeri tampea</i> (mal del aire) <i>Nokavishuaka</i> (cólico estomacal) <i>Ushijaro</i> (diarrea) <i>Okashtakenoito/ucashti nogitoke</i> (dolor de cabeza) <i>Okashtakenaji</i> (dolor de diente) Dolor muscular <i>Nokovaki</i> (fiebre)
		Enfermedades comunes	<i>Kamanchi</i> (gripe) y <i>tojerenchi</i> (tos) <i>Metsechi</i> (conjuntivitis) <i>Notere</i> (herida leve) <i>Pisonpo</i> (chupo) <i>Karachakuntas</i> (uta) <i>Maño</i> (dengue)
		Uso doméstico de plantas medicinales	Plantas utilizadas Modo de uso
		Intervención de especialistas	<i>Sheripiari/seripigari</i> (curandero) Vapreadora
		Cuidados familiares en casa	Apoyo familiar Rol femenino en el cuidado
	Prácticas terapéuticas tradicionales	Curación ritualizada	Componentes rituales Normas rituales
		Uso de medicina tradicional-biomédica	
Pensión 65 y la medicina tradicional	Uso de pensión en el tratamiento tradicional	Compra de insumos rituales Adquisición de plantas medicinales	
	Revalorización de saberes ancestrales	Continuidad de saberes terapéuticos Autonomía en la toma de decisiones de salud	
Enfermedades tratadas con biomédica	Enfermedades crónicas no trasmisibles	Anemia Diabetes <i>Nokashnonentaki</i> (gastritis) <i>Okashtakeotonki</i> (artritis) Cáncer Colesterol elevado Presión arterial alta Problemas del corazón	

	Enfermedades infecciosas y transmisibles	Infección urinaria <i>Maño</i> (dengue) Tifoidea Malaria Prostatitis Tuberculosis Hepatitis B Cirrosis
	Lesiones y accidentes físicos	Heridas profundas Hemorragias Mordedura de serpiente
Prácticas biomédicas de curación	Atención médica profesional	Diagnóstico Análisis Aplicación de inyecciones Prescripción de medicamentos Suturas, limpieza de heridas Cirugías Hospitalización Control y seguimiento
	Automedicación Uso de biomedicina- medicina tradicional	
Pensión 65 y biomedicina	Acceso al SIS Gastos cubiertos con la pensión	Acceso gratuito al sistema de salud Compra de medicamentos Pago de pasajes
Objetivo 2:  Explicar por qué los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 recurren con frecuencia a la medicina tradicional, a pesar del predominio de la medicina biomédica.	Identidad medicinal	Autodefinición mediante la medicina tradicional Saberes heredados Práctica curativa cotidiana Cultivos heredados
	Sentidos culturales del cuidado tradicional	Naturaleza simbólica-espiritual de las plantas Adhesión cultural al cuidado ancestral Alternancia curativa tradicional
		Espiritualidad vegetal Vitalidad vegetal Preferencia por saberes propios Elección del cuidado tradicional Uso según caso Uso selectivo de medicamentos
	Críticas a la medicina moderna	Medicamento como amenaza Violencia médica Memorias colectivas del sufrimiento
		Toxicidad e ineficacia Efectos dañinos Diagnóstico errado Negación del sufrimiento Deterioro en hospitalización Muerte por intervención médica Narrativas de dolor hospitalario Riesgo médico compartido
	Barreras de acceso al sistema biomédico	Barreras lingüísticas Barreras geográficas
		Dificultad de comunicación Ausencia de intérpretes Atención solo en español Centro de salud distante Camino difícil y riesgoso
	Discriminación en el sistema de salud	Reconocimiento simbólico
		Prioridad al nativo (retórico) Preferencia simbólica al adulto mayor Distinción por origen Exclusión encubierta

Trato desigual en la atención

Preferencia no indígena

Invisibilización de la cultura

Saberes invisibilizados  
Corporalidades invisibilizadas

---

# Anexo C: Análisis cualitativo con Atlas.ti 24: evidencias

**Administrador de redes**

Nombre	Grado	Grupos	Creado por	Modificado por	Creado	Modificado
⊕ Barreras de acceso al sistema biomédico	8		DownLoadyJR	DownLoadyJR	21/05/2025 10:17	27/05/2025 1
⊕ Concepciones sobre salud y enfermedad	16		DownLoadyJR	DownLoadyJR	30/04/2025 19:24	24/05/2025 0
⊕ Críticas hacia la medicina moderna	12		DownLoadyJR	DownLoadyJR	19/05/2025 10:31	27/05/2025 1
⊕ Discriminación estructural en el sistem...	11		DownLoadyJR	DownLoadyJR	22/05/2025 12:37	27/05/2025 1
⊕ Enfermedades tratadas con biomedicina	23		DownLoadyJR	DownLoadyJR	11/05/2025 19:47	26/05/2025 1
⊕ Enfermedades tratadas tradicionalmente	18		DownLoadyJR	DownLoadyJR	5/05/2025 10:56	24/05/2025 1
⊕ Pensión 65 y biomedicina	5		DownLoadyJR	DownLoadyJR	15/05/2025 11:02	27/05/2025 0
⊕ Pensión 65 y medicina tradicional	7		DownLoadyJR	DownLoadyJR	10/05/2025 10:23	10/05/2025 1
⊕ Prácticas biomédicas de cuidado	12		DownLoadyJR	DownLoadyJR	13/05/2025 18:42	26/05/2025 1
⊕ Prácticas terapéuticas tradicionales	14		DownLoadyJR	DownLoadyJR	5/05/2025 13:20	26/05/2025 0
⊕ Sentidos culturales del cuidado tradici...	15		DownLoadyJR	DownLoadyJR	17/05/2025 13:24	27/05/2025 0

**TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA:**

11 Entrevistadora (E): ¿Cómo es para ti estar bien de salud? ¿Y cómo es estar enfermo?

12 Entrevistada (Anita): Estar bien de salud es no enfermarse, y estar enfermo es estar con dolores.

13 E: ¿Qué enfermedades o males te afectan que solo se pueden curar en la comunidad y con remedios naturales? ¿Cuáles son? Por ejemplo, pacha, susto, waspa...

14 Anita: Pacha y cuando es susto hacemos qayapu. Cuando tiene pacha se va al curandero, ellos saben y nos manda a comprar flores como clavel, vela, y se va a ese lugar y prender vela, la pacha te da cuando te caes en el lugar donde la tierra tiene su momento que evapora. El susto, te da cuando te asustas, nosotros vamos a kimbiri allí las mamitas hacen llevas huevo, clavel, cigarro, caña y en un silencio te hace qayapu puede ser a las 7pm o media noche.

15 E: ¿Cómo sabes que tienes esa enfermedad? ¿Qué señales te indican? Por ejemplo, Pacha.

16 Anita: Cuando tienes fiebre, dolor de cabeza, te sientes mal, diarrea y cuando toma pastilla no pasa te vas a un curandero te haces ver y él sabe.

17 E: ¿Por qué crees que te da esa enfermedad?

18 Anita: Porque te caes en un lugar donde está evaporando, el susto cuando te asustas sobre todo a niños.

19 E: ¿Qué pasa si no te curas de esa enfermedad o vas a la posta?

20 Anita: Si no te curas te mueres, no se va a la posta sino te matan y muchas personas mueren cuando no se sabe.

21 E: ¿Qué cosas haces para curarte de esas enfermedades?

22 Anita: Acudo a al curandero y a las plantas naturales que nuestros antepasados nos han dejado y cuidarte en casa durante 24 horas no salir afuera, sin agarrar agua, sino te cuidas no te hace nada y sigues mal.

23 E: ¿Qué plantas o remedios naturales usas para curarte de esa enfermedad? ¿Cómo los usas?

24 Anita: Utilizamos la ruda, clavel los haces hervir y con eso te bañas al medio día eso es para pacha y también agregamos las hojas de achote, hojas de albaca y rosas y flores que tenemos nosotros, todo lo hacemos hervir y con eso se bañan eso se hace tanto la el pacha y susto.

25 E: ¿Tú mismo te curas o te cura alguien? ¿Cómo te cura?

Tezis Yulisa - ATLAS.ti

Archivo Inicio Buscar & Codificar Analizar Importar & Exportar Herramientas Ayuda

Explorador del proyecto

Tezis Yulisa

- Documentos (11)
  - D 1: 1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR (46)
  - D 2: 2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE (44)
  - D 3: 3. ENTREVISTA A MARCELINO CHÁVEZ MORALES (29)
  - D 4: 4. ENTREVISTA A VÍCTOR ORE PÉREZ (39)
  - D 5: 5. ENTREVISTA A INOCENCIA MEDINA IZLA (27)
  - D 6: 6. ENTREVISTA A TERESA MEDINA LEÓN (34)
  - D 7: 7. ENTREVISTA A DOMINGO CIRRIANO BELTRÁN (35)
  - D 8: 8. ENTREVISTA RIDER SANTIAGO NAWARRO (17)
  - D 9: 9. ENTREVISTA RAQUEL SALCEDO (22)
  - D 21: 01 diario de campo (59)
  - D 22: 10. ENTREVISTAS A VARIOS POBLADORES (7)
- Códigos (47)
  - Acceso al SIS (7-2)
  - Accidentes y lesiones (9-3)
  - Adhesión cultural al cuidado ancestral (16-3)
  - Afecciones relacionadas con la edad (7-0)
  - Alternancia curativa tradicional (11-3)
  - Atención médica profesional (30-3)

Haga clic para editar el comentario

33 Marcelino: Cuando me duele mucho la cabeza me tomo matico.  
 34 E: ¿Por qué crees que te da esa enfermedad?  
 35 Marcelino: Por el calor me da dolor de cabeza.  
 36 E: ¿Qué pasa si no te curas de esa enfermedad?  
 37 Marcelino: Te puede morir sino te curas.  
 38 E: ¿Qué cosas haces para curarte si tienes esa enfermedad o malestar? ¿Qué plantas usas? ¿Cómo lo usas?  
 39 Marcelino: [No hay respuesta]

41 E: ¿Qué enfermedades no puedes curar en la comunidad con remedios naturales y te debes ir al médico o a la posta?  
 42 ¿Cuáles son? Cáncer, diabetes, TBC, dengue, tifoides, anemia, etc.  
 43 Marcelino: Cuando me dio quiste he ido al hospital me dio por comer suciedad se acumuló arenillas se acumuló en mi intestino. Durante la entrevista la hija del señor Marcelino, Sonia refiere que su padre tiene gastritis porque toma mucho masato maduro y a veces no come, refiere que no desea ir al hospital a tratarse porque prefiere atenderse con hierbas medicinales que se llama mococo mococo y chupa sangre.  
 44 E: ¿Cómo sabes cuando una enfermedad es grave y necesitas ir al médico o a la posta?  
 45 Marcelino: Cuando me duele mucho y no pasa con hierbas me llevan al médico, si no voy curar, va a avanzar.  
 46 E: ¿Por qué ocurre esta enfermedad que te lleva a buscar al médico o el centro de salud?  
 47 Marcelino: El docto me dijo por comer suciedad se acumuló arenillas se acumula en mi intestino y bajo, porque el dolor no pasa.  
 48 E: Si no te atienden con el médico cuando tienes una enfermedad grave, ¿qué crees que podría pasar? ¿Qué hace el médico para curarte o cómo te curan?  
 49 Marcelino: Si no me atienden en hospital va a Avanzar, el doctor me da receta para comprar pastilla, pero toma dos veces y aquí tomo Iygin con corteza de jaimito más y utilizo haciendo hervir en ayuda me lo tomo.  
 50 E: ¿Qué otros males o problemas te hacen ir al médico de inmediato? Hemorragias.  
 51 Marcelino: Más antes, allí abajo, cuando estamos caminando no había camino, estábamos caminando agarrando raices se ha roto y me caído me chupé la cabeza me llevaron al hospital varios y me atendieron rápido, cuando volví a mi casa con su corteza de *pusanari* con eso me puse a mi herida, rayándole lo puse a mi herida.  
 52 E: Cuando usas plantas o remedios naturales para curarte de enfermedades comunes (como dolor de cabeza o cólico), ¿te sanan realmente? ¿Por qué?

34 Causas culturales de la enferm... Factores climáticos  
 35 Enfermedades prolongadas y de desgaste: Cáncer  
 36 Adhesión cultural... Elección del cuidado tradicional  
 37 Enfermedades prolongadas y de desgaste: Hemorragias  
 38 Atención médica profesional: Diagnóstico  
 39 Atención médica profesional: Prescripción de medicamentos  
 40 Atención médica profesional: Diagnóstico  
 41 Alterancia curativa... Uso selectivo de medicamentos  
 42 Atención médica profesional: Prescripción de medicamentos  
 43 Uso de biomedicina-tradicional  
 44 Accidentes y lesiones: Hemorragias  
 45 Accidentes y lesiones: Tifoides (tradicional) profusivo  
 46 Barreras lingüísticas: Dificultad de comunicación  
 47 Enfermedades comunes: Nódulo (herida vieja)

Tezis Yulisa - ATLAS.ti

Archivo Inicio Buscar & Codificar Analizar Importar & Exportar Herramientas Ayuda

Explorador del proyecto

Tezis Yulisa

- Formas tradicionales de diagnóstico (18-4)
  - Gastos cubiertos con la pensión (11-2)
  - Identidad medicinal (33-3)
  - Intervención de especialistas (10-4)
  - Invisibilización de la cultura (12-3)
  - Medicamento como amenaza (18-3)
  - Memorias colectivas del sufrimiento (8-3)
  - Naturaleza simbólica-espiritual de las plantas (8-3)
  - Pensión 65 en el tratamiento tradicional (6-2)
  - PENSIÓN 65 y BIOMEDICINA (0-2)
  - PENSIÓN 65 Y MEDICINA TRADICIONAL (0-2)
  - PRÁCTICAS BIOMÉDICAS DE CURACIÓN (0-3)
  - PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS TRADICIONALES (0-5)
  - Reconocimiento simbólico (10-3)
  - Revalorización de saberes ancestrales (9-2)
  - SENTIDOS CULTURALES DEL CUIDADO TRADICIONAL (0-0)
  - Síndromes culturales (14-2)
    - Akenakipachi/kipachi (enfermedad de la tierra) (7-0)
    - Atakeri tampea (mal de aire) (2-0)
    - Isharaki/netsharongaki (susto) (5-0)
  - Síntomas resistentes a la medicina tradicional (8-0)

Haga clic para editar el comentario

399 citas

Buscar citas

Nombre	ID	Referencia	Contenido del texto	Documento	Densidad	Códigos
Acceso al SIS	7	1... 1:57	Las inyecciones son buenos también, pero yo no voy mis plantas son...	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	3	[Adhesión cultural al cuidado...]
Accidentes y lesiones	6	1... 1:15	la pacha te da cuando te caes en el lugar donde la tierra tiene su mome	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Causas culturales de la enferm...]
Adhesión cultural al cuidado ancestral	16	1... 1:15	El susto, te da cuando te asustas	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Causas culturales de la enferm...]
Afecciones relacionadas con la edad	7	1... 1:33	el dolor de barriga te da cuando comes algo malogrado o la comida e...	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Causas culturales de la enferm...]
Alternancia curativa tradicional	11	1... 1:35	y cuando comemos comida malograda nos duele la barriga y nos ma...	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Causas culturales de la enferm...]
Atención médica profesional	30	1... 1:35	Las enfermedades nos dan cuando nos mojamos en lluvia la gripe y la...	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Causas culturales de la enferm...]
Automedicación	9	1... 1:57	También son nuevos, creo que en la Biblia está escrito que Dios ha cre...	1. ENTREVISTA A ANTA AGUILAR	1	[Naturaleza simbólica-espiritu...]
BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SA...	0	2:1 1:13	Estar bien de salud es sentirse bien	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Estado de salud percibido: Ka...]
Barreras geográficas	9	2:2 1:13	estar enfermo es estar con dolores ya no voy a mi chacra estoy en casa	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Estado de salud percibido: Aje...]
Barreras lingüísticas	18	2:5 1:17	está enfermo cuando abre sus ojos están amarillos y no duermen y a...	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Formas tradicionales de diagn...]
Causas culturales de la enfermedad	37	2:6 1:44	A la visita cuando curamos no sana y llevamos a la posta.	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	3	[Formas tradicionales de diagn...]
CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD	0	2:7 1:23	Cuando nos da susto nos curamos con plantas naturales por ejemplo...	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	2	[Curación ritualizada: Normas...]
CRÍTICAS A LA MEDICINA MODERNA	0	2... 1:33	Cuando nos da fiebre, cuando estás enfermo con dolores.	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Enfermedades comunes: Nok...]
Cuidados familiares	8	2... 1:39	cuando nos da dolor de barriga utilizamos verbenas tomamos en agua...	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Enfermedades comunes: Nok...]
Curación ritualizada	8	2... 1:39	para el dolor de diente agarramos marikita es una hormiga es color roj...	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	1	[Enfermedades comunes: Okar...]
DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD	0	2... 1:35	dengue nos da cuando dormimos sin mosquetero por los zancudos n...	2. ENTREVISTA A ELSA SÁNCHEZ QUISPE	2	[Causas culturales de la enferm...]
Eficacia empírica observada	16					
Enfermedades comunes	33					
Enfermedades debilitantes y de contagio	14					
Enfermedades prolongadas y de desgaste	16					
ENFERMEDADES TRATADAS CON LA BIOM...	0					
ENFERMEDADES TRATADAS TRADICIONAL...	0					
Estado de salud percibido	19					
Experiencias de discriminación estructural...	0					
Formas tradicionales de diagnóstico	18					

Seleccione una cita para mostrar su vista previa

Tejido Atlas.ti

Archivos Inicio Buscar & Codificar Analizar Importar & Exportar Herramientas Ayuda

Agregar documentos - entidades - Crear Comentario del proyecto Navegador Documentos Citas Códigos Memos Redes Vinculos

Explorador del proyecto

Administrador de redes

D 1: 1. ENTREVISTA A ANITA AGUILAR D 3: 3. ENTREVISTA A MARCELINO CHÁVEZ MORALES Administrador de citas

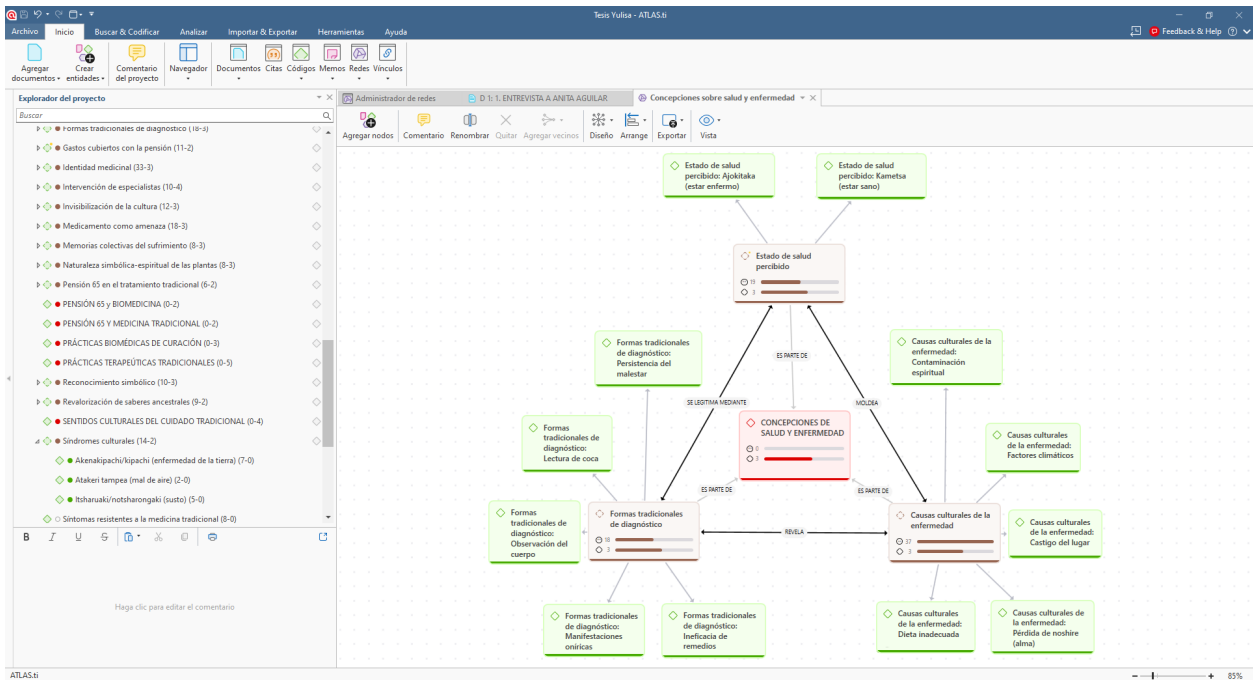
Buscar

- Formas tradicionales de diagnóstico (18-9)
- Gastos cubiertos con la pensión (11-2)
- Identidad medicinal (33-3)
- Intervención de especialistas (10-4)
- Invisibilización de la cultura (12-3)
- Medicamento como amenaza (18-3)
- Memorias colectivas del sufrimiento (8-3)
- Naturaleza simbólica-espiritual de las plantas (8-3)
- Pensión 65 en el tratamiento tradicional (6-2)
- PENSIÓN 65 Y BIOMEDICINA (0-2)
- PENSIÓN 65 Y MEDICINA TRADICIONAL (0-2)
- PRÁCTICAS BIOMÉDICAS DE CURACIÓN (0-3)
- PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS TRADICIONALES (0-5)
- Reconocimiento simbólico (10-3)
- Revalorización de saberes ancestrales (9-2)
- SENTIDOS CULTURALES DEL CUIDADO TRADICIONAL (0-4)
- Síndromes culturales (14-2)
  - Akenakipachi/kipachi (enfermedad de la tierra) (7-0)
  - Atakeri tampea (mal de aire) (2-0)
  - Isharaki/notsharongaki (susto) (5-0)
  - Síntomas resistentes a la medicina tradicional (8-0)

No hay grupos de redes  
Cargar redes para así agruparlas  
Conoce más sobre grupos

Nombre	Grado	Grupos	Creado por	Modificado por	Creado	Modificado
Bareras de acceso al sistema biomédico	8		DownLoadyJR	DownLoadyJR	21/05/2025 10:17	27/05/2025 11:17
Concepciones sobre salud y enfermedad	16		DownLoadyJR	DownLoadyJR	30/04/2025 19:24	24/05/2025 09:09
Críticas hacia la medicina moderna	12		DownLoadyJR	DownLoadyJR	19/05/2025 10:31	27/05/2025 11:17
Discriminación estructural en el sistem...	11		DownLoadyJR	DownLoadyJR	22/05/2025 12:37	27/05/2025 11:17
Enfermedades tratadas con biomedicina	23		DownLoadyJR	DownLoadyJR	11/05/2025 19:47	26/05/2025 11:17
Enfermedades tratadas tradicionalmente	18		DownLoadyJR	DownLoadyJR	3/05/2025 10:56	24/05/2025 11:17
Pensión 65 y biomedicina	5		DownLoadyJR	DownLoadyJR	15/05/2025 11:02	27/05/2025 09:09
Pensión 65 y medicina tradicional	7		DownLoadyJR	DownLoadyJR	10/05/2025 10:23	10/05/2025 11:17
Prácticas biomédicas de cuidado	12		DownLoadyJR	DownLoadyJR	13/05/2025 18:42	26/05/2025 11:17
Prácticas terapéuticas tradicionales	14		DownLoadyJR	DownLoadyJR	5/05/2025 13:20	26/05/2025 09:09
Sentidos culturales del cuidado tradici...	15		DownLoadyJR	DownLoadyJR	17/05/2025 12:24	27/05/2025 09:09

Haga clic para editar el comentario



Teis Yulisa - ATLAS.ti

Administrador de códigos

147 códigos

Explorador del proyecto

- Barreiras geográficas (9-2)
- Barreiras lingüísticas (18-2)
- Causas culturales de la enfermedad (37-3)
- CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD (0-3)
- CRÍTICAS A LA MEDICINA MODERNA (0-3)
- Cuidados familiares (8-4)
- Curación ritualizada (8-3)
- DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD (0-3)
- Eficacia empírica observada (16-0)
- Enfermedades comunes (33-2)
- Enfermedades debilitantes y de contagio (14-3)
- Enfermedades prolongadas y de desgaste (16-3)
- ENFERMEDADES TRATADAS CON LA BIOMEDICINA (0-3)
- ENFERMEDADES TRATADAS TRADICIONALMENTE (0-2)
- Estado de salud percibido (19-3)
- Experiencias de discriminación estructural en el sistema de salud (0-0)
- Formas tradicionales de diagnóstico (18-3)
- Gastos cubiertos con la pensión (11-2)
- Identidad medicinal (33-3)
- Intervención de especialistas (10-4)
- Invisibilización de la cultura (12-3)

Buscador de entidades

Nombre	Enraizamiento	Densidad	Grupos	Creado por	Modific
Acceso al SIS	7	2		Download	Download
Accidentes y lesiones	6	3		Download	Download
Adhesión cultural al cuidado ancestral	16	3		Download	Download
Afecciones relacionadas con la edad	7	0		Download	Download
Alternancia curativa tradicional	11	3		Download	Download
Atención médica profesional	30	3		Download	Download
Automedicación	9	3		Download	Download
BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD	0	2		Download	Download
Barreiras geográficas	9	2		Download	Download
Barreiras lingüísticas	18	2		Download	Download
Causas culturales de la enfermedad	37	3		Download	Download
CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD	0	3		Download	Download
CRÍTICAS A LA MEDICINA MODERNA	0	3		Download	Download
Cuidados familiares	8	4		Download	Download
Curación ritualizada	8	3		Download	Download
DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD	0	3		Download	Download

Distribución de códigos por documentos

147 códigos

Teis Yulisa - ATLAS.ti

Administrador de códigos

147 códigos

Explorador del proyecto

- Barreiras geográficas (9-2)
- Barreiras lingüísticas (18-2)
- Causas culturales de la enfermedad (37-3)
- CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD (0-3)
- CRÍTICAS A LA MEDICINA MODERNA (0-3)
- Cuidados familiares (8-4)
- Curación ritualizada (8-3)
- DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD (0-3)
- Eficacia empírica observada (16-0)
- Enfermedades comunes (33-2)
- Enfermedades debilitantes y de contagio (14-3)
- Enfermedades prolongadas y de desgaste (16-3)
- ENFERMEDADES TRATADAS CON LA BIOMEDICINA (0-3)
- ENFERMEDADES TRATADAS TRADICIONALMENTE (0-2)
- Estado de salud percibido (19-3)
- Experiencias de discriminación estructural en el sistema de salud (0-0)
- Formas tradicionales de diagnóstico (18-3)
- Gastos cubiertos con la pensión (11-2)
- Identidad medicinal (33-3)
- Intervención de especialistas (10-4)
- Invisibilización de la cultura (12-3)

Asignar códigos

151 1 15 en 1. ENT...  
la paella te da cuando te caes en el lugar donde la tierra tiene su momento que evapora

152 1 15 en 1. ENT...  
El sueto, te da cuando te asustas

Causas cult... Castigo del lugar

Causas c... Pérdida d... alma

Buscador de entidades

Nombre	Enraizamiento	Densidad	Grupos	Creado por	Modific
Acceso al SIS	7	2		Download	Download
Accidentes y lesiones	6	3		Download	Download
Adhesión cultural al cuidado ancestral	16	3		Download	Download
Afecciones relacionadas con la edad	7	0		Download	Download
Alternancia curativa tradicional	11	3		Download	Download
Atención médica profesional	30	3		Download	Download
Automedicación	9	3		Download	Download
BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD	0	2		Download	Download
Barreiras geográficas	9	2		Download	Download
Barreiras lingüísticas	18	2		Download	Download
Causas culturales de la enfermedad	37	3		Download	Download
CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD	0	3		Download	Download
CRÍTICAS A LA MEDICINA MODERNA	0	3		Download	Download
Cuidados familiares	8	4		Download	Download
Curación ritualizada	8	3		Download	Download
DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD	0	3		Download	Download

Distribución de códigos por documentos

147 códigos

## Anexo D: Instrumentos de recolección de datos

### ENTREVISTA ABIERTA PARA LOS ADULTOS MAYORES

#### I. Datos generales del entrevistado

- Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Edad del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Género del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Grupo étnico del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_
- Comunidad donde se entrevista: \_\_\_\_\_
- Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

#### II. Introducción: contextualización de la entrevista

Gracias por participar en esta entrevista. El propósito de esta conversación es entender cómo ustedes ven la salud, las enfermedades, los remedios naturales y cómo usan la medicina moderna. Quiero asegurarle que todo lo que diga será confidencial y solo se usará para la investigación. Si está de acuerdo, me gustaría grabar la entrevista. Su participación es voluntaria, y pueden decidir no responder a cualquier pregunta si no se sienten cómodos.

#### III. Preguntas

1. ¿Cómo es para ti estar bien de salud? ¿Y cómo es estar enfermo?
2. ¿Qué enfermedades o males te afectan que solo se pueden curar en la comunidad y con remedios naturales? ¿Cuáles son?
3. ¿Cómo sabes que tienes esa enfermedad? ¿Qué señales te indican?
4. ¿Por qué crees que te da esa enfermedad?
5. ¿Qué pasa si no te curas de esa enfermedad o vas a la posta?
6. ¿Qué cosas haces para curarte de esas enfermedades?
7. ¿Qué plantas o remedios naturales usas para curarte de esa enfermedad? ¿Cómo los usas?
8. ¿Tú mismo te curas o te cura alguien? ¿Cómo te cura?
9. Además de las plantas, ¿qué otras cosas haces para curarte de esa enfermedad?
10. **¿Qué otras enfermedades prefieres curarte con remedios naturales, aunque puedas ir a la posta o usar medicamentos? ¿Cuáles son?**
11. ¿Cómo sabes que se trata de esa enfermedad?
12. ¿Por qué crees que te da esa enfermedad?
13. ¿Qué pasa si no te curas de esa enfermedad?

14. ¿Qué cosas haces para curarte si tienes esa enfermedad o malestar? ¿Qué plantas usas?  
¿Cómo lo usan?
15. **¿Qué enfermedades no puedes curar en la comunidad con remedios naturales y te debes ir al médico o a la posta? ¿Cuáles son?**
16. ¿Cómo sabes cuando una enfermedad es grave y necesitas ir al médico o a la posta?
17. ¿Por qué ocurre esta enfermedad que te lleva a buscar al médico o el centro de salud?
18. Si no te atiendes con el médico cuando tienes una enfermedad grave, ¿qué crees que podría pasar? ¿Qué hace el médico para curarte o cómo te curan?
19. ¿Qué otros males o problemas te hacen ir al médico de inmediato? Hemorragias.
20. **Cuando usas plantas o remedios naturales para curarte de enfermedades comunes ¿te sanan realmente? ¿Por qué?**
21. ¿La medicina o los remedios naturales de tu comunidad son buenos para curar esos males?
22. ¿Qué piensas de los tratamientos médicos que te dan en los centros de salud?
23. ¿Alguna vez te has sentido maltratado por los médicos o el personal de salud cuando fuiste a atender? ¿Qué pasó?
24. ¿Qué piensas de los medicamentos que te dan en la posta para tratar esos males? ¿Te preocupa que te hagan daño o algo no bueno? ¿Por qué?
25. Cuando alguien se enferma grave, ¿es fácil llegar al centro de salud? ¿Qué dificultades hay para llegar?
26. ¿Es difícil para ti sacar cita o hacer trámites para ver al médico? ¿Por qué?
27. ¿Te cuesta entender a los médicos o enfermeras cuando te atienden? ¿Te entiendes cuando tú les hablas? ¿Y tú les entiendes cuando te hablan?
28. ¿Alguna vez te han tratado mal por ser de la comunidad nativa o hablar tu idioma? ¿Qué pasó? ¿O alguien de contó?
29. ¿Alguna vez los médicos o en el posta te trataron diferente por tu edad? ¿Qué pasó?
30. ¿Alguna vez has sentido que las personas de tu comunidad no reciben el mismo trato que los colonos cuando van al centro de salud?

#### **Cierre de la entrevista**

- Agradecimientos y espacio para comentarios adicionales.

## ENTREVISTA ABIERTA PARA EL PROMOTOR DE PENSIÓN 65

### I. Datos generales del entrevistado

- Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Institución: \_\_\_\_\_
- Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

### II. Introducción

Gracias por participar en esta entrevista. Queremos conocer cómo los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65, abordan la salud y las diferencias entre la medicina tradicional y la moderna. Sus respuestas serán confidenciales.

### III. Preguntas

1. ¿Qué problemas de salud son más comunes entre los adultos mayores de estas comunidades? ¿Cuáles son tratados más frecuentemente con medicina tradicional?
2. ¿Cómo describirías la actitud de los adultos mayores hacia la medicina moderna? ¿Por qué creen que algunos prefieren la medicina tradicional para ciertas enfermedades?
3. ¿En qué casos los adultos mayores de Kimbiri prefieren recurrir a la medicina moderna en lugar de a los remedios naturales?
4. ¿Qué experiencias te han compartido los beneficiarios de Pensión 65 sobre la efectividad de la medicina tradicional frente a la moderna?
5. ¿Por qué crees que algunos adultos mayores eligen tratar enfermedades con medicina tradicional, incluso cuando tienen acceso a los servicios de salud modernos?
6. ¿Cómo influye la cultura local en las decisiones de los adultos mayores sobre qué tipo de medicina utilizar?
7. ¿En qué situaciones específicas crees que es más probable que los adultos mayores de estas comunidades consulten a un médico o usen la medicina moderna?
8. ¿Qué obstáculos existen para que los adultos mayores utilicen la medicina moderna?
9. ¿Cómo podría el sistema de salud mejorar para que los adultos mayores se sientan más cómodos usando la medicina moderna?

**IV. Cierre de la entrevista:** Agradezco mucho su tiempo y sus respuestas. ¿Algo más que quiera compartir sobre los desafíos de salud que enfrentan los adultos mayores en Kimbiri?

## ENTREVISTA ABIERTA PARA EL PERSONAL DE SALUD

### I. Datos generales del entrevistado

- Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Institución: \_\_\_\_\_
- Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

### II. Introducción

Gracias por participar en esta entrevista. Queremos conocer cómo los adultos mayores asháninkas y matsigenkas de Kimbiri, beneficiarios de Pensión 65, abordan la salud y las diferencias entre la medicina tradicional y la moderna. Sus respuestas serán confidenciales.

### III. Preguntas

1. ¿Qué problemas de salud son más comunes entre los adultos mayores de estas comunidades? ¿Cuáles son tratados más frecuentemente con medicina tradicional?
2. ¿Cómo describirías la actitud de los adultos mayores hacia la medicina moderna? ¿Por qué creen que algunos prefieren la medicina tradicional para ciertas enfermedades?
3. ¿En qué casos los adultos mayores de Kimbiri prefieren recurrir a la medicina moderna en lugar de a los remedios naturales?
4. ¿Qué experiencias te han compartido los beneficiarios de Pensión 65 sobre la efectividad de la medicina tradicional frente a la moderna?
5. ¿Por qué crees que algunos adultos mayores eligen tratar enfermedades con medicina tradicional, incluso cuando tienen acceso a los servicios de salud modernos?
6. ¿Cómo influye la cultura local en las decisiones de los adultos mayores sobre qué tipo de medicina utilizar?
7. ¿En qué situaciones específicas crees que es más probable que los adultos mayores de estas comunidades consulten a un médico o usen la medicina moderna?
8. ¿Qué obstáculos existen para que los adultos mayores utilicen la medicina moderna?
9. ¿Cómo podría el sistema de salud mejorar para que los adultos mayores se sientan más cómodos usando la medicina moderna?

**IV. Cierre de la entrevista:** Agradezco mucho su tiempo y sus respuestas. ¿Algo más que quiera compartir sobre los desafíos de salud que enfrentan los adultos mayores en Kimbiri?

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 3:15 de la tarde del día lunes 22 de diciembre 2025, se reúnen en la sala de sesiones de la Facultad de Ciencias Sociales los miembros del jurado de evaluación de tesis, bajo la dirección del Dr. Oscar Juan Roque Sigwas (Presidente) y los docentes: Dr. Walter Pariona Cabrera (Miembro) Mg. Mariano Aronés Palomino (Miembro) Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas (Miembro) Mtra. Yolanda Juarez Choque (Asesora) y el Secretario Docente Mg. Juan Benigno Gutiérrez Martínez, encargados de la recepción, calificación y sustentación de la tesis presentada por los Bachilleres en Antropología Social: **YULISA MARTINEZ ATAÓ**; titulado: **PENSIÓN 65 Y EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y BIOMÉDICA EN LOS ADULTOS MAYORES ASHÁNKAS Y MATSIGENKAS DEL DISTRITO DE KIMBIRI, CUSCO** ; con la cual aspira optar el título profesional de Licenciada en Antropología Social. Verificado el quorum reglamentario, el presidente del jurado solicita al secretario docente dar la lectura a la **RESOLUCIÓN DECANAL No. 597-2025-UNSCH-F CS/D**, de conformidad con el Plan de Estudios 2004 Reajustado de la Escuela Profesional de Antropología Social. Después de la lectura el presidente de la comisión autoriza al bachiller iniciar la sustentación en un tiempo de 25 minutos. Después de culminada la exposición inicia la ronda de preguntas por parte de los jurados. Inicia el Dr. Oscar Juan Roque Sigwas (Presidente) y los docentes: Dr. Walter Pariona Cabrera (Miembro) Mg. Mariano Aronés Palomino (Miembro) Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas (Miembro) Mtra. Yolanda Juarez Choque (Miembro y Asesor). Finalizada la ronda de preguntas de parte de los jurados, la Mtra. Yolanda Juarez Choque en su condición de asesora aclara algunos puntos no esclarecidos por el tesista.

El Mg. Juan Benigno Gutiérrez Martínez (secretario docente) consolida la hoja de calificación de acuerdo al siguiente detalle:


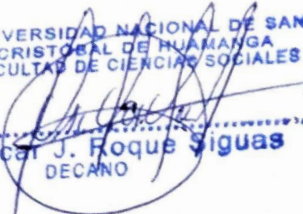
Bach. **YULISA MARTINEZ ATAÓ**


Nombre del jurado evaluador	Calificación de la exposición	Calificación de respuestas de las preguntas	Promedio
Dr. Walter Pariona Cabrera	13	12	13
Mg. Mariano Aronés Palomino	17	15	16
Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas	15	14	15

El promedio final es 15 (Quince).

Finalmente, el presidente del jurado informa al sustentante el resultado de la calificación y hace llegar las felicitaciones que corresponde.

El acto académico concluye a las cuatro con cuarenta minutos de la tarde (4: 40) y firma en señal de conformidad el presidente y el secretario docente.

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
  
Dr. Oscar J. Roque Sigwas  
DECANO

  
Juan Benigno Gutiérrez Martínez  
Secretario Docente



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

AV. Independencia S/N. Ciudad Universitaria

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

N° 001-EPAS/FCS/UNSCH

1. **Nombres y Apellidos del Investigador (a):**, Yulisa Martinez Atao

DNI N° 76228803

Código: 10162113

2. **Escuela Profesional:** ANTROPOLOGÍA SOCIAL

3. **Facultad:** CIENCIAS SOCIALES

4. **Tipo de trabajo Académico Evaluado:** TESIS DE PREGRADO

5. **Título del Trabajo Académico:**

Pensión 65 y el uso de la medicina tradicional y biomédica en los adultos mayores asháninkas y matsigenkas del distrito de Kimbiri, Cusco

6. **Software de Similitud:** TURNITIN

7. **Fecha de Recepción:** 11 de marzo de 2026

8. **Fecha de Evaluación:** 11 de marzo de 2026

9. **Porcentaje de similitudes:** 1%

10. **Evaluación de Originalidad:**

Porcentaje de Similitud	Resultado
* 1%	** APROBADO

\* Consignar el porcentaje de similitud

\*\* Consignar APROBADO si se encuentra dentro del rango de porcentaje establecido o DESAPROBADO si excede el porcentaje permisible de similitud.

Mg. Yolanda Juárez Choque  
Docente-Instructor-EPAS

D. A. de Ciencias Histórico Sociales

# Pensión 65 y el uso de la medicina tradicional y biomédica en los adultos mayores asháninkas y matsigenkas del distrito de Kimbiri, Cusco

*por* Yulisa Martinez Atao

---

**Fecha de entrega:** 11-mar-2026 10:11p. m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2900926751

**Nombre del archivo:** TESIS\_YULISA.pdf (6.87M)

**Total de palabras:** 42579

**Total de caracteres:** 238874

# Pensión 65 y el uso de la medicina tradicional y biomédica en los adultos mayores asháninkas y matsigenkas del distrito de Kimbiri, Cusco

## INFORME DE ORIGINALIDAD

1 %

INDICE DE SIMILITUD

1 %

FUENTES DE INTERNET

0 %

PUBLICACIONES

0 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<1 %
2	<a href="http://www.tdx.cat">www.tdx.cat</a> Fuente de Internet	<1 %
3	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	<1 %
4	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1 %
5	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1 %
6	<a href="http://repositorio.untumbes.edu.pe">repositorio.untumbes.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo