



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Sentido del Nosotros y Resistencia de los Asháninkas ante
Modelos Hegemónicos en Salud.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Daniela Montiel García



Directora: Dra. Katherine Isabel Herazo González

Revisora: Dra. Itzel Mónica Gómez Manjarrez

Ciudad Universitaria, CDMX, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A las personas que me han acompañado, apoyado y motivado
en mi crecimiento personal y profesional.

A ustedes: a mi madre, Idalia; a mi padre, Germán;
a mis hermanxs, Aide y Germán.

AGRADECIMIENTOS

Total agradecimiento a mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México y a mi querida Facultad de Psicología. Agradezco cada aprendizaje, experiencias y oportunidades académicas y de vida que conquiste en esta gran institución, las cuales me han impulsado a posicionarme como la profesionista que soy.

Agradezco profundamente a mi directora de tesis, la Dra. Katherine Herazo por ser una guía y compañera en este trascendente proceso de construcción y deconstrucción de conocimientos. Gracias por su apoyo teórico y humano, por mostrarme la importancia y pertinencia de realizar una Psicología comprometida con nuestra América. Le agradezco por permitirme aprender de sus saberes/experiencias y construir juntas este proyecto. Es una mujer admirable y se ha convertido en una persona valiosa y querida en mi vida.

Quiero agradecer al pueblo asháninka de la Amazonía Peruana, en especial a la lideresa asháninka Abelina Ampinti y el médico asháninka Niel Sánchez, por su colaboración en este proyecto. Admiro su participación en la lucha y el compromiso con su pueblo.

Agradezco a mi revisora la Dra. Itzel Gómez y al cuerpo sinodal la Dra. Georgina Ortiz, el Mtro. Diego Falcón y la Mtra. Citlali Ortiz, académicos con una admirable experiencia quienes me brindaron una atenta lectura y enriquecieron esta tesis con sus conocimientos y perspectivas.

Gracias a mis compañeras y compañero del Seminario de Investigación en PSC por el acompañamiento; cada opinión, observación y palabras de aliento fueron significativas para este proceso. Siempre tendrán una colega apoyándoles.

Quiero agradecer a mi familia y amigas/os que nunca dejaron de alentarme, apoyarme y enseñarme en el camino. Gracias por regalarme momentos de desahogo y mostrarme que la vida es de abrazar y valorar cada “pequeño” logro.

Por último, me agradezco por no desistir en este trascendente proyecto, por permitir abrir mi mente, alma y corazón durante cada paso y así convertirme en la persona que ahora soy, siempre manteniendo firme mis aspiraciones e ideales.

A todas y todos ustedes solo puedo decirles:

¡Gracias!

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1: Sentido del Nosotros y Resistencia Asháninka	3
Sentido de Comunidad	5
Sentido del Nosotros en los Pueblos Indígenas	13
Elementos del Sentido del Nosotros	17
Resistencia Comunitaria	19
Resistencia Comunitaria en los Asháninkas	24
Capítulo 2: Salud Comunitaria en los Asháninkas	33
Salud e Interculturalidad	34
Salud Comunitaria	41
Determinaciones Sociopolíticas y Económicas de la Salud de los Asháninkas	53
Metodología	64
Resultados	75
Discurso-Testimonio: La lucha del pueblo asháninka por la salud intercultural- PERÚ	76
Discurso-Testimonio: Salud intercultural: Nuestra cosmovisión asháninka.	90
Análisis de Resultados	102
Conclusiones	144
Referencias	150
Anexos	156

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge de la necesidad de visibilizar la realidad y resistencia de los pueblos indígenas que por años han sido negadas y desvalorizadas ante un estado-nacional que apunta por una hegemonía, y aquello que sale de está, es considerado inservible.

Los asháninkas son un pueblo indígena de la Amazonía Peruana que han resistido ante varios sucesos/hechos dentro de su historia. La investigación gira en torno a su lucha por la salud frente a modelos hegemónicos de un estado capital con estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que invalidan la realidad, conceptualización y saberes del pueblo, lo que genera un deficiente sistema en salud alejado de su realidad y cosmovisión.

Sin embargo, el pueblo asháninka lucha por su sobrevivencia ante dichas imposiciones del Estado, reconociéndose como sujetos sociales dueños de sí mismos, de su territorio, de sus prácticas y saberes. Los procesos de resistencia que generan los asháninkas son desarrollados a través de preservar y reproducir su saber ancestral y sus prácticas propias en salud comunitaria, además de desarrollar dichas acciones desde la comunalidad, es decir, son procesos catalizados por la presencia del sentido del nosotros que les permite organizarse, sentirse y vivir desde lo comunal para resistir, luchar y sobrevivir.

Dentro del capítulo 1 se abordará el sentido del nosotros y la resistencia comunitaria. El sentido del nosotros es una episteme propuesta por Herazo (2018) que se aproxima a la realidad de los pueblos indígenas, dando cuenta del vivir, sentir, vocalizar y la conciencia desde un nosotros; de la construcción y sentido de vida desde un todo organísmico. A través de esta propuesta, se reconoce la relación dialéctica del nosotros que establece los procesos y

mecanismos de resistencia que comprende el pueblo asháninka ante los modelos hegemónicos en salud.

Para el capítulo 2 se aborda la salud comunitaria. La primera parte resulta de la explicación de salud desde el modelo hegemónico, y la salud comunitaria e interculturalidad como procesos contrahegemónicos. Para estos planteamientos se retoman autores e investigaciones fundadas en y desde los pueblos indígenas para comprender los conceptos desde las epistemes, pensamiento y significados de estos actores sociales. La segunda parte expone los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud del pueblo asháninka, con el fin de tener noción del tema de salud desde las fuerzas sociales externas.

Posterior al capitulado se aborda la metodología. El método utilizado es el discurso-testimonio, herramienta que permite rescatar la verdad del pueblo asháninka y su lucha por la salud desde su propia voz. Al ser una metodología participativa permite la interacción del actor social durante el proceso de investigación-intervención. En el apartado se señala específicamente la construcción de los discursos-testimonios.

Como resultados se rescataron dos discursos-testimonios. Los sujetos sociales que prestaron su voz son: una lideresa asháninka y un médico asháninka; estos actores sociales son personas del pueblo que tienen un compromiso por la lucha, por tanto, son actores claves.

Posteriormente, se realiza el análisis de las narrativas, a través de los cuales se obtuvieron hallazgos, por un lado, se identifica la presencia de los componentes del sentido del nosotros y la relación dialéctica con los procesos de resistencia comunitaria asháninka. En temas de salud, nos encontramos con una salud comunitaria conformada desde los saberes, prácticas, significados y cosmovisión propios del pueblo, que responde a un mecanismo de resistencia ante el modelo hegemónico en salud.

CAPÍTULO 1: SENTIDO DEL NOSOTROS Y RESISTENCIA COMUNITARIA

El apartado presenta los fundamentos teóricos-conceptuales de la investigación que se sostiene en las categorías de análisis del *sentido del nosotros* y la *resistencia comunitaria*.

El sentido del nosotros es una episteme decolonial¹ que viene a reestructurar el estudio de las comunidades étnicamente diferenciadas, como lo son, los pueblos indígenas de nuestra América. Sin embargo, para comprender esta teoría es necesario explicar desde su devenir, para ello se retoma la teoría del *sentido de comunidad* y el concepto del *nosotros* desde la cosmovisión indígena.

El sentido de comunidad es una teoría propuesta desde la Psicología Social Comunitaria que tiene como finalidad el estudio de las comunidades. Sin embargo, esta propuesta tiene limitantes en el estudio de los pueblos indígenas al tratarse de un constructo teórico que surge de comunidades occidentales, ajenas a la realidad, cosmovisión y organización de los pueblos indígenas de nuestra América, es decir, no se consideran las diferencias etnopsicológicas culturales.

¹Para comprender la referencia a una episteme decolonial, es necesario comprender la colonialidad. Rozas (2018), explica que en América Latina la colonización surge desde dos formas: a) Apropiación territorial y control de la población, y b) Control de pensamiento, valores e ideas. Este último entendido como la colonialidad. El argumento decolonial se comprende desde la crítica a la realidad y conocimiento que se nos ha impuesto desde estructuras coloniales y valorar, reconocer y comprender otras realidades. La episteme decolonial corresponde a reflexionar y revertir pensamientos y epistemologías impulsadas por el eurocentrismo, salir del paradigma hegemónico y permitirnos argumentar desde la realidad y epistemes de los pueblos indígenas.

Por tanto, es imperioso criticar y deconstruir las epistemes que tienen parámetros del occidente y posicionar a los indígenas con epistemes propias desde su realidad. Para ello, recuperamos el concepto del *nosotros* de los pueblos indígenas, apoyado en la construcción de Lenkersdorf (2002). El autor desarrolla el nosotros a partir de la lengua hablada e indica que corresponde a un concepto pensado, reflexionado y consciente que difiere del nosotros occidental, donde su función es ser una palabra más dentro del vocabulario; para los pueblos indígenas el nosotros se piensa y vive desde un todo orgánico.

De las anteriores premisas, Herazo (2018) propone la episteme del sentido del nosotros compuesta por cuatro elementos: vocalizar el nosotros, sentir el nosotros, vivir el nosotros y conciencia del nosotros, elementos que nos acercan a comprender y respetar las realidades de los pueblos indígenas a través de su identificación estructural, psicosocial y comunal.

Como segundo punto, se aborda la resistencia comunitaria, donde es necesario mencionar la relación dialéctica que se da entre esta teoría y el sentido del nosotros. Cuando existe un sentido del nosotros en los pueblos se genera una fortaleza colectiva, hay una nosotricación; por tanto, los procesos de resistencia comunitaria se organizan desde un pueblo unido. En otras palabras, en el sentido de nosotros se encuentran elementos que ha permitido la organización de los pueblos para resistir, y su a vez, los procesos de resistencia fortalecen el nosotros en los pueblos indígenas.

La resistencia corresponde a un proceso psicosocial que se presenta ante un modelo hegemónico donde predomina la dominación, imposición e invisibilización; en los pueblos indígenas el accionar a través de sus organizaciones comunales y al preservar su cultura forma parte de sus procesos de resistencia.

A tenor, en los asháninkas se presentan procesos de resistencias que han mantenido a lo largo de su historia de vida en busca de la sobrevivencia del pueblo. De tal forma, la resistencia asháninka se identifica en sus organizaciones comunales, en la preservación de su cosmovisión y territorio, en sus reglamentos internos, y conservando su identidad y vida indígena.

Sentido de Comunidad

El tema a desarrollar es la aproximación del sentido del nosotros, sin embargo, para abordar dicha episteme es necesario retomar sus referentes en la teoría del sentido de comunidad.

Cuando hablamos del sentido de comunidad, el concepto comunidad es un referente del tema, ya que a partir de la comunidad se construye la teoría, formando parte de un fenómeno social complejo debido a su función en el estudio-intervención de las comunidades. De modo general, vale la pena aclarar, que la comunidad supone relaciones sociales en un espacio/territorio determinado donde se desarrolla una historia compartida, cultura y convivencia con características y condiciones específicas de la comunidad, generando así procesos psicosociales (Montero, 2004).

El concepto sentido de comunidad fue expuesto por primera vez en el año de 1974, por Seymour Sarason, definiéndolo como “el sentimiento de que uno pertenece a, y es parte significativa de una colectividad mayor” (Sarason 1974, como se citó en Guitart y Sanchez-Vidal 2012, p.533). Asimismo, Sarason delimita el concepto en cuatro componentes claves: la percepción de similitud con otros, una consciente interdependencia con otros, una voluntad de mantener esa interdependencia dando y haciendo por otros lo que se espera de ellos, y finalmente, el sentimiento de pertenencia a una colectividad mayor y estable (como se citó en Távora, 2012).

Esto nos lleva a comprender el sentido de comunidad como un concepto que introduce un sentimiento de pertenencia entre los miembros generando aspectos identitarios, sociales y culturales, así como, vínculos afectivos a favor del bienestar común.

Posteriormente tras la propuesta que planteó Sarason, en 1986, McMillan y Chavis explican el sentido de comunidad como un sentimiento de pertenencia, antes mencionado por Sarason en su propuesta, sin embargo, estos autores añadieron al concepto la solución de necesidades en colectivo. En este sentido, la definición queda así:

un sentimiento que los miembros tienen de pertenencia, un sentimiento de que los miembros son importantes entre sí y para el grupo y una fe compartida en que las necesidades de los miembros serán atendidas a través de su compromiso de estar juntos.

(McMillan y Chavis, 1976, como se citó en Ramos-Vidal y Maya-Jariego, 2014, p.3).

Dando forma al constructo, McMillan y Chavis señalan cuatro componentes para explicar la estructura del sentido de comunidad: la membresía, influencia, integración y satisfacción de necesidades, y por último, los lazos emocionales. A continuación se explica en qué consiste cada factor:

- a) Membresía: Se define como la identidad social y el sentido de pertenencia que los miembros poseen dentro de la comunidad. De modo que, se toma en cuenta factores como: a) símbolos compartidos; b) apoyo y seguridad emocional; c) satisfacción de necesidades afectivas; d) derechos y deberes de los miembros por pertenecer a la comunidad; e) determinación de límites, los cuales pueden estar en constante cambio (Maya-Jariego, 2004).

Importante añadir que para lograr los factores antes mencionados, se tiene que tomar en cuenta los límites de la comunidad como uno de los puntos claves dentro de la

membresía. McMillan y Chavis (1986), hacen hincapié en los límites al demarcar quienes son miembros de la comunidad y quienes no. Así se da una relación bidireccional con los símbolos que mantienen los límites de la comunidad, es decir, hay símbolos particulares como la vestimenta, el lenguaje u otras características específicas que crean una pertenencia al grupo. En este sentido, a través de los límites se forma la membresía dentro de la comunidad, generando la expectativa, sentimiento y creencia de que se es parte. Existen cinco atributos que componen la membresía: límites, seguridad emocional, sentido de pertenencia, inversión personal y sistema de símbolos compartidos. Estos atributos contribuyen a que los miembros se sientan parte o no de la comunidad.

- b) Influencia: Esta se desarrolla de forma bidireccional. Es decir, se habla de la capacidad de influir de los miembros a la comunidad, y de forma recíproca, la capacidad de influir de la comunidad sobre los miembros (Maya-Jariego, 2004). En pocas palabras se entiende como una relación entre la influencia de las acciones de la comunidad y las que genera el miembro del colectivo.
- c) Integración y satisfacción de necesidades: Dentro de la integración se consideran los valores y sentimientos de los miembros de la comunidad (Maya-Jariego, 2004). Los valores compartidos son un punto rector en la integración, estos valores propios, culturales y familiares fomentan una cohesión en el grupo puesto que existen necesidades, prioridades y objetivos similares de los miembros. De igual forma, se genera una fuerza integrativa por parte de los miembros a la comunidad que favorece en la búsqueda de satisfacción de necesidades (McMillan & Chavis, 1986). En este punto, se habla sobre el intercambio y compartición de recursos y responsabilidades para satisfacer las necesidades de la comunidad y llegar a metas colectivas (Cueto et al., 2016).

d) Conexión emocional: Se define a través de las historias, costumbres y sentimientos compartidos dentro de la comunidad (Herazo y Moreno, 2019). Se relaciona con los lazos emocionales, desde una manifestación individual como el reconocimiento de lazos colectivos y por ende compartidos (Maya-Jariego, 2004), con el fin de crear soluciones a los problemas comunes e incrementar el apoyo social (Cueto et al., 2016).

McMillan y Chavis (1986), apuestan por las relaciones de los miembros en los eventos, fiestas y/o reuniones de la comunidad, ya que presentan condiciones de interacción como: la cantidad de personas que interactúan, la calidad e importancia de las interacciones y las experiencias de los miembros; factores que facilitan o inhiben la conexión del grupo, asimismo, si las condiciones son positivas los miembros interactúan con las costumbres, historias compartidas y conexiones afectivas de la comunidad.

Resumiendo, el sentido de comunidad genera pertenencia a un individuo dentro de la comunidad construyéndose a partir de la historia del colectivo, las relaciones afectivas, los intereses y necesidades, los símbolos compartidos, las responsabilidades y deberes que fortalecen al colectivo, y el compromiso de pertenecer a dicha comunidad; generando así, una compartición colectiva.

Sin embargo, la teoría fue estudiada en mayor parte en países de Europa y Estados Unidos, es decir, comunidades occidentales que se han tomado como base para la formación del constructo a través de sus prácticas de vida, lo que nos lleva a cuestionarnos si la realidad de estas sociedades se asimila a las de nuestra América, haciendo énfasis en las comunidades

étnicamente diferenciadas, como el caso de los pueblos indígenas y originarios² que atienden a realidades, prácticas, costumbres y cosmovisiones que se conservan de una vida indígena al no asumir un pensamiento colonizado.

En la investigación *Sentido de Comunidad en jóvenes indígenas y mestizos en San Cristóbal de las Casas (Chiapas, México)* (Guitart y Sánchez-Vidal, 2012), se mide el sentido de comunidad en la población indígena y mestiza de Chiapas a través de un instrumento propuesto en una previa pesquisa de Sánchez-Vidal (2001) realizada en dos comunidades de España con diferencias culturales, por un lado, se presentaba una población urbana y en contraparte una población rural/tradicional. Sin embargo, Chiapas es un estado con una diversidad etnocultural, y al desarrollar la investigación con población étnicamente diferenciada genera dudas sobre la validez transcultural del instrumento, teniendo en cuenta que su validación fue en contextos Europeos, que difieren al estilo de vida de América Latina y, específicamente, al de los pueblos indígenas. Asimismo, los participantes indígenas en la investigación procedían de diferentes pueblos, lo que complejiza la dinámica interétnica.

² La autoadscripción de los pueblos de nuestra América está relacionado a los sistemas de dominio, exclusión y poder de los estados-nación. De tal forma, entra en debate el paradigma de pueblos originarios y pueblos indígenas. Herazo (2015a), refiere que los pueblos originarios deben comprenderse desde la representación y adscripción que tienen sobre sí mismos; colocándolos como actores sociales en procesos de lucha que reivindican un pasado ancestral lleno de prácticas culturales en base a sus costumbres y cosmovisión. Por otro lado, el término de pueblo indígena se aplica para reconocerles como sujetos de derecho. Es así, que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el convenio no.169 sobre pueblos indígenas y tribales ratificado en el Perú el 02/02/94 surge como la urgente necesidad de respetar y promover los derechos de los pueblos indígenas bajo dos principios: a) mantener y fortalecer su forma de vida y cosmovisión y b) participación efectiva en las decisiones que les afecta (OIT, 2014).

Los pueblos indígenas se autoidentifican y tienen pautas de identidad como la forma de vida, el idioma, vestimenta, costumbres, organización social, instituciones de políticas propias, sistemas de justicia y vivir en continuidad histórica en un área (Herazo, 2015a). Es decir, conservan y resisten a su estilo de vida y cosmovisión indígena.

Los resultados obtenidos en dicha investigación fueron homogéneos en la escala del sentido de comunidad, sin embargo, los autores sugieren que los indígenas al visualizarse como un grupo minoritario “necesitan reivindicar un sentido de comunidad para revalorizar positivamente su identidad grupal ante el estereotipo y la amenaza del grupo mayoritario” (Guitart y Sanchez-Vidal, 2012 p.535), en otras palabras, se propone que los indígenas tienen una convicción de reivindicar su existencia ante el “otro”, por tanto, hay un mayor sentido de comunidad en ellos.

La investigación elaborada por Guitart y Sanchez-Vidal (2012) tiene su aporte al medir el sentido de comunidad desde la teoría de Sarason (1974), sin embargo, al aplicar el instrumento con población indígena los conceptos no son óptimos al no estar comprendidos desde la realidad de nuestra América y de la vida indígena con su variedad de cosmovisiones, culturas y prácticas de los pueblos indígenas. Por otra parte, a pesar de haber múltiples instrumentos metodológicos para medir el sentido de comunidad validados en diferentes investigaciones y comunidades, estos siguen teniendo como base un constructo hegemónico estudiado desde las sociedades occidentales lejos de las realidades de los pueblos indígenas. Además, vale la pena subrayar que el sentido de comunidad no se puede encerrar en métodos cuantitativos, ya que hablamos de un concepto construido a través de las experiencias de una comunidad, es decir, de sus conexiones afectivas, de la participación colectiva, de su historia vivida, construida y compartida.

Encontrándonos con una episteme deficiente en el estudio de los pueblos indígenas de nuestra América. Herazo y Moreno (2019), en el libro *Investigación-Intervención en Psicología Social Comunitaria* identifica y puntualiza tres limitantes del sentido de comunidad:

1. Contexto histórico-cultural: La propuesta teórica surge de comunidades occidentales de Norteamérica y Europa en su mayoría, encontrándonos con prácticas, comunidades y estilos de vida alejadas a las problemáticas y necesidades de los pueblos indígenas de nuestra América.

2. Elementos: Los elementos del sentido de comunidad no emergen de propuestas dentro del campo de la Psicología Social Comunitaria, son tomadas de otras teorías como el de la influencia social, grupos e identidad social.

3. Diferencias etnopsicológicas: No se consideran las diferencias etnopsicológicas culturales, por tanto, se entra a un ámbito con nula atención y respeto a las diferentes realidades.

La teoría tiene como sujeto a la comunidad, término asociado a un territorio/espacio y una población/colectivo, es decir, definiéndolo como un grupo humano en un espacio donde prevalecen rasgos, intereses y objetivos comunes. El concepto es estudiado y comprendido desde el occidente donde identifica formas homogéneas de la vida social, “dicha imagen unitaria y esencialista de comunidad, invisibiliza las diferencias, tensiones y conflictos propios de todo colectivo o entidad social” (Torres, 2013 p.12), lo que genera una invisibilización de otras realidades existentes.

La existencia de comunidades étnicamente diferenciadas con características diferentes al occidente como: la lengua, cosmovisiones, territorio, entre otros elementos; nos habla de la existencia de otras realidades que son invisibilizadas desde el modelo hegemónico. Por tanto, ejecutar el sentido de comunidad sin tomar en cuenta los factores expuestos nos hace llevar una Psicología Social Comunitaria de forma intrascendente y desconsiderada al no contemplar las realidades y elementos que difieren de las comunidades occidentales.

Lo que corresponde cuestionarnos: ¿el término comunidad es portador de sentido y ejemplificación cuando su utilización es expresado para referirse a los pueblos indígenas?

Recordemos que desde la invasión de América, la propuesta de desarrollo del estado nacional con el fin de “incorporar” a las comunidades en sociedades homogéneas generó una invisibilización de aquellos que no se incorporaron a esta “universalidad”, como lo son, los pueblos indígenas de nuestra América.

Frente a esta hegemonía, Martínez (2008) argumenta que los pueblos indígenas deben tomar un rol activo y plantear epistemes que los expliquen, de modo que, un rol pasivo quedarían a la interpretación que el “otro” tiene sobre el pueblo (como se citó en Torres, 2013). Por ello el pueblo indígena debe hablar, escribir, comprender y vivir desde lo que ellos son y no desde las interpretaciones otorgadas desde un pensamiento hegemónico.

Herazo (2018), argumenta que se necesita comprender al sujeto desde el mismo, es decir, entender y validar quién es el sujeto, su realidad y desde donde se posiciona. Así, los pueblos indígenas con su vasta diversidad etnocultural proponen la comunalidad como una estructura contrahegemónica al concepto de comunidad, término que se emplea desde afuera de los pueblos y se unificó para desarrollar procesos de intervención académica, sin comprender las realidades y características de los pueblos indígenas de nuestra América.

Dicho esto, se resalta al comunalismo como una aproximación al estudio de los pueblos indígenas, que forma parte de su identidad y de sus raíces históricas y culturales que orientan la vida indígena, por tanto, la comunalidad transforma la episteme de los pueblos indígenas y se posiciona desde donde quieren ser comprendidos. Es una expresión de resistencia contrahegemónica.

Por esta razón, es necesario que desde la Psicología Social Comunitaria se construya un posicionamiento contrahegemónico para crear praxis desde la realidad de los pueblos indígenas y así acercarnos a la construcción y solución de sus problemáticas.

El psicólogo tiene la responsabilidad de avanzar en la construcción de derroteros teóricos, conceptuales y metodológicos que permitan dejar de lado una lectura eurocéntrica y se concentre más desde una mirada nuestroamericana pertinente a los saberes y la cosmovisión de los pueblos originarios e indígenas (Herazo, 2015a, pp.29-30).

Sentido del Nosotros en los Pueblos Indígenas

Posicionándonos desde una Psicología Social Comunitaria comprometida con los pueblos indígenas de nuestra América, utilizar un constructo teórico alejado de su realidad habla de una colonización/invasión presentada bajo otras caras, pero que continúa con un proceso de dominación y violencia.

Por tanto, es imperioso deconstruir las epistemologías que tienen parámetros del occidente y tomar una postura contrahegemónica que coloque a los pueblos indígenas como actores sociales que sienten, piensan y actúan bajo su concepción del mundo con epistemes propias. Citando a Rozas (2018), la diversidad de pueblos y comunidades con sus distintas formas de pensar nos lleva a criticar que no hay un solo paradigma, sino varios, y que son necesarios modelos diferentes al occidental. De tal modo, corresponde dejar de equiparar las teorías y modelos de intervención que muchas veces resultan inútiles en el contexto de América Latina y el Caribe donde las epistemes de los pueblos indígenas quedan invisibilizadas y negadas.

Desde una Psicología Social Comunitaria comprometida con la realidad de nuestra América es imprescindible ser estudiada y ejercida desde una perspectiva decolonial que critica y deconstruye las epistemes propuestas. Herazo y Moreno (2019), agregan, la necesidad de

comprometerse por reflexionar nuestra forma de ser, hacer, pensar, sentir y vivir, y así, construir la realidad desde otros parámetros.

La perspectiva decolonial es un aporte necesario y ético que tiene que ser llevado a cabo. Para desarrollarse, corresponde cuestionar la epistemología impulsada por el eurocentrismo y revertir situaciones institucionales, culturales, académicas y epistemes hegemónicas, es decir, se apunta a deconstruir y relacionarse con otras realidades que han sido invisibilizadas.

Ante la necesidad y compromiso de crear constructos teóricos y el investigar-crear conocimientos con afinidad a la realidad de los pueblos indígenas, Herazo (2018) propone el sentido del nosotros como episteme decolonial para atender las problemáticas desde, con y para los pueblos indígenas. La episteme tiene como base la teoría del sentido de comunidad y se suma la recuperación del concepto nosotros desde la lengua, cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas, a partir de la propuesta de investigación de Lenkersdorf (2002).

Como primer punto para llegar al concepto planteado es necesario comprender el término nosotros desde una mirada del pueblo indígena, en este caso, el nosotros se entiende como una unidad integradora excluyendo al yo individual, o bien, las sumas de un yo. Es decir, “el nosotros es hacer, sentir y pensar desde la comunidad como un yo social” (Herazo, 2018, p.59).

El nosotros es, entonces, la episteme que engloba la comunalidad³ de los pueblos indígenas apuntando a “un pensamiento descolonizador que abre un nuevo horizonte para

³Lo comunal es un concepto que expresa la diversidad de pensamiento y realidades de los pueblos indígenas; expresando sus elementos identitarios, significado y acción del colectivo, reconociendo su resistencia y elementos de lucha. “[...] está el sujeto indígena, quien define a la comunalidad desde sus vivencias, vida cotidiana y saberes ancestrales. [...] es capaz de definirse y producir conocimiento sobre su realidad y su persona” (Herazo, 2018, p.27). La comunalidad es el vivir de los pueblos indígenas sostenida en su cosmovisión que expresa y fortalece su cultura (Torres, 2013).

comprender la dinámica comunal de los pueblos” (Herazo y Moreno, 2019, p.49), dejando de lado una homogeneización cultural.

Bajo esta premisa, Lenkersdorf (2002) interpreta el nosotros a partir de la lengua en su libro *Filosofar en clave tojolabal*. El autor expone que las lenguas comprenden las cosmovisiones y, a su vez, éstas se relacionan con el comportamiento y pensamiento de los sujetos de la comunidad sobre la forma en la que perciben su realidad (Lenkersdorf, 2002). Por esta razón, el nosotros mantiene particularidades respecto a las comunidades étnicamente diferenciadas (Herazo y Moreno, 2019).

El nosotros en los pueblos indígenas corresponde a un concepto pensado, reflexionado y consciente que toma al individuo y lo incorpora a la nosotricación⁴, es decir, al cómo perciben la realidad los pueblos indígenas. El pensar occidental del nosotros no corresponde a una representación mayor que una palabra dentro del vocabulario, no juega un papel importante, sin embargo, en los pueblos indígenas se piensa y vive en un todo orgánico y complejo “donde todos somos hermanas y hermanos y así nos comportamos” (Lenkersdorf, 2002, p.34).

Del mismo modo, Lash (2001), argumenta, que el nosotros para las comunidades occidentales no corresponde al nosotros en los pueblos indígenas. Plantea que desde lo occidental se expone un individualismo provocando un nosotros fragmentado, lo que supone un déficit a la noción de comunidad; por otra parte, desde los pueblos indígenas el nosotros implica “ [...] prácticas compartidas, significados compartidos, actividades rutinarias compartidas implicadas en la consecución de significado” (Torres, 2013, p.104), creando una comunidad

⁴La nosotricación equivale a un pensamiento desde el nosotros, es decir aquello que representa una unidad orgánica y de cohesión entre los miembros. Se deja de ser un sujeto aislado y se transforma en una entidad cualitativamente distinta que se configura con el otro incluyendo además del círculo social, las plantas, animales, el agua (ríos, mar, lagos, etc) montañas y más, es decir, todo el cosmo forma parte del nosotros (Lenkersdorf, 2022).

fortalecida donde el nosotros implica más que intereses o un territorio compartido, son prácticas, cultura e historias vividas desde lo comunal (Lash, 2001, como se citó en Torres, 2013).

De esta manera, a partir del nosotros podemos explicar la diferencia entre comunidades occidentales y pueblos indígenas; los últimos manejan un pensamiento nosótrico, es decir, incluyente y colectivo, por su parte, las comunidades occidentalizadas difieren de este concepto enfocándose en un razonamiento individualista y egoísta.

Comprender el nosotros desde las realidades de los pueblos indígenas vislumbra las limitaciones que el sentido de comunidad tiene en cuanto al estudio de los pueblos de nuestra América, que viven otras realidades en su forma de vida, prácticas, costumbres y experiencias, lo que da paso a la propuesta teórico conceptual denominada sentido de nosotros definida como: “la expresión de los pueblos originarios de concebirse, ser, vivir, sentir, hablar y tener conciencia del nosotros como un todo inmanente e histórico” (Herazo, 2018, p.64); se habla de la incorporación de la persona al nosotros que se vive en comunalidad, por tanto, es el sentirse perteneciente y tener un actuar en colectivo. Esta teoría permite reconocer la diversidad de realidades generando un acercamiento al estudio, entendimiento y conocimiento de, para y con los pueblos indígenas, dicha aportación teórica-conceptual coadyuva en un posicionamiento contrahegemónico desde la profesión.

Tomando en cuenta la definición del sentido del nosotros, se plantean cuatro componentes que constituyen el concepto, correspondiente al: vocalizar el nosotros, sentir el nosotros, vivir el nosotros y la conciencia del nosotros.

Elementos del Sentido del Nosotros

En relación con los elementos que expresan el sentido del nosotros propuesto por Herazo (2018), se describe cada uno con el fin de identificar la estructura psicosocial y comunal del concepto planteado.

Vocalizar el nosotros

Cuando nos referimos al término vocalizar entendemos la acción de modular sonidos de una lengua, de modo que, cuando hablamos del vocalizar el nosotros se manifiesta en la interpretación hablada, pensada y consciente del nosotros en los pueblos indígenas, teniendo en cuenta la diversidad de culturas y por ende las diferencias sintácticas y semánticas de la lengua (Herazo, 2018).

Más allá de la articulación hablada de la palabra nosotros, se suman sus realidades y aquello que representan en su día a día. Como explican Gudiño y Pérez (2019), la recuperación y transmisión de sus tradiciones, rituales, celebraciones, además, de sus formas de organización y participación generan una identidad colectiva entre los miembros, que les permite estrechar vínculos. Es así, que “este nosotros es una forma de concebir el mundo, de percibir su ser y estar en él” (Herazo 2018, p.67).

Como expone Herazo (2018), vocalizar el nosotros genera: a) intimidad emocional; b) identidad colectiva; c) sistema simbólico de interrelación; e) parámetros sociales de desarrollo y evaluación de acciones colectivas.

Sentir el nosotros

Explicar el sentir puede llegar a ser complejo ya que se define como el percibir o experimentar algún estímulo, esto entendido desde la percepción individual de los sentimientos. Sin embargo, cuando nos referimos al sentir el nosotros se puntualiza en una vivencia en

colectivo, lo que equivale a una experiencia comunal de los miembros del pueblo indígena. Así, las emociones compartidas permiten percibir a una persona, situación, o a la misma comunalidad, lo que genera un reconocimiento como parte de esta (Herazo, 2018).

Se habla de sentires que tienen un entendimiento colectivo, por ende, se produce un “nosotros sentimos”, en contraparte a un “yo siento” egoísta e individualista. Como expresa Herazo (2018): “es desde ahí de donde adquiere sentido el existir para vivir y compartir” (p.68). La autora explica que sentir el nosotros logra en los pueblos indígenas: a) fortalecimiento de los lazos emocionales; b) establece la afectividad; c) brinda sentido de pertenencia e identidad colectiva.

Vivir el nosotros

En los pueblos indígenas el vivir es a través de una vida comunal logrado mediante el trabajo y la participación colectiva de todos los miembros. Vivir el nosotros deja de lado el individualismo, permitiendo que se resuelvan las necesidades y problemáticas de la comunidad, generando un compromiso con el pueblo. Es decir; “se entiende así el vivir como un hacer, sentir y ser desde la articulación colectiva de nosotros” (Herazo, 2018, p.70).

Para lograr el trabajo comunal los pueblos indígenas cuentan con formas propias de organización, participación y compromiso dentro del pueblo, prácticas que son enseñadas por los miembros de la comunalidad y que son realizadas en su vida cotidiana “como fundamento de su existencia en un todo, así como compartir tradiciones, cultura y lenguaje” (Herazo, 2018 p.72).

Vivir el nosotros tiende a: a) fortalecer la convivencia; b) generar vínculos; c) ser parte y hacer parte del pueblo; d) compartir experiencias e identificarse con el pueblo fortaleciendo el sentido de pertenencia.

Conciencia del nosotros

Herazo (2018) lo define como “un proceso de reflexión-acción como colectivo que se identifica con sus miembros, quienes buscan resolver sus necesidades en forma conjunta comparten valores y creencias y persiguen el cambio desde la nosotricación” (p.74).

Esto quiere decir, que la conciencia se crea desde el nosotros ignorando el pensamiento occidental, individualista y egoísta, de tal forma, la conciencia del nosotros es guiada por el proceso que menciona la autora de reflexión-acción que permite que los miembros de los pueblos indígenas se cuestionan y problematizan su existencia en cuanto a las condiciones en las que se encuentran, y por ende, la realidad del pueblo frente a los “otros”. Se construye una conciencia crítica en los miembros de la comunalidad que les permite comprender sobre las problemáticas, necesidades y soluciones que sostienen.

Tomando las definiciones de los elementos que estructuran el sentido del nosotros, nos posibilita comprender cómo los pueblos indígenas construyen su realidad a partir de sus prácticas de organización, el cómo viven, los elementos, símbolos y conocimientos culturales que definen e identifican a cada pueblo, sin dejar de lado las problemáticas, necesidades y formas de solución que llevan a cabo en colectivo desde la comunalidad (Gudiño y Pérez, 2019).

Resistencia Comunitaria

Abordado el sentido de nosotros corresponde adentrarnos a la teoría de resistencia comunitaria. Cuando hablamos de este concepto se hace presente el término dominación casi como un referente para la existencia de la resistencia y principalmente en los pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas de nuestra América han hecho frente a una serie de sucesos a través de sus procesos de resistencia, logrados por el sentido del nosotros con el que cuentan. Como se señaló anteriormente, el sentido del nosotros tiene factores que promueven una

fortaleza psicosocial comunitaria, y de forma recíproca, los procesos de resistencia generan fortalecimiento en el sentido del nosotros (Herazo, 2015b). Es decir, cuando hay sentido del nosotros es posible que se organicen procesos de resistencia comunitaria, dado que, existe un pueblo unido y de esta forma se da una relación dialéctica, ya que la presencia de los procesos de resistencia, a su vez, fortalece el sentido del nosotros.

La resistencia es un proceso psicosocial apoyado por los interés y necesidades colectivos que acontecen de una historia de vida compartida. Stavenhagen (2011), propone que los pueblos indígenas tienen raíces históricas trascendentes, de ahí surgen y se pronuncian en un núcleo de resistencia, y a su vez, es lo que rige su identidad indígena, por tanto, su sentido comunal de vida. Como expresa: “[...] la identidad indígena puede ser a la vez una identidad de resistencia pasiva y activa” (p. 234).

Como hace notar Herazo (2018), los pueblos indígenas poseen fortalezas que les permite movilizarse colectivamente para lograr acciones y control sobre su entorno y territorio, entre estas fortalezas destaca la identidad, valores de solidaridad, formas de organización, participación comunal y el sentido del nosotros, elementos que aportan en los procesos de resistencia comunitaria de los pueblos indígenas.

Pérez Zavala (2003), argumenta que la eficacia de los procesos de resistencia tiene que ver con la cualidad de actuar como un todo del colectivo. Los pueblos indígenas con su fuerte identidad y tradición indígena mantienen formas de organización, participación y lucha comunal, es decir, en procesos de resistencia actúan desde un nosotros organísmico.

En este sentido, conviene subrayar que la identidad indígena es fundamental para el fortalecimiento del sentido del nosotros, de igual manera, en los procesos de resistencia comunitaria. El vivir en comunalidad donde coexisten cosmovisiones, cultura, fiesta,

participación, organización y sentimientos compartidos fortalece los procesos de resistencia que son parte de la historia de vida del pueblo indígena, de un pasado-presente-futuro, y estos procesos de resistencia a su vez fortalece los vínculos, la identidad, el tejido social y el sentido del nosotros.

Teniendo presente la relación entre el sentido del nosotros y la resistencia comunitaria corresponde adentrarse a la teoría y respondernos, ¿qué entendemos por resistencia comunitaria?, y tal como se expuso al inicio, ¿la resistencia surge sólo a través de procesos de dominación o poder? Con el fin de responder estas interrogantes y dar definición al constructo teórico, se hará un recorrido entre varios autores y autoras que describen aspectos de la resistencia comunitaria.

Molina (2005), señala que la resistencia comunitaria tiene el fin de transformar condiciones de dominación y conflicto. Para llevar a cabo la resistencia las comunidades generan oportunidades en base a los recursos con los que cuentan, creando procesos colectivos y movilizadores como estrategia frente a la dominación que impone la fuerza o poder. Algunos casos se perciben en los grupos guerrilleros, sea a modo de ejemplo del tipo violento de resistencia que genera consecuencias negativas en la comunidad, ya que les impide vivir en paz; distinto de este tipo, se encuentra la resistencia no violenta que demarca movimientos desarrollados a partir de la reflexión-acción frente a las condiciones de dominación, buscando como fin las condiciones de vida que la comunidad desea.

Dicho brevemente, la concepción de resistencia comunitaria que argumenta el autor da importancia a las situaciones de dominación y transformación de conflicto, es decir, da relevancia al motivo por el que se resiste, de tal manera “la resistencia comunitaria se define entonces como un conjunto amplio de acciones no violentas que los colectivos emprenden para transformar situaciones de conflicto” (Molina, 2005 p.76).

Bonfil (1991) añade que los procesos de resistencia en los pueblos indígenas se presentan al preservar los contenidos de su cultura autónoma, es decir, el mantenimiento de sus costumbres, prácticas y cosmovisión es un ejercicio de la resistencia cultural del pueblo, como lo es su contraparte, el rechazo de elementos ajenos y/o los procesos de imposición civilizatoria. El autor difiere de lo planteado por Molina (2005), donde la resistencia comunitaria se presenta sólo ante el conflicto, sino que apunta a la necesidad del pueblo indígena a sobrevivir por parte de una cultura, es decir, el dominado resiste cuando preserva su cosmovisión indígena.

Jaramillo (2010), agrega: “la resistencia es entendida no únicamente como una forma contestataria al ejercicio de la dominación sino también como una forma afirmativa de construcción de procesos culturales, económicos, políticos y sociales propios” (p.35), significado que adquiere un valor en los pueblos indígenas. Supone construir un sentido de vida y de comunalidad a través de la conservación y reproducción de sus raíces culturales que trascienden los signos del tiempo.

Por su parte, Duarte et al. (2020), posicionan lo afectivo y expresivo como eje de articulación que da sentido al proceso de resistencia comunitaria. Se configura un componente emotivo que destaca la cohesión de la comunidad bajo la acción colectiva de resistencia. Entre los elementos afectivos se anotan las prácticas, acciones, discursos colectivos, memorias y sentires por parte de la comunidad. Como se cita textualmente: “a través de la resistencia comunitaria se configuran como un actor político visible [...], que revitaliza prácticas comunitarias, memorias, sentires y discursos propios” (Duarte et al. 2020, p.186).

Lo planteado hasta ahora interpreta a la resistencia comunitaria a través de una respuesta a la dominación frente a las relaciones de poder, sin embargo, también se agrega la acción de

resistir a lo que se busca imponer a través de la acción de conservar y reproducir su cultura, tradiciones y cosmovisiones.

Se retoma el concepto de resistencia indígena donde Hernández y Salazar (1999), lo describen como parte vital de su historia de vida:

La resistencia indígena, en su dimensión no violenta [...], puede ser entendida como un proceso colectivo de lucha y defensa de mínimos vitales: la vida en su dimensión más amplia, la cultura, el territorio, la autonomía y los procesos comunitarios, entre otros; mediante métodos y mecanismos propios que no admiten el recurso a la violencia (como se citó en Hernández Delgado, 2014, p.506).

En la opinión de Hernández Delgado (2014), se concluye que la resistencia comunitaria en los pueblos indígenas se centra en una defensa de la cultura, territorio, cosmovisión e identidad, por lo que sus acciones de resistencia son principalmente culturales sin excluir otras de carácter social o político.

En virtud de la indagación realizada y con fin de responder las interrogantes iniciales, concluimos que la resistencia comunitaria es un proceso psicosocial comunitario que acontece ante una dominación e imposición, sin embargo, estos procesos de resistencia no siempre son conflictivos, -entendiendo este término como pelea, enfrentamiento u otros semejantes-; sea a modo de ejemplo de procesos no conflictivos, el vivir comunal de los pueblos indígenas de nuestra América.

La comunalidad es parte de la resistencia a una dominación colonial, a partir de lo comunitario defienden su cosmovisión indígena desde sus tradiciones, cultura, territorio, organizaciones comunales, y más; tomando estas prácticas de afirmación a sus valores culturales

como procesos de resistencia ante un pensamiento y desarrollo homogeneizador de las sociedades occidentales (Torres, 2013).

Con lo planteado hasta ahora, se afirma que la resistencia comunitaria es un proceso psicosocial que atiende eventos adversos que pueden presentarse por medio de una figura de poder, pero de igual forma se presenta ante una firmeza por preservar su identidad, valores y estilo de vida. Son los pueblos indígenas el ejemplo claro que desde el nosotros se puede superar cualquier imposición y dominación, toda vez que resisten comunalmente.

Resistencia Comunitaria en los Asháninkas

El siguiente punto a tratar es la resistencia centrada en el pueblo indígena asháninka⁵. Los Estados a través de su composición hegemónica buscan borrar cualquier rastro del indígena, sin embargo, los pueblos indígenas de nuestra América han sobrevivido a través de sus procesos de resistencia que van de la mano de su historia indígena, es decir, su memoria, vida comunal, historia de vida y el sentido del nosotros.

Los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana han resistido a lo largo de su historia a contextos hostiles de dominación y poder marcado por intereses sociopolíticos y económicos que persiguen un funcionamiento estructural de un estado-nación homogeneizador que opera hasta nuestros días.

⁵Los asháninkas son un pueblo indígena de la Amazonía Peruana. El ministerio de cultura (2014) de Perú, expresa que “los resultados del II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana del 2007, se calcula que las comunidades que se autoidentifican como parte del pueblo asháninka sumaban más de 97 mil personas, lo que corresponde a casi la tercera parte de la población indígena amazónica del Perú” (p. 29). Son un pueblo con una gran extensión geográfica que abarca zonas de la selva central como son las regiones de Junín, Ucayali, Pasco, Cusco, Huánuco y Ayacucho, por tal motivo se pueden encontrar características culturales diversas que identifican y/o diferencian de unos a otros dentro del mismo pueblo (Ministerio de cultura, 2014).

Entre sus procesos de resistencia se exponen las organizaciones comunales que mantienen una estructura propia a su tradición cultural y tienen representantes líderes del pueblo comprometidos por el bienestar comunal (Espinosa, 2009). Otros ejemplos, es a través de reivindicar su identidad indígena en defensa de sus valores, cosmovisión y territorio (Mayor et al., 2009).

Algunas de las organizaciones comunitarias que crearon los pueblos amazónicos como respuesta a la violencia, dominación e invisibilización, es decir, como parte de sus mecanismos de resistencia, son:

- Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP): Organización vocera de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana que trabaja por la defensa y respeto de sus derechos colectivos, de igual forma, presenta propuestas para la solución de problemas según la cosmovisión y estilo de vida de cada pueblo amazónico (AIDSESP, s.f.).
- Organización de Mujeres Indígenas, Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP): Organización nacional de mujeres del Perú que luchan por el ejercicio de los derechos individuales y colectivos como mujeres y pueblos indígenas. Desarrollan acciones para fortalecer sus organizaciones, entre estas se encuentran dentro del sector de salud intercultural (ONAMIAP, s.f.).
- Central Única Nacional de Rondas Campesinas del Perú (CUNARC-P): Organización representativa de las rondas de los pueblos indígenas del Perú que contribuyen a garantizar la paz y bienestar de la comunidad (Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios [BDPI], s.f.).

- Confederación Nacional Agraria (CNA) y Confederación Campesina del Perú (CCP):
Antiguas organizaciones sindicales en busca de los derechos colectivos.

Otras de las organizaciones específicamente del pueblo indígena asháninka son:

- Central Asháninka del Río Ene (CARE) Y Central Asháninka del Río Tambo (CART):
Organizaciones indígenas que atienden las demandas y aspiraciones de los pobladores, siempre en pro de sus derechos y con atención a su cosmovisión y dinámicas de vida.
- Federación de Comunidades Nativas Campa-Asháninka (FECONACA)
- Rondas o Comités de Autodefensa: Organizaciones que surgen para desarrollar actividades de autodefensa de su territorio en busca de pacificación y seguridad.

Se reconoce la resistencia comunitaria del pueblo asháninka ante procesos de explotación, violencia, poder, dominación, necesidades y conflictos. Algunas de estas resistencias hicieron frente a los siguientes eventos⁶: invasión española y con ello la evangelización por parte de misioneros franciscanos, explotación del caucho en gran parte de la Amazonía, incursión de sendero luminoso al territorio, explotación de sus recursos naturales, ideas capitalistas de desarrollo y, con ello, incorporación de infraestructuras, y una violencia sociopolítica y cultural que no respeta la realidad del pueblo indígena.

En definitiva, la gran nación asháninka ha resistido a hechos históricos que trajeron consecuencias políticas, económicas, sociales y culturales evidentes en nuestros días (La serna, 2021). Las dinámicas y procesos de resistencia del pueblo asháninka tiene sus variaciones en

⁶Véase más detalles de los eventos mencionados en: 1) Villasante, M. (2014). La violencia senderista entre los asháninkas de la selva central. Datos intermediarios de una investigación de antropología política sobre la guerra interna en el Perú (1980-2000). Documento de trabajo-IDEHPUCP. 2) Bock, M., y Parra Maury L. C. (2002). Investigación sobre el derecho asháninka y formas tradicionales y actuales de resolución de conflictos. Defensoría del Pueblo, Programas de comunidades nativas.

cuanto a qué, quién/es y cómo se acciona, esto nos lleva a esclarecer algunos de los movimientos de resistencia que llevan a cabo.

Frente a la lucha por la evangelización, dominación que tuvo profundos efectos en el territorio, cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas de la Amazonía (Pinedo 2021) al imponer un estado colonial en la región, llevó a los asháninkas a enfrentarse con acciones como: expulsar a los misioneros franciscanos buscando la libertad ideológica indígena, y conservar y reproducir la cosmovisión asháninka (Bock y Parra, 2002), es decir, su cultura, creencias, territorio y formas de organización y participación que establece el pueblo.

Una de las etapas más trágicas en el pueblo asháninka se reflejó en condiciones despreciables tras la captura de los indígenas para el trabajo forzado y el desplazamiento forzado de sus territorios, hechos ocurridos durante el periodo de la explotación del caucho. Ante tal situación el pueblo amazónico se levantó contra los caucheros, “organizaron una rebelión [...], destruyeron sus puestos de negocio y bloquearon el acceso por carreteras” (Bock y Parra, 2002, p.30). Así pues, se percibe una organización colectiva para hacer frente al conflicto.

Otro suceso que impactó al pueblo fue la inserción de sendero luminoso⁷ a la Amazonía, evento que generó una contienda devastadora ocasionando muertes, desplazamientos forzados, obligación a formar parte de las filas senderistas, en pocas palabras “sendero mostró su insania y crueldad con este pueblo” (Bock y Parra, 2002, p.77). Los procesos de resistencia asháninka frente a este suceso consistió en la organización de Comités de Autodefensa y Resistencia

⁷PCP-SL, por sus siglas Partido Comunista del Perú-Sendero Luminoso fue un “proyecto ideológico, revolucionario y de ruptura cuyo valor nuclear fue siempre la violencia” (Ríos, 2018 p. 290). Sendero Luminoso, fue un grupo guerrillero de fuerzas militantes.

Asháninka⁸ para levantarse en armas protegiendo su territorio, dignidad, vida y libertad para los amazónicos.

Los asháninkas históricamente han sobrevivido contextos de dominación, imposición y colonización, donde su territorio fue destruido y sometido ocasionando pocos espacios para la vida generacional del pueblo asháninka, lo cual ha visto amenazada su identidad cultural. Esto ocurre, ya que el significado de territorio para los pueblos indígenas va más allá del concepto de tierra o propiedad privada, como en las comunidades occidentales, para el indígena el territorio es parte de su identidad, es un concepto integral que incluye el suelo, flora/fauna, aire, agua y la convivencia; es decir, los pueblos indígenas tienen una relación simbólica donde viven en armonía con su territorio y bajo este desarrollan su vida (Mayor et al., 2009). El territorio es parte significativa en sus procesos de resistencia, es donde pueden seguir compartiendo su cosmovisión, organización y saberes indígenas, y así, preservar su cultura asháninka y hacer frente a procesos de dominación. Empleando las palabras de Abelina Ampinti: “el pueblo indígena se ha caracterizado por ser un pueblo organizado [...] interesado por salir adelante en algunas guerras de territorio y eso surge a través de reclamos llenos de coraje para poder alzar la voz y hacerse respetar” (Fragmento recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

Sumado a lo anterior, la dominación e imposiciones engendradas desde la invasión española y que en la actualidad se sigue reproduciendo en los pueblos indígenas habla de una violencia política, social, cultural y económica. La idea homogeneizadora del orden social genera

⁸La Resistencia Asháninka, fue un comité que no recibió apoyo alguno por parte del estado. Fue una organización de los originarios del pueblo que se levantaron en armas para defender a sus familias y al territorio. “Algunos investigadores presentan la resistencia armada como un -retorno a las costumbres guerreras- de los asháninka” (Villasante, 2014, p. 18).

exclusión y los pueblos indígenas de nuestra América son los más afectados por este ideal. Bock y Parra (2002), expresan que el pueblo asháninka tuvo y tiene que sobrellevar las hazañas de imposición de normas y formas de vida que no comprenden los valores, el pensamiento, la organización social, cultura y cosmovisión del pueblo y en donde “si los indígenas rechazaban el nuevo orden de la sociedad, era categorizados como salvajes” (Pinedo, 2021 p.9).

Sin embargo, el pueblo asháninka está marcado de ideas externas derivadas de los hechos acontecidos en su territorio, de violencia y dominación, por tanto, las narrativas que sistematizan la realidad y cosmovisión de la vida indígena se mezclan con ideas de transformación y desarrollo capitalistas y una ideología que integran imaginarios de creencias religiosas (La serna, 2021). Mayor et al. (2009), afirman que “hoy en día sus costumbres han cambiado debido a la introducción de usos occidentales, no obstante han conservado su idioma, vestimenta, creencias religiosas y prácticas culturales, así como el uso de plantas medicinales” (p.243).

A pesar de que el autor sostiene que hay un cambio en las costumbres de los asháninkas, los pueblos indígenas se caracterizan por resistir a su identidad llena de saberes y cosmovisiones generacionales. Los asháninkas tienen un carácter cultural con particularidades en sus costumbres que persisten, no obstante, existen elementos culturales externos influenciados a lo largo de su historia de vida (Eulogio, 2015), generando procesos de aculturación⁹. Por su parte, Fabián (1995), menciona que como resultado de este proceso se incorporan otros ideales desde

⁹Mujica (2002), explica la aculturación como “un proceso social de encuentro de dos culturas en términos desiguales, donde una de ellas deviene dominante y la otra dominada” (p. 56). El autor asimila lo dominante como aquella cultura invasora que se impone mediante la fuerza y poder y la dominada como la cultura violentada que hace frente a través de una resistencia social usando sus recursos. Por tanto, “la cultura que <interviene> no logra necesariamente una dominación total sobre la otra, como tampoco la cultura <intervenida> pierde totalmente sus patrones culturales y está, antes bien, ejerce resistencia de muchos modos [...]” (Mujica, 2002 p. 56).

una mirada occidental en temas como la medicina, educación, propiedad privada y comercialización, que repercuten en la identidad cultural, sin embargo, el pueblo asháninka preserva sus métodos culturales, cosmovisión y vida indígena, por tanto, mantiene su identidad indígena.

En la larga historia de resistencias de los asháninkas, las acciones son variables porque “la resistencia se mueve, cambia de lugar y puede adoptar diversas formas” (Smeke de Zonana, 2000 p.93), sin embargo, en todas las modalidades de resistencia buscan sobrevivir. La resistencia indígena de la Amazonía también muestra alcances, identificando su “organización comunitaria, protección de sus culturas y territorio, mantener sus autoridades espirituales y la elaboración de sus planes de vida y reglamentos internos” (Hernández Delgado, 2014, p. 519). Al respecto, la cosmovisión asháninka es una modalidad de resistencia a través de la interculturalidad que trastoca en diferentes planos de la vida social, como se presenta:

Recordemos muy bien que hubo una lucha frontal donde los pueblos indígenas se han enfrentado al gobierno para hacerse respetar porque justamente hemos sido ignorados por muchos años, hemos sido tratados en otros niveles, hemos sido comparados con animales, entonces el pueblo indígena se ha cansado de este maltrato, de esta discriminación, ahora se levanta la voz de protesta para decir que nosotros también formamos parte de una nación, formamos parte de un gran territorio donde los pueblos indígenas se desarrollan través de su cultura, a través de su cosmovisión y que también se desarrollan como pueblo mayoritario. (Fragmento recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

El estado peruano busca controlar y reprimir a los pueblos indígenas, Pinedo (2021) argumenta que el Estado ha buscado gobernar la Amazonía a través de un aparato institucional estándar y bajo la construcción de una imagen categórica de lo indígena, generando relaciones antagónicas con los pueblos indígenas. A pesar de la existencia de declaraciones y constituciones nacionales e internacionales que dotan a los indígenas como sujetos de derechos, aún persisten deficiencias debido al actuar del Estado frente a los pueblos indígenas.

En materia de salud nos encontramos con un tema complejo. Dentro de la dominación estructural y simbólica hay un pueblo emancipado en cuanto a sus saberes y prácticas. La medicina nace desde una mirada occidental, por tanto, las políticas públicas que propone el Estado en temas de salud se rigen bajo un conocimiento occidental, mostrando deficiencias a la hora de interactuar con la realidad de los pueblos indígenas, prueba de ello, es el personal de salud que no tiene conocimiento sobre la cosmovisión indígena, que no habla la lengua y que impone la idea de salud tomada desde el modelo biomédico homogeneizador que dicta el estado y las estructuras académicas, por tanto, tienden a discriminar prácticas tradicionales asháninkas mostrando una falta en la calidad humana, es ahí donde “le castigan, le chalanquean, la palabra chalanquear es castigar con ortiga, [...] o le pintan la cara con achiote, son tipos de castigos que hace el pueblo indignado [...] con la ley comunal” (Fragmento recuperado del médico asháninka Niel Sánchez, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

El pueblo asháninka está orgulloso de los alcances que han obtenido y siguen apoderándose a través de su sentido del nosotros y sus procesos de resistencia, cobijados de su identidad asháninka ante cualquier daño. Como declara la lideresa asháninka Abelina Ampinti:

Los asháninkas somos valientes, luchadores, somos los que miramos y vencemos de cualquier daño que hay en el pueblo, y por ejemplo que somos organizados desde los

sectores, desde las organizaciones y nuestra comunidad y me siento orgullosa de ser asháninka. (Fragmento recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

Se concluye, que la identidad de los asháninkas es el resultado de una serie de procesos de resistencia ante situaciones de imposición, exclusión e invisibilización. Resistencias que se han mantenido a lo largo de su historia de vida, en gran parte debido al modelo homogeneizador que busca una nación sociocultural, política y económica estándar fuera de la realidad de los pueblos indígenas. Sin embargo, los asháninkas sobreviven a través de sus procesos de resistencia comunitaria que parte de lo colectivo, de lo nosótrico y lo expresan en: la lucha activa y participativa, organizaciones comunales, preservar sus saberes y prácticas ancestrales y buscar su reconocimiento ante un gobierno que los ha invisibilizado. Estas expresiones de resistencia muestran una participación comunal donde los miembros del pueblo prestan su servicio en beneficio de la comunalidad, es decir, hay un sentido del nosotros en los mecanismos de resistencia comunitaria.

Así mismo, el pueblo asháninka da apertura a procesos de transformación sin perder su identidad y estilo de vida indígena, es decir, no están renuentes a recoger ideas culturales diferentes, pero siempre que estas estén en equilibrio a la cosmovisión del pueblo. Para ello, hace falta una construcción conjunta de los pueblos indígenas y el Estado, con la finalidad de suprimir procesos de homogeneización y comenzar a crear espacio de construcción desde la interculturalidad, y así, conceder el protagonismo de su destino a los pueblos indígenas.

CAPÍTULO 2: SALUD COMUNITARIA EN LOS ASHÁNINKAS

La salud desde la academia se rige bajo dos modelos: biopsicosocial y biomédico. Desde la Psicología se tienen varias corrientes de estudio con enfoque tanto en el modelo biomédico como biopsicosocial, donde la Psicología Social Comunitaria saldría de esta norma al buscar desapegarse de modelos hegemónicos adoptando una postura horizontal.

Para una Psicología Social Comunitaria comprometida en el estudio-intervención desde nuestra América es necesario posicionarse en una perspectiva decolonial y reivindicar el conocimiento para una correcta adecuación dentro de los territorios.

Los pueblos indígenas de nuestra América reivindican sus saberes y desarrollan estrategias contrahegemónicas, una de ellas, expresada en la interculturalidad, desarrollada como posicionamiento político, de resistencia y visibilización de la diversidad etnocultural, con el objetivo de acercarnos a las epistemes de los pueblos indígenas.

En el campo de la salud, la *salud comunitaria* tiene protagonismo como una episteme desde y para los pueblos, es decir, un mecanismo contrahegemónico. La salud comunitaria es un proceso que surge desde lo comunitario, por tanto, es pertinente y necesario entender la salud comunitaria que maneja el pueblo indígena a través del mismo y así abrir marcos teóricos en la academia y no de forma contraria, es decir, tener un concepto ajeno al de los pueblos y querer encuadrarlo.

En el caso de los pueblos indígenas es primordial comprender cómo definen la salud, así como, sus prácticas, necesidades y cosmovisiones propias del pueblo, ya que, cuando hablamos

de salud comunitaria nos referimos a procesos de mejora en temas de la salud, siempre tomando en cuenta el entorno y la participación activa de los involucrados.

Como segundo punto, dentro del apartado se desarrollan las determinaciones sociopolíticas y económicas de la salud del pueblo asháninka. Donde es fundamental reconocer cómo se posiciona el gobierno peruano sobre los pueblos indígenas de la Amazonía.

La vigente Constitución Política del Perú (1993), reconoce a los pueblos indígenas como sujetos de derechos, por tanto se posiciona como un Estado plurinacional que acepta las diferentes realidades, sin embargo, esta afirmación solo se visualiza en el papel faltando el accionar adecuadamente del Estado hacia los pueblos indígenas. En este punto, es necesario una deconstrucción para conocer y respetar las diferentes realidades y así contribuir en el tema de salud desde, para y en beneficio de los pueblos indígenas.

Salud e Interculturalidad

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es decir, bajo esta definición la salud es vista desde un ámbito biopsicosocial.

Desde la academia se plantean dos formas de comprender la salud:

- a) Modelo biopsicosocial: Determina una mirada holística de la salud al incorporar los elementos individuales, biológicos, psicológicos y sociales en la construcción del bienestar del individuo. La salud se comprende desde un balance/armonía de los elementos, por tanto, hay una participación en el proceso de auto-curación. Desde este modelo se deben tomar en cuenta las condiciones ambientales y la realidad de las comunidades, ya que si se ignoran estos factores del contexto lo único que se lograra serán intervenciones desde una mirada individual y se corre el riesgo de caer en el

prototipo fragmentado e individualista de la salud-enfermedad (Serrano-Garcia y Bravo, 1998).

- b) Modelo biomédico: Se centra en una relación salud-enfermedad, por tanto, percibe al cuerpo humano como una máquina en funcionamiento (salud) o una máquina averiada (enfermedad), lo que lleva a generar intervenciones individuales y fragmentadas, abandonando la salud de la comunidad y por ende la relación del sujeto con su entorno (Serrano-García y Bravo, 1998).

Desde la Psicología el término salud sostiene diferentes enfoques. La Psicología Clínica se rige bajo el modelo biomédico, es decir, su enfoque se centra en el tratamiento del trastorno clínico del sujeto. Para el Psicoanálisis hay una relación entre lo sano y patológico/enfermo, no se consideran como factores excluyentes y dentro de esta visión se incorporan aspectos sociales. Por su parte, la Psicología Cognitivo-Conductual percibe la salud de forma integral a través de un abordaje biopsicosocial del individuo; de igual forma, la Psicología Sistémica considera a la salud como un sistema y no como elementos individuales. En la Psicología de la Salud se vuelve a presentar una perspectiva biopsicosocial en los problemas de salud, por lo que se genera un acercamiento multidisciplinar en los temas de salud-enfermedad. Finalmente, la Psicología Social Comunitaria aborda la salud desde lo social, es decir, se añade al estudio las realidades sociales-humanas dentro del análisis.

De lo anterior, precisa preguntarnos ¿la Psicología tiene una mirada comunitaria de la salud? Es pertinente subrayar que hay una gran variedad de corrientes dentro de la Psicología que manifiesta una mirada biopsicosocial de la salud, por tanto buscan englobar aspectos del contexto/comunidad para mayor eficacia en las alternativas terapéuticas y/o de intervención con el fin último de llegar a un estado de bienestar del sujeto. Sin embargo, tomar aspectos del

contexto no es igual a tener un enfoque comunitario. Tampoco se puede omitir que la Psicología tanto en la académica como en el trabajo profesional se forma a través de conocimientos establecidos y adoptados del eurocentrismo aceptando un modelo hegemónico en salud.

A partir de la invasión en América Latina se tuvo la intención de conformar un estado nacional, instaurando un pensamiento y prácticas hegemónicas que concluye en un prejuicio epistemológico que impone el conocimiento científico como universal, o bien, como la única forma de obtener conocimiento, ante dicho planteamiento corresponde ir más allá y asumir un paradigma decolonial sobre la fuente de conocimiento.

No se puede hablar de un conocimiento universal porque implicaría que hay una sola realidad, lo que hablaría de una colonialidad del saber que ha invisibilizado a actores sociales con conocimientos que transitan fuera del conocimiento científico, lo que significa la presencia de grietas y huecos en el conocimiento. Como afirma Rozas (2018), “muchas culturas diferentes a la occidental producen conocimiento, para beneficio de todos, sin límite, para que cada cual lo utilice y se vea beneficiado” (p.47). La idea plantea la existencia de diferentes realidades, de las cuales, corresponde recuperar su conocimiento y reconocer sus propios paradigmas que han sido negados desde la idea de un conocimiento universal.

El conocimiento de los pueblos indígenas es un proceso de saberes teóricos y prácticos heredados y comprendidos desde la cosmovisión del mismo, sin embargo, el estado-nación con sus estructuras coloniales hegemónicas invisibilizan este tipo de conocimientos.

Los pueblos indígenas de nuestra América son actores sociales que reivindican sus saberes, por lo que entender su conocimiento desde el pensamiento hegemónico invalida la fuente de sus saberes al estar relacionada a sus prácticas y vida indígena, es decir, a través de su memoria, historia, identidades, sentires, territorio y de su sentido del nosotros. Su conocimiento

ancestral contrarresta la cultura hegemónica que devalúa y niega el conocimiento de sus modos tradicionales de vida, de la naturaleza y de la riqueza de las experiencias sociales-comunitarias.

En la opinión de Boaventura (2009) “cada método es un lenguaje y la realidad responde en la lengua en que se pregunta. Solo una constelación de métodos puede captar el silencio que persiste entre cada lengua que pregunta” (p 49), es decir, es necesario una pluralidad de métodos que corresponda a la diversidad de realidades, que a su vez, compete a una responsabilidad sociopolítica y epistémica con los pueblos indígenas de nuestra América, por lo que es necesario un posicionamiento contrahegemónico¹⁰ en salud y abrir espacios decoloniales de investigación-intervención.

Respondiendo a la pregunta, tenemos la presencia de un modelo hegemónico que impone su paradigma en el campo de la Psicología y en el campo de la salud, el cual se acepta en gran medida. Sin embargo, la Psicología Social Comunitaria adopta una postura horizontal, es decir, trabaja con las comunidades en la solución de necesidades desde, para y con el colectivo y en función del conocimiento científico-académico y el conocimiento social-comunitario. A partir del interés en los temas de salud es cuando la Psicología Comunitaria toma distancia del modelo biomédico y comienza el trabajo desde la salud mental comunitaria como propuesta para incorporar a las comunidades y no solo el contexto.

El modelo comunitario crea la necesidad de ampliar la salud del plano individual a una dimensión social, de ahí la propuesta de salud mental comunitaria, que supone tener presente a la comunidad para la planificación de estrategias, lo que necesitaría de un estudio de la misma.

¹⁰Feo-Istúriz, et al (2012) afirman que para desarrollar un posicionamiento contrahegemónico es necesario superar y liberar el “paradigma civilizatorio universal”, es decir, aquello que es característico de la individualidad, el bienestar como bienes y el hombre como centro de todo, regido desde el egoísmo y el capital. Por tanto, es necesario desaprender, reflexionar y optar por nuevos paradigmas donde predomina lo colectivo, la participación y la interculturalidad como reconocimiento de las diversas realidades.

Dentro de las prácticas en salud mental comunitaria aún se percibe un modelo médico occidental con poca capacidad de responder a las demandas de las comunidades de nuestra América, especialmente a las comunidades étnicamente diferenciadas, debido a que la salud mental comunitaria nace de la propuesta de los Community Mental health Centers Act (Centros Comunitarios de Salud Mental) en Estados Unidos, como un recurso preventivo de salud para las comunidades pobres con escasez financiera en los sistemas de salud, esto debido a la gran denuncia de enfermos en hospitales psiquiátricos y a la nula asistencia extra hospitalaria en el país (Desviat, 2020).

Posteriormente, en América Latina se sigue la línea de prevención en temas de salud mental comunitaria, pero se amplía la intervención a los efectos psicosociales de las comunidades que impactan en su salud, como es la pobreza, dominación, violencia, entre otros (Herazo, 2019). A pesar de ello, nos hace caer en el mismo precepto de invisibilizar la realidad de nuestra América al incorporar las ideas trabajadas en salud mental comunitaria que tiene sus fundamentos en un país con diferencias sociopolíticas y culturales palpables. Empatar la epistemología a la concepción y realidad de América Latina sin comprender su realidad se estaría actuando desde una Psicología poco ética y colonizada a los modelos hegemónicos.

Desde la Psicología Social Comunitaria que se sitúa en una verdadera horizontalidad de conocimiento e intervención es inapelable posicionarse desde una perspectiva decolonial y acercarnos a las epistemes de los pueblos indígenas, para lograr este planteamiento deben existir procesos de reflexión-crítica sobre las teorías y modelos de intervención con los sujetos sociales, especialmente dentro de una Psicología en nuestra América con diferencias etnoculturales de los países donde se han desarrollado la mayoría de propuestas en Psicología.

El proceso homogeneizador que impone el modelo de salud occidental contribuye a una jerarquización de conocimientos, colocando al médico como conocedor absoluto y rechazando los conocimientos y prácticas en salud utilizados por los pueblos indígenas. Al tratarse de un tema estructural de un estado nacional, se tiene como resultado una desvalorización e invisibilización de los saberes del pueblo indígena en torno a la salud, y a su vez, crea un sistema de salud insuficiente desde las realidades de los mismos pueblos, ya que, las instituciones sanitarias y académicas comprenden la salud desde una cultura occidental (Roldán, 2010).

Por su parte, los pueblos indígenas de nuestra América desarrollan estrategias contrahegemónicas que demuestra una conciencia del nosotros frente a la dominación e invisibilización, es así, que proponen la interculturalidad, lo que permite acercarnos a las epistemes de los pueblos.

Mayor et al. (2009), define la interculturalidad como “un espacio creativo que considera la igualdad entre diferentes culturas, y permite el diálogo y el enriquecimiento mutuo a partir de cosmovisiones diferentes” (p23). Más allá de una igualdad, nos quedaremos con los conceptos -diálogo y enriquecimiento-, la interculturalidad busca el respeto de pensamientos, sentires, necesidades y saberes diversos de las culturas que son desarrollados a partir de su realidad, los cuales tienen el mismo valor. Para los pueblos indígenas, la interculturalidad es una apuesta de acción política, social y epistemológica como expresión de resistencia ante procesos de poder.

La interculturalidad va más allá de la mera tolerancia, del diálogo idílico y del respeto despolitizado de la diferencia pues tiene un sentido político insurgente que hace posible la ruptura y descentralización de estructuras pensadas como totalidades y totalitarias y los universalismos colonizadores, para empezar a pensar en “otros” horizontes de libertad y de existencia (Guerrero Patricio, 2012, p.18).

La construcción de la interculturalidad es la respuesta que dan los pueblos indígenas a las sociedades que buscan homogenizar la diversidad etnocultural. Por tanto, hablamos que la interculturalidad nace a través de una colonialidad que invisibiliza el saber indígena como un aporte valioso, por ello, apunta a recuperar y reivindicar el reconocimiento de otras realidades, donde los saberes y prácticas son a través del pensar, conocer, vivir y organizarse desde un todo, desde los pueblos indígenas. Del mismo modo, evidencia las estructuras hegemónicas que mantienen relaciones de poder-dominación que conlleva a una desigualdad, desvalorización e invisibilización sobre los pueblos indígenas de nuestra América (Rozas, 2018). Es una expresión de resistencia ante la colonialidad y sus procesos homogeneizadores.

En el campo de la salud, la interculturalidad podría entenderse como el diálogo entre el modelo médico occidental y el modelo de salud indígena (Námuch, 2017), que corresponden a dos culturas con realidades diferentes. En este sentido, la interculturalidad reconoce el conocimiento de los pueblos indígenas mostrando posibilidades conceptuales y teóricas que no concuerdan con las miradas occidentales, bajo esta premisa se busca el surgimiento de epistemes desde los pueblos indígenas, lo que corresponde dar significado al tema de salud desde sus saberes, cultura, territorio, prácticas y vida comunal.

Hablar de salud desde los pueblos indígenas es reconocer su cosmovisión, cultura, prácticas, sentimientos comunales, sabiduría colectiva y estilo de vida, como recuperación de su conocimiento y su base epistemológica (Boaventura, 2009); esto nos lleva a concluir que no es posible entender el concepto, proceso y prácticas de salud sin tener en cuenta la realidad en la que se encuentra el sujeto.

La salud de los pueblos indígenas está estrechamente relacionada a los saberes ancestrales, es parte de la historia e identidad de los pueblos y al preservar su ancestralidad se

concibe como una estrategia de resistencia ante un Estado que invisibiliza el conocimiento tradicional negando el valor de esta sabiduría que ha dado soluciones a lo largo de su historia.

De tal forma, podemos ver factores diferenciales de salud desde la cosmovisión indígena y la idea del occidente que se rige en un marco epistemológico de esquematizaciones homogéneas que invalida los saberes y prácticas ancestrales-tradicionales indígenas. Ante ello, corresponde generar una descolonización en salud para lograr, por un lado, superar el modelo médico hegemónico y desarrollar un modelo pensado desde, para y con los pueblos indígenas y como segundo punto, reflexionar y repensar la salud desde otras realidades, es decir, desaprender y abrirnos a nuevos panoramas (Feo-Istúriz et al., 2012), con el fin de posicionarse desde una visión contrahegemónica que reconozca conceptos, prácticas y conocimientos desde los pueblos indígenas, acorde a su cosmovisión.

Salud Comunitaria

Desde el diálogo de saberes que propone la interculturalidad, los pueblos indígenas desarrollan una salud comunitaria; ¿cómo entendemos a la salud comunitaria de los pueblos indígenas? En busca de esclarecer el concepto se hará una indagación bibliográfica persiguiendo la interpretación de salud comunitaria desde la episteme de los pueblos indígenas de nuestra América.

Un primer aspecto a mencionar de la salud con enfoque comunitario es que deja atrás la idea de salud desde el plano individual, por el contrario, se incorpora bajo una dimensión social que integra a los miembros de los pueblos como una unidad. De tal forma, se logra consolidar una expresión colectiva referente a la salud, expresión que varía entre comunidades ya que se determina por las interacciones de las características del entorno comunitario (Benito et al. 2016).

Saforcada (2010), explica que el paradigma de la salud comunitaria es un concepto que surge en las comunidades, por lo que propone una co-construcción de conocimiento en los ámbitos académicos y profesionales, debido a que “(..) las comunidades tienen identidad propia, y sus conocimientos y vivencias de salud y enfermedad no siempre se alinean con aquellas de la cultura occidental y su modelo biomédico, condicionando el impacto de las intervenciones en salud” (Pimentel y Correal, 2015, p.418).

Dicho lo anterior, es necesario una deconstrucción del paradigma occidental en el tema de salud con el fin de crear un acercamiento a otras realidades, cumpliendo las expectativas, ideales e interpretaciones de los pueblos indígenas; empleando las palabras de Saforcada (2010): la salud comunitaria nace de las familias, los miembros y las generaciones que forman a las comunidades; en los pueblos indígenas, estos integran sus saberes ancestrales de forma holística e involucran aspectos socioambientales.

Como hace notar Benito et al. (2016), “cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias útiles para ser empleadas en la búsqueda de soluciones positivas” (p.3). Es decir, el pueblo indígena es su principal referente para llevar a cabo la salud comunitaria dentro de sus territorios, por lo tanto, desde su cosmovisión y saberes hay un aporte que enriquece el marco teórico en torno a la salud.

Para hablar de salud comunitaria es necesario tomar en cuenta las acciones protectoras de las comunidades para el desarrollo de un estado saludable, logrado a partir de los elementos positivos y activos que poseen las comunidades en beneficio a salud. Asimismo, se consideran las condiciones, factores y características de su realidad para desarrollar acciones bajo modelos integrativos y multidisciplinarios (Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021), enfocados

siempre desde las realidades que viven, por tanto, la participación es sustancial dentro del paradigma comunitario de salud .

Otro rasgo del abordaje comunitario es la participación activa de los pueblos, ya que son los protagonistas de sus procesos y decisiones comunitarias (Benito et al., 2016). El Proyecto AMARES (2006) sostiene que los miembros son protagonistas de su comunidad, por ende, de las acciones llevadas a cabo que contribuyen en las condiciones de vida que desean; así como, “[...] supone la participación activa de los diferentes grupos existentes en las zonas, con un enfoque que incluya las diferentes voces” (Grupo de trabajo de salud mental de la coordinadora nacional de derechos humanos, Proyecto AMARES, 2006, p.21)

La participación comunal funge como un factor notable dentro de la salud comunitaria, así pues, los pueblos indígenas toman parte del proceso de salud reconociendo y expresando sus necesidades, interés y soluciones encaminadas desde su realidad de vida. Como lo hace notar Lacruz, A. I. y Lacruz, M. (2009):

La participación como indicador social de la salud se entiende como «el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a la salud y el bienestar propio y de la colectividad; mejoran la capacidad de contribuir a su desarrollo económico y al comunitario, pues al ser los mejores conocedores de su propia situación son capaces de encontrar incentivos que resuelven sus problemas comunes». Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo y, al mismo tiempo, beneficiarios reales de la ayuda al cambio (pp. 134-135).

La salud comunitaria está estrechamente relacionada a la vida, identidad, recursos y el contexto de la comunidad en particular. Es por ello que el Proyecto AMARES (2006) plantea:

Es recomendable que los agentes externos tengan un conocimiento sobre el contexto, las representaciones sociales, los elementos locales, así como un conocimiento de la cosmovisión de la población y, particularmente, sobre los discursos, concepciones y construcciones alrededor del proceso de salud y enfermedad que tiene la comunidad, así como, de las prácticas locales para sanar, buscar y mantener la salud (pp. 21-22).

Lo que supone que es incorrecto igualar una definición del término salud como se ha hecho desde la academia, ya que de hacerlo nos posicionamos desde nuestras realidades y concepciones, es decir, desde lo que la academia hegemónica nos ha enseñado. Por esta razón, es importante el concepto que comprenden los pueblos indígenas, el cual surge a partir de su realidad, pensamiento, memoria y cosmovisión producto de las interacciones sociales, culturales e históricas.

La salud de los pueblos indígenas está estrechamente relacionada a su cosmovisión, pensamientos, significados y prácticas que orienta la existencia de su vida indígena comunal y es transmitida de forma nosótrica y generacional. Por ello, su conocimiento en salud es parte de su cultura y su identidad; la construcción de salud viene desde la experiencia, recursos y necesidades del territorio que habitan (Mayor et al., 2009). Es decir, la concepción de salud del pueblo indígena asháninka es un conocimiento desde y para ellos.

Así pues, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expone:

Lo que equivaldría a bienestar, para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social (p.16).

Se indica que la salud comienza en los territorios y genera representaciones guiadas desde sus propias prácticas culturales, significados y sentidos que le otorgan; lo cual, construye un marco epistémico sustentado en la cosmovisión del pueblo indígena.

Cuando se habla de salud desde los pueblos indígenas nos encontramos con una epistemología propia basada en su cosmovisión, realidad sociocultural, política y conceptual de la vida. Por tanto, la salud tiene sus particularidades propias de conocimiento y prácticas en cada pueblo indígena (Samudio 2006).

La cosmovisión de los pueblos indígenas amazónicos está estrechamente relacionada con la naturaleza, por lo que mantienen principios de equilibrio y armonía con la Amazonía, lo que les permite generar conocimientos en salud desde el manejo de sus territorios, es decir, con amplio saberes en su entorno natural incorporando todos los elementos de este. El conocimiento apunta a un equilibrio entre el individuo, la comunalidad y el territorio.

Los pueblos indígenas interpretan la salud desde una forma integral, que comprende el cuerpo físico, el alma-espíritu, la naturaleza, el territorio y la comunalidad. En palabras de Fabián (2021) “para los pueblos indígenas la salud significa la armonía de todos los elementos que constituyen el equilibrio, entendida como el control de su vida, convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás; encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social” (p5).

Mayor et al. (2009), enfatiza que para mantener un estado de bienestar, debe lograrse una comunicación con el mundo visible y los otros mundos no visibles, que corresponde al campo de

la espiritualidad, y a través de esta relación armoniosa y equilibrada se desarrolla la vida y el buen vivir¹¹ en los pueblos indígenas.

La salud comprendida desde el pueblo asháninka vincula lo antes mencionado; la naturaleza/amazonía, el territorio, la espiritualidad y el ser humano, por tanto, se entiende como una salud holística con saberes y prácticas que vienen de su cosmovisión y contexto histórico, y entre estas prácticas, la salud comunitaria es un ejercicio llevado a cabo desde su propia conceptualización.

En vista de ello, Ceriani (2019) propone que los pueblos indígenas tienen circuitos subalternos en salud como un proceso contrahegemónico para apoderarse ante circuitos de salud del sistema médico occidental que homogeniza y niega prácticas desde la realidad de los pueblos indígenas. Para ejemplificar, la autora expresa:

[...] estos circuitos subalternos en torno a la salud constituyen modos particulares de habitar ese territorio que instalan relaciones sociales específicas respecto del acceso a la salud y formas de sanar que muchas veces entran en tensión con los modos de territorializar la salud que impone el sistema médico hegemónico [...]” (p.107).

Para explicar estos circuitos subalternos en salud resulta indispensable atender desde la cosmovisión y la forma de operar la salud de cada pueblo indígena, pues aunque existen similitudes, la historia de cada pueblo es diferente y eso hace que el concepto de salud tenga variaciones en los pueblos indígenas, a pesar de su concepción y vida indígena (Moreno, 2008).

¹¹El buen vivir es una filosofía de vida en la cosmovisión de los pueblos indígenas. Rescata la responsabilidad, generosidad y sabiduría con el medio ambiente pues se concibe a la naturaleza de forma holística y como parte fundamental de su bienestar (Mayor et al., 2009).

Por su parte, Rozas (2009) señala que el buen vivir “propone una vida en equilibrio, con relaciones armoniosas entre las personas, la comunidad y la madre tierra a la que pertenecemos” (p.115), es decir, el buen vivir corresponde a una organización y estilo de vida que manifiestan los pueblos indígenas.

A modo de ejemplo, dentro del pueblo asháninka el uso de las medicinas tradicionales es sustancial en la curación, los asháninkas cuando enferman acuden en primera instancia al sheripiari y/o sabio el cual a través de las medicinas tradicionales los sana; sin embargo, hay situaciones en las que el proceso de sanación tarda o no se presenta y es ahí cuando los originarios acuden a las postas de salud donde se encuentran los profesionales de la salud, es decir el médico-enfermero que tiene una visión desde el occidente, donde el trato no se apega a la cosmovisión del pueblo. Por otro lado, hay agentes comunitarios en salud que son personas del pueblo que fueron capacitados dentro de la medicina occidental para apoyar en situaciones específicas de salud, y al ser personas del propio pueblo están afines a la cultura y cosmovisión, a diferencia de los profesionales de la salud. Empleado en palabras de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, para ejemplificar lo anterior:

Las comunidades asháninkas cuando una persona de la comunidad enferma acude primero a la medicina ancestral, acude primero con la evaporadora, acude primero con el sheripiari o acude primero con el sobador o el huesero; luego si ese paciente es mejorado, evoluciona favorablemente su salud, entonces ahí queda el paciente, pero si ese paciente continúa con la enfermedad el paciente es acudido a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud, para recibir el tratamiento de la medicina farmacéutica, entonces los asháninkas [...] tiene mucha fe en la medicina tradicional. (Fragmento recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

En los asháninkas hay un sistema de categorías en relación a los saberes y las prácticas en salud comunitaria, en la posición más alta se encuentra el sheripiarí¹² que tiene la función de mantener una comunicación entre la humanidad y el contexto espiritual de la naturaleza, “él puede interpretar las causas de las enfermedades, ya sean atribuidas a orígenes espirituales o a la brujería, o las anomalías funcionales y sociales; y tiene la capacidad para tratar y reparar los daños” (Veber, 2009, p.25).

El sheripiarí(ro) es un experto en la salud, sus saberes son comprendidos desde la cosmovisión del pueblo y la estrecha relación con el mundo espiritual. Para lograr este aprendizaje se pasa por un proceso que exige que mantengan dietas donde no se puede comer ciertos animales y plantas, por creencias del propio pueblo, se tiene respetar y participar en rituales y mantener abstinencia sexual. Una vez que se obtiene el estatus de sheripiarí(ro), continúan los aprendizajes ya que eso permitirá acrecentar el poder espiritual (Veber, 2009).

La práctica del sheripiarí es la más completa y la primera en la jerarquía, ya que es la única práctica en la que se logra la comunicación y el equilibrio con el espacio espiritual. En esta práctica predomina la figura masculina, esto se debe a que la sangre menstrual era considerada contaminante, por ende, un obstáculo para poder traspasar al mundo espiritual, función principal de esta práctica. Sin embargo, actualmente esta idea está siendo descartada por los pobladores de la Amazonía y la aparición de mujeres sheripiaros ya existe (Rojas, 2022).

¹²Sheripiarí: Es un especialidad en la salud del pueblo asháninka. La palabra desglosada corresponde al “sheri”-de tabaco, “pia”- de pianaka que significa transformación y “ri”- de la 3ra persona en masculino. En el caso de las mujeres que lleven a cabo esta práctica, se les nombra como sheripiaro, la modificación de las letras “ro”- por la 3ra persona femenina (Rojas, 2022).

Sin embargo, a tenor de lo presentado bajo lo referido por Rojas (2022) en su investigación *En busca de la visión del colibrí. La expansión del rol de la mujer en el chamanismo asháninka*, donde refiere la presencia de las sheripiaros en los pueblos asháninkas, en palabras del médico Niel recuperamos:

Desde la conciencia que hemos visto, desde la Nación Asháninka solo hay y se ha proclamado siempre a los hombres curanderos porque es una tradición y aún predomina el machismo. Puede haber mujeres sheripiaris en otras etnias pero en el pueblo asháninka no. Las mujeres tienen otras especialidades como hueseras, matronas, hierbera o evaporadoras donde las mujeres practican especialmente el conocimiento de las plantas medicinales, pero son consideradas “maestras” y no llegan al título o reconocimiento de curandero que es la práctica ancestral muy disciplinada con el mundo espiritual. De datos, sólo hay conocimiento de una maestra sheripiari o ayahuasquera a nivel de la selva, ella se especializa en la ayahuasca que es una práctica espiritual-mental, pero no conozco más. (Datos recuperado por el médico asháninka Niel Sánchez en 2022, como parte del presente proyecto)

La presencia de las mujeres en estos recursos humanos en salud existe, aunque son tomados como niveles más bajo de la jerarquía, ya que, no implica el puente comunicativo con el mundo espiritual, pero tienen el conocimiento de las prácticas y saberes tradicionales de curación del pueblo. Dentro de estas prácticas complementarias en salud se encuentran: la hierbera, práctica que prepara curación con plantas medicinales; evaporadoras, práctica donde se realiza baños de vapor colocando una olla y hojas medicinales debajo de la persona hasta que el vapor cubra el cuerpo de la persona (Veber, 2009); los sobadores o hueseras, práctica encargada de colocar los huesos en su lugar o aliviar los males de luxación acompañado del uso de pomadas

hechas con plantas medicinales (Gualima, 2021); y las parteras o matronas, práctica que asiste en los partos.

En estos recursos humanos propios del pueblo también se hacen presente los agentes comunitarios o promotores de la salud. Son sujetos del pueblo que han sido capacitados desde la medicina occidental como apoyo en algunas situaciones, sin embargo, son agentes afines a la cultura y creencias del pueblo, por tanto, sus intervenciones respetan la cosmovisión del pueblo indígena.

Estos ejercicios en salud que practican hombres y mujeres del pueblo asháninka, son atenciones que se dan de forma gratuita, no se pide alguna remuneración, sin embargo, en el vivir comunal del pueblo indígena, como forma de agradecimiento se ayuda con trabajo comunal o traves de algun obsequio y apoyos.

Las prácticas en salud del pueblo asháninka son parte de una sabiduría integral con la naturaleza, donde se concibe el ser humano como parte de ello y es la misma que les ha garantizado su supervivencia. La naturaleza-amazonía les permite tener un territorio que habitar, les permite mantener viva su cultura, sus saberes, su cosmovisión, y se apoyan de esta para vivir y para curar.

Estos recursos humanos en salud son parte de las estrategias de salud comunitaria del pueblo asháninka, a pesar de ser prácticas negadas e invisibilizadas por el estado-nacional y no tener ningún reconocimiento por parte de la medicina occidental. Son prácticas que forman parte de los procesos de resistencia, donde mujeres y hombres la practican y la transmiten generacionalmente, es decir, forma parte de preservar su cosmovisión en temas de salud y cuidar la vida de su pueblo, tanto de la humanidad como de la naturaleza/ territorio que habitan. Estos

recursos humanos ilustran los ejercicios contrahegemónicos en salud del pueblo asháninka, prácticas llenas de su saber tradicional en salud.

Es posible desarrollar una salud comunitaria de forma óptima, logrado a partir de una adecuada integración de los agentes internos (miembros del pueblo) y los agentes externos (profesionales en salud y sectores gubernamentales), donde estos últimos, tienen la tarea de deconstruir su pensamiento homogeneizador y empatizar con las realidades de los pueblos indígenas, desde sus intereses, necesidades y cosmovisión, dicho en otras palabras, seguir fortaleciendo el diálogo intercultural en salud.

El pueblo indígena asháninka no excluye las estrategias en salud del sistema occidental, sin embargo, busca que se incluya los conocimientos y prácticas culturales del pueblo, es decir, que se logre un diálogo intercultural donde exista una colaboración y no una imposición de elementos ajenos a su cosmovisión. De esta forma, los procesos en salud inducidos por el Estado a los pueblos indígenas tendrían un beneficio y no sería un obstáculo en la vida y cultura de los pueblos indígenas.

A pesar de que la OMS recomienda el empleo de sanadores indígenas y de prácticas culturales en temas de salud, ya que sugiere que la integración de la medicina indígena y científica podría ser eficaz en la salud a través de visiones integrativas (Serrano-García y Bravo, 1998), aún existe un obstáculo. Las instituciones de salud se rigen bajo un modelo biomédico y los servicios de salud que se basan en este tipo de modelo son ineficientes en los pueblos indígenas, pues no se consideran los aspectos culturales.

La salud comunitaria es un paradigma que se construye desde los pueblos indígenas a través de la vida que caminan llena de saberes, necesidades, historia y cosmovisiones que involucra prácticas específicas del territorio, por lo que cada pueblo comprende diferentes

saberes y prácticas en torno a la salud. En particular, cuando hablamos de los pueblos indígenas es de vital importancia abrir nuestra mente y asentar el cómo viven la salud, dado que para los pueblos indígenas “constituye un concepto integrado de la vida humana” (Pimentel y Correal, 2015, p.421), la salud se vive como procesos de bienestar que está estrechamente unido con la cosmovisión de la vida indígena, es decir, implica un bienestar integrativo donde se incluye aspectos físicos, familiares, comunitarios, con la naturaleza/territorio, entre otros; dicho de otra manera, se habla de un bienestar con todo lo que les rodea, con el cosmo, con aquello que forma parte de su contexto de vida, de un nosotros.

Con todo lo anterior, Pimentel y Correal (2015) definen de forma sencilla a la salud comunitaria como acciones para mejorar la salud. Importante agregar que la salud debe ser entendida desde la concepción de los pueblos indígenas y por lo tanto crear acciones a través de los saberes tradicionales, oportunidades, herramientas y fortalezas del pueblo indígena. De manera que, Proyecto AMARES (2006) puntualiza que “se contribuye al afianzamiento del sentido de comunidad, así como de la posibilidad de historizarse y producir nuevas formas de significados sobre sí y sobre su entorno” (p.21).

En conclusión, la salud comunitaria es una composición de los pueblos indígenas donde cada uno cuenta con sus respectivas prácticas, saberes, y conceptos en torno a la salud.

La salud comunitaria en el pueblo asháninka se presenta a través de la cultura, los saberes y las prácticas de vida indígena, pues si algo tiene este pueblo es la sobrevivencia de sus raíces a través de sus procesos de resistencia preservando su cultura indígena asháninka, logrando el bienestar y un buen vivir en equilibrio con la tierra, con los nativos, con su salud, y con todo aquello que les rodea.

Los asháninkas manejan prácticas de salud comunitaria como parte de su historia cultural, pero estas también son aplicadas como forma de resistencia ante el modelo hegemónico debido a las deficiencias en el ámbito de la salud, que se hacen presente con escasos recursos e imposiciones por parte de los proyectos del gobierno y los profesionales de salud al no adecuar las intervenciones desde la cosmovisión del pueblo asháninka.

Por ello los gobiernos e instituciones necesitan otorgar la oportuna y necesaria participación política a los miembros de los pueblos indígenas a todo proyecto y/o política pública para que estén regidas desde la realidad de los pueblos indígenas.

Llegando a este punto, se subraya la urgente necesidad de deconstruirnos y co-construirnos, conocer y respetar otras realidades en torno a la salud y la vida indígena, pues la salud comunitaria es una estructura de, para y en beneficio de los pueblos indígenas como un ejercicio contrahegemónico en salud que se les ha impuesto.

Determinaciones Sociopolíticas y Económicas de la Salud de los Asháninkas

Hablar de los determinantes sociopolíticos y económicos de la salud del pueblo asháninka corresponde remontarnos a la historia del país sobre las estructuras políticas del gobierno peruano y las derivaciones de su régimen hacia los pueblos indígenas, esto con la finalidad de comprender el porqué de posicionarnos desde un ejercicio contrahegemónico cuando se habla de los pueblos indígenas de nuestra América.

Perú es un país que cuenta con sierra, selva y costa, es decir, con una geografía muy variada, posicionándose como un país diverso, por tanto, plurinacional, multilingüe y pluricultural. Sin embargo, a partir de la invasión de América Latina comenzó un proceso de dominación e imposición en las sociedades, como sucesor de las ideas occidentales en cuanto a la estructuración nacional, lo que llevó a la consolidación del modelo estado-nación en el país. A

palabras de Mamani (2019), el estado nacional busca construir una sociedad hegemónica y uniforme orientada a la modernización social por tanto se excluyó las diferentes nacionalidades rechazando principalmente a los pueblos indígenas.

La clase política del gobierno peruano mantiene una estructura desde la visión hegemónica occidental, afectando en la consolidación de una república multicultural, intercultural e integrativa desde las realidades de los pueblos indígenas, es decir, se afirma que para los indígenas del Perú la negación e indiferencia hacia ellos fue el eje central en la formación del estado-nación peruano. Lo que resultó en la inexistencia de derechos de los indígenas, sin embargo, para el siglo XX se consiguió el reconocimiento como sujetos de derechos, pero hasta la fecha se presenta una ineficiencia de estos.

Dicho reconocimiento de los indígenas surgió en la Constitución Política del Perú de 1920, lo cual dio paso a la admisión de sus derechos. El término utilizado de *comunidades indígenas* engloba a los indígenas de la costa y sierra, desconociendo a los pueblos indígenas de la selva -que eran considerados como salvajes- (Alva-Arévalo, 2020). La incorporación de los pueblos indígenas de la selva amazónica a la estructura legal del Estado, fue hasta 1970, con la creación del Registro de Comunidades Indígenas Amazónicas, pero hasta 1974 se reconocen, cuando se proclama la Ley de Comunidades Nativas y Promoción Agropecuaria de la Selva y Ceja de Selva, sin embargo, el objetivo de esta ley se orientó al salvamento de las tierras indígenas amazónicas y no a proteger todos los derechos de los indígenas (Bock y Parra, 2002).

La vigente Constitución Política del Perú de 1993, significó un avance al pluralismo jurídico otorgando autonomía a los pueblos indígenas en sus territorios en materia de justicia, dicho de otro modo “establece que las autoridades de las comunidades campesinas y

nativas¹³ puedan ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su propio ámbito territorial, de conformidad con su propio derecho y siempre que no violen los derechos fundamentales de la persona” (Bock y Parra, 2002, p.21). Lo cual significaría una mejora en el reconocimiento y defensa efectiva de los derechos de los pueblos indígenas.

Cierto es, que los pueblos indígenas del Perú en sus diferentes regiones (costa, sierra y amazonía) son actores políticos desde su reconocimiento y por tanto poseedores de derechos, por ello se presentan manifiestos internacionales que tienen por objetivo enunciar y respetar los derechos de los pueblos indígenas de nuestra América. De los más representativos está el Convenio n.169 de la OIT¹⁴, así como, la Declaración de las Naciones Unidas.¹⁵ Ambos escritos versan sobre los derechos de los pueblos indígenas.

A pesar de ello, en el Perú prevalece un sistema centralizado homogeneizador donde el Estado se posiciona hacia los pueblos indígenas desde la indiferencia, lo que pone en manifiesto las deficiencias de sus constituciones, leyes y política negándoles una participación política y activa a los pueblos indígenas a nivel nacional, regional y local (Oddo y Vega, 2020).

¹³El término comunidades campesinas y nativas se introdujo bajo el acuerdo de dos normas: 1) Ley n.17716-Ley de la Reforma Agraria, la cual reemplazó la denominación de comunidades indígenas por comunidades campesinas. 2) Decreto Ley n.22175-Ley de comunidades nativas de promoción agropecuaria de regiones de la selva y ceja de selva, denominando a los pueblos indígenas de la selva como comunidades nativas. Sin embargo, la terminología fue criticada por la Comisión la OIT declarando que la denominación es irrelevante si el grupo étnico se autoidentifica como indígena (Bock y Parra 2002).

¹⁴El Convenio n.169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue ratificado en Perú en el año de 1993, mediante la resolución legislativa n. 26253. Dicho instrumentos tiene carácter vinculante formando parte del ordenamiento jurídico nacional (Bock y Parra, 2002 p.129)

¹⁵La Declaración de las Naciones Unidas sobre el derecho de los pueblos indígenas fue aprobada en 2007, es un instrumento internacional que sienta bases y define los principios de una política deseable en protección de los derechos (Bock y Parra, 2002 p. 129). Además reconoce la necesidad de respetar y promover los derechos que derivan de sus estructuras políticas, económicas, sociales y de sus culturas, de tradiciones, de sus territorios y recursos, para la dignidad y bienestar de los pueblos indígenas (Naciones Unidas, 2008).

Bajo el ideario estándar del estado de derechos se impone una sociedad de conocimiento, consumo y desarrollo desde la visión occidental/capitalista que concluye en una organización política, social y económica homogénea lejos de la realidad indígena que termina influyendo negativamente para los pueblos indígenas del Perú (Mayor et al., 2009).

El ámbito económico es un factor que afecta principalmente en las regiones indígenas de Perú, ya que se rige un modelo mercantil, extractivista y de explotación del territorio donde el gobierno peruano no considera los derechos de los pueblos indígenas; como destaca Mayor et al. (2009), “la política gubernamental peruana en el último siglo no ha respondido a cabalidad ni a las necesidades ni a las limitaciones y oportunidades reales de la región amazónica” (p.28). El modelo capitalista del estado nacional busca el desarrollo desde una visión ajena a los pueblos indígenas de la Amazonía.

En el pueblo asháninka la actividad económica principal es la agricultura, sin embargo, en la actualidad las ganancias son escasas, por ello, se complementa con otras actividades como la caza, pesca, recolección y venta de artesanía pero las ganancias siguen siendo mínimas, ya que al buscar una homogeneización con la situación económica de los colonos y los proyectos de desarrollo nacionales e internacionales, los asháninkas se encuentran en un proceso de exclusión social y económica notable (Bock y Parra, 2002).

Los pueblos indígenas han hecho frente desde sus mecanismos de resistencia, por su parte Mamani (2019), destaca que los pueblos indígenas mantienen sus prácticas socioculturales, políticas y jurídicas propias dentro de sus territorios; en el caso de los pueblos indígenas amazónicos mantienen organizaciones y autoridades comunales que cumplen funciones internas y externas, estas últimas generan una interlocución con el Estado para tener presencia y participación en las decisiones que implica a su pueblo buscando el beneficio, es así que,

“los pueblos indígenas generan sus propias estructuras de gobierno y justicia haciendo uso de su derecho ancestral, sin dejar de lado la lucha por incorporarse dentro del derecho occidental y la ciudadanía nacional” (p.246).

Los pueblos indígenas han ganado espacio en la implementación de leyes y normativas en beneficio de estos, y eso es, gracias a las organizaciones comunales, como lo hace notar el médico asháninka Niel Sánchez:

Nosotros para hacer el proceso de cambio tenemos que luchar, lo tenemos que encaminar, tenemos que dar el paso para poder conseguir un logro y yo pienso que por eso es que estamos siendo considerados por el Estado, además de las leyes internacionales donde existe una normativa que nos fortalece como pueblos indígenas. Los asháninkas tenemos un estatuto comunal el cual se va actualizando en beneficio del pueblo, estos estatutos o normas son del pueblo, por tanto cada pueblo tendrá su reglamento y en estos también entra el castigo (Fragmento recuperado del médico asháninka Niel Sánchez, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

Se reconoce un ordenamiento jurídico de los asháninkas vinculado a lo comunal, es decir, asocian aspectos de la cultura y cosmovisión propias del pueblo. Dicho de otro modo, “las prácticas tradicionales que organizan y rigen la vida social de los pueblos indígenas asháninkas configura un orden social del cual se desprenden relaciones jurídicas diversas que reflejan un sistema de vida propio que ha sido eficaz dando solución a los diversos problemas del pueblo” (Bock y Parra, 2002 p.12).

De tal forma, los pueblos indígenas de la Amazonía crean organizaciones representativas y de carácter étnico para su beneficio, mediante estas los pueblos indígenas buscan el reconocimiento de sus derechos, no desde el papel si no desde la acción, por tanto la

organización comunal de los pueblos indígenas busca que se proteja su existencia, a pesar, de las políticas sociopolíticas y culturales que se les han impuesto.

Lo dicho hasta aquí supone una adversidad en el tema de salud de los pueblos indígenas asháninka. A palabras de la lideresa asháninka Abelina Ampinti: “Nuestro gobierno peruano desde décadas pasadas ha visto el tema de salud como no prioritario y más en los pueblos indígenas que somos un sector que ha sido invisibilizado” (Fragmento recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

El abandono de las autoridades crea un deterioro en las condiciones de salud. En el pueblo asháninka este abandono es visible en las necesidades básicas de vida; los asháninkas tienen carencias ejemplificadas en: falta de agua clorada o tratada, desagüe, flúir eléctrico, servicios móviles y de internet. Estas necesidades son determinantes en la salud, y por ende la calidad de vida es limitante, “acá el que tiene que intervenir son los gobiernos locales para fortalecer las comunidades con las necesidades básicas y una vez cubiertas intervenir en proyectos sociales [.....], pero no hay un lineamiento político que esté netamente para mejorar las condiciones de vida de la comunidad” (Fragmento recuperado del médico asháninka Niel Sánchez, en las entrevistas llevadas a cabo en 2021 como parte del presente proyecto).

A pesar de las políticas públicas en salud que se han insertado en los pueblos indígenas con perspectiva intercultural, estas se rigen bajo un modelo nacional que establece las bases y criterios a nivel de la capital, no se recoge información desde las necesidades, costumbres y comportamiento de los pueblos indígenas, dando como resultado protocolos que no están adecuados a la realidad de los pueblos. Sumado a esto, los establecimientos de salud colocados por el gobierno en los pueblos indígenas, no cumplen los protocolos que el Ministerio de Salud

refiere. El pueblo asháninka tiene establecimientos donde no hay ningún médico, tampoco se cuenta con equipos, generando dificultades en la atención-tratamiento, y los pocos equipamientos que llevan a la zona terminan malogrando el servicio al no contar con los insumos necesarios, como la energía eléctrica. Como resultado, se encuentran establecimientos que no cuentan con los recursos humanos y materiales adecuados, lo que lleva a un sistema de salud incompetente para las realidades y cosmovisiones indígenas. (Información recuperada de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020 como parte del presente proyecto).

A pesar de que en Perú se han realizado estudios económicos del sector salud [...], en la región amazónica no se han realizado ningún análisis económico del sector salud que ayude a entender la eficiencia del sistema de salud y permita servir como fundamento a la hora de solucionar la problemática real de la salud en la región (Mayor et al., 2009, pp.143-144).

Se concluye que en los pueblos indígenas de la Amazonía hay una deficiencia en los servicios básicos que repercuten en la calidad de vida. Con lo anterior podemos notar una pobreza¹⁶ en la cobertura de salud por parte del gobierno peruano hacia los pueblos indígenas asháninkas.

¹⁶Stezano Federico (2021), señala 4 visiones en torno a la pobreza: 1) pobreza como necesidad, que se relaciona a bienes y servicios requeridos para vivir y desempeñarse como miembros de la sociedad; 2) pobreza como estándar de vida, nos habla de ciertas privaciones y como factor comparativo, esto decir, vivir con menos que otras personas; 3) pobreza como insuficiencia de recursos, se percibe como una carencia de recursos que recibe un hogar y a su vez manifiesta la capacidad de bienes y servicios con que se cuenta y 4) pobreza como violación del ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales.(Como se cita en Stezano, 2021). Por otra parte agregamos que “las comunidades indígenas conciben pobreza como la pérdida de recursos naturales que imposibilite poder continuar con las actividades humanas tradicionales (Mayor, et al., 2009, p.35)

Recordemos que los asháninkas cuentan con métodos alternativos en salud como es el uso de la medicina tradicional, sin embargo, la responsabilidad del Estado en el tema de salud no se limita a prestar servicios de salud, sino que parte de la obligación es crear espacios y brindar medios óptimos de vida lo cual influirá directamente en la salud de los originarios.

Una de las políticas de salud que incorpora el Estado a través del Ministerio de Salud, es colocar postas médicas o puestos de salud en los pueblos indígenas con la finalidad de brindar un espacio de atención, sin embargo, en el pueblo asháninka, los originarios optan por atenderse desde la medicina tradicional, esto como parte de su cultura y creencias, pero también influye que los protocolos de atención en las postas médicas son realizados por profesionales de la salud con formación en la medicina occidental, es decir, irrumpen en las creencias y cultura del pueblo; por lo mismo los líderes reclaman al gobierno y proponen mejores formas de atención acorde a la cosmovisión del pueblo. A pesar de que en Perú a través del Ministerio de Cultura y la Dirección del Viceministerio de Salud Intercultural implementa en los pueblos indígenas la salud intercultural creando parámetros y normas para ejecutar las intervenciones-tratamientos en los establecimientos de salud, se siguen presentando deficiencias. Como lo hace notar el médico asháninka, Niel:

No se está trabajando como debe ser y ahí se le debe dar al Ministerio un empujón para seguir fortaleciendo la salud de los pueblos indígenas. Y ahí estamos nosotros, llevando todas esas ideas interculturales haciéndolos saber que es un derecho de los pueblos para que haya una mejor atención, un mejor trato (Fragmento recuperado del médico asháninka Niel Sánchez, de las entrevistas llevadas a cabo en 2021 como parte del presente proyecto).

Los resultados de las políticas públicas en salud no son los ideales ni óptimos, ya que, se presentan obstáculos que limitan la salud en los pueblos indígenas, principalmente las barreras culturales, pero también la geográfica y económica. Por ello, cada pueblo indígena realiza su plan de trabajo en torno a la salud a través de sus representantes que velan por la salud de su pueblo: “las comunidades se reúnen una vez al año para planificar actividades en las faenas comunales. De ahí salen las comisiones, por ejemplo cada pueblo tiene una comisión de muerte materna, ahora tienen una del Covid y entonces cada una de estas organizaciones están preparadas para poder dar respuesta a una necesidad, y ese es encabezado o lo lidera el presidente de salud de una comunidad, básicamente es una autoridad, es respetado y con él se tiene que coordinar todas las acciones” (Información recuperado de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020)

Para que la cobertura en salud sea beneficiosa y completa donde se reconozca el estilo de vida, cultura, cosmovisión y organización indígena es necesaria la inclusión participativa de los pueblos en la planificación de los proyectos sociales y políticas públicas. A pesar del descuido y la invisibilización por parte del gobierno peruano hacia los pueblos indígenas de la Amazonía, donde en cada cambio de poder hay compromisos sin cumplir; “el pueblo indígena ha despertado muchísimo, pasamos de ser contemplativos a la acción y de esa manera, aquellos vacíos que parecen enormes se vuelven cada vez pequeños”. Hace falta el accionar de los gobiernos porque los pueblos indígenas son sujetos de derechos, los cuales deben optimizar su bienestar y respetar su vida indígena, prácticas culturales y cosmovisión. (Información recuperada de la lideresa asháninka Abelina Ampinti, en las entrevistas llevadas a cabo en 2020)

Llegando a este punto nos preguntamos: ¿se reconoce el derecho a la salud en el pueblo indígena asháninka? Tomando en consideración lo planteado hasta ahora, la respuesta inmediata

podría pensarse positiva, esto debido a que se reconoce a los indígenas de la Amazonía como sujetos de derechos -aunque estos pueblos ya existían incluso antes del estado nacional-, sin embargo, el reconocimiento fue solo en el papel y no desde la acción, por lo cual en lugar de traer beneficio al pueblo indígena trajo luchas por su sobrevivencia, por sus territorios, por su cultura y saberes, es así que reflexionando a la pregunta, la verdadera respuesta es un no.

El estado tiene la función de garantizar y respetar los derechos de todos los ciudadanos, precisando en el tema de salud, Sánchez-Moreno (2014) refiere que el objetivo de los sistemas de salud es mejorar la salud de toda la población, responder a sus expectativas, prestar los servicios adecuados, y generar los recursos humanos y físicos para alcanzar un nivel aceptable en salud; sumado que en el Perú en la vigente Constitución Política (1993) reconoce una jurisdicción plurinacional que atiende -o debería atender- las diferentes realidades sociales, del mismo modo que las políticas públicas del país no pueden ser ajenas a la variedad de cosmovisiones, se esperaría que el derecho a la salud sea óptimo para los pueblos indígenas, sin embargo caemos en la realidad de un sistema inadecuado y por tanto inservible ya que no está valorado en las realidades de estos pueblos.

Cuando el Estado reconozca debidamente a los pueblos indígenas, y no para estandarizarlos al proceso nacional, sino. con el fin de respetar la vida indígena y lo que conlleva, habrá una armonía en las políticas públicas que beneficiaran a los pueblos, pero hasta que suceda los pueblos indígenas seguirán sus procesos de resistencia para sobrevivir ante la serie de imposiciones, dominaciones e invisibilización de las que han hecho frente desde la invasión.

Es necesario una descolonización del paradigma occidental hegemónico y deconstruir nuestros parámetros y conceptualizaciones desde la realidad que se nos ha impuesto, para hacer

posible que la diversidad de realidades puedan expresarse sin prejuicios, dominación e invisibilización por “salir de la norma”, pero no es salir de la norma, es hacer frente a ideas, pensamientos y acciones que van en contra de lo que son. Es así que corresponde posicionarnos desde un ejercicio contrahegemónico como lo hacen los pueblos indígenas de nuestra América y reconocer su potencial epistémico, político, social y económico dentro de las sociedades capitalistas.

METODOLOGÍA

Como psicólogas (os) nos corresponde reflexionar sobre las metodologías hegemónicas que han sido enseñadas y/o impuestas durante la formación profesional y más desde una Psicología Social Comunitaria en América Latina y el Caribe, donde hay comunidades con características etnoculturales diferenciadas y con actores sociales que han sido invisibilizados y olvidados en la construcción de una sociedad hegemónica.

Los pueblos indígenas de nuestra América son un ejemplo de aquellos actores sociales que han sido negados, por ello, existe una necesidad y obligación de asumir un compromiso social como psicólogas(os) para incorporar métodos de estudio que se ajusten a la realidad de estos actores sociales, partiendo de sus necesidades, problemáticas e intereses, y con metodologías que permitan la acción y participación activa. Desarrollar metodologías sin adaptarla a la realidad de los pueblos indígenas caería en una colonización hacia estos.

En vista de lo planteado anteriormente, y al tratarse de una investigación-intervención realizada durante el confinamiento por Covid-19, es decir, llevada a cabo a distancia de manera remota, se propuso trabajar con el discurso-testimonio al ser una metodología participativa que da voz a los sujetos sociales, permitiendo que sean ellos los que decidan sobre la dirección y uso que darán a su narración, donde, el sujeto se involucra activamente en la investigación. Partimos de la siguiente definición:

el discurso-testimonio es un mensaje verbal en primera persona, preferentemente escrito para su divulgación editorial aunque su origen primario y escrito sea oral, cuya intención explícita es la de brindar una prueba, justificación o comprobación de la certeza o verdad de un hecho social previo a un interlocutor, interpretación garantizada por el emisor del

discurso al declararse actor o testigo (mediato o inmediato) de los acontecimientos que narra (Prada 1989, p. 443).

El discurso-testimonio propuesto por Prada Oropeza (2001), es un método que incluye a los pueblos indígenas de nuestra América, al rescatar e incorporar sus voces y realidades de estos actores para testimoniar una verdad sobre hechos pasados-presentes que han sido negados e invisibilizados en un sistema social que pretende una hegemonía estructural. Corresponde dar voz a actores sociales que tienen una historia, una lucha y una realidad que contar. Por su parte, Herazo (2015a) afirma que el discurso-testimonio se configura como una metodología que rompe con los esquemas hegemónicos y aproxima la investigación-intervención a las realidades de los pueblos indígenas y originarios de nuestra América.

Prada Oropeza (2001) plantea rasgos característicos en la conformación del discurso-testimonio, los cuales serán mencionados a continuación:

Como primer elemento, dentro del discurso-testimonio encontramos a tres autores:

1. Sujeto-Testimonial: El actor social que emite su testimonio construye su propia narración y realidad, a través de formar parte y vivir los hechos. “El discurso-testimonio se presenta como una organización discursiva que se refiere a algo y es asumida por alguien, precisamente su emisor [...]. Este texto se presenta como un discurso fuertemente persuasivo, como un gran alegato en favor de una verdad atestiguada, precisamente por su emisor” (Prada, 1990, p.257).
2. Transcriptor: El transcriptor es el puente entre la voz testimonial y el texto final, pero también, es el puente entre el testimoniante y el receptor, es decir, los sujetos que leerán el discurso-testimonio.

Su función es ser un portavoz del mensaje que quiere transmitir el sujeto-testimonial. Corresponde ir más allá de generar la transcripción del formato oral al escrito, tiene la función de ordenar, seleccionar y acomodar el material recabado para madurar un discurso-testimonio con sentido, y siempre conservando la esencia e información del testimoniante. Existe un compromiso por conservar intacta la voz del sujeto-testimonial y el mensaje que quiere dar.

3. Receptor: Corresponde a los lectores del discurso-testimonio, los cuales a partir del texto conocerán, reflexionarán, y tomarán postura sobre una realidad que no ha sido contada.

Como segundo punto, existen ciertas características/elementos para la estructura del discurso-testimonio:

- a. Narrado desde una lucha social: El discurso-testimonio pretende dar a conocer la existencia de una lucha social actual, de la cual, el testimoniante es parte y tiene un compromiso. El discurso-testimonio tiene “una necesidad de narrar lo acontecido para desmentir al otro, el cual ejerce el poder de apagar las palabras de quienes se encuentran en una situación de subordinación [...]” (Velasco, 2009, pp.130-131).
- b. Narración escrita en primera persona: El testimoniante es el sujeto principal del discurso-testimonio, este se asume como actor vivencial de los hechos, por ello, la narración se realiza en primera persona.
- c. Se habla desde un “yo” social: El sujeto-testimonial corresponde a una persona, sin embargo, hay una conciencia de su constitución social, es decir, como parte integrante de un todo, por tanto, su enunciación se hace desde un “yo” nosótrico.

El posicionamiento desde un nosotros que se expresa en la construcción de la narración identifica a un todo comunal. El yo que enmarca el discurso se construye con relación a

otros: su comunidad, su lucha, sus sentires, su vida cotidiana, sus saberes, “va de acuerdo con un todo que le da identidad, el yo del discurso nunca pierde conciencia de su constitución social” (Herazo, 2015a, p.135).

La presencia del yo en el testimonio recupera un nosotros con el cual hay una identificación. En los pueblos indígenas el “yo” social está presente, no solo en la narración sino como parte de su organización, cosmovisión y vida. La persona no se articula desde lo individual, sino a partir de lo comunal.

- d. Asunción de valor de verdad de los hechos: El discurso-testimonio presenta un hecho narrado desde la realidad del testimoniante; desde su memoria, sentimientos y vivencia, es así que tiene veracidad, pues el testimonio lo hace el sujeto que conoce y participa en los hechos. Sin embargo, el “yo-nosotros” permite poner a toda la comunalidad como parte de los hechos y la lucha.
- e. Ausencia de recursos refinados: El material se presenta tal cual fue narrado. Dentro del discurso-testimonio no hay una intención estética, se prioriza la verdad en la declaración, por ello, se busca mantener intacta las expresiones y lenguaje propio del sujeto-testimonial, y así confirmar la veracidad de lo narrado.
- f. Intencionalidad del discurso-testimonio:
 - Divulgación: El discurso-testimonio busca llegar a varios sujetos para difundir una realidad social, que se vive y es invisibilizada. Por ello, se busca una divulgación como prueba de un testimonio verídico que expone una nueva realidad.

- Visibilizar: Funcionalidad de dar un valor comunicativo al exterior y mantener vivas sus voces, a través, de la historia de aquellos actores sociales invisibilizados por una sociedad hegemónica.
- Concientización: El discurso-testimonio busca influir en los lectores para generar reflexión, crítica y conciencia de las narrativas que cuentan una verdad y realidad negada. De tal forma, se puede tomar una postura política-social de los hechos.
- Praxis: Se busca generar acciones encaminadas hacia una transformación. Al conocer una realidad que ha sido invisibilizada, se pretende dignificar la experiencia de los movimientos o luchas sociales para originar una acción política-social.

La investigación tiene como objetivo: Conocer cómo el sentido del nosotros de los asháninkas funge como catalizador de la resistencia ante modelos hegemónicos en salud; para llegar al objetivo es necesario realizar las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se expresa el sentido del nosotros en los asháninkas?
2. ¿Cuáles son las prácticas de salud comunitaria en los asháninkas?
3. ¿Cómo las prácticas de salud comunitaria funcionan como procesos de resistencia comunitaria ante modelos hegemónicos en salud?
4. ¿Cómo el sentido de nosotros moviliza procesos de resistencia comunitaria en el pueblo asháninka?

Se realiza un análisis cualitativo-exploratorio que busca informar con objetividad y desde la realidad del pueblo indígena asháninka, para ello, se optó por el discurso-testimonio, metodología participativa que tiene la finalidad de aproximarse a las experiencias, opiniones,

conocimientos y estilo de vida del pueblo. Además, permite que el actor social sea protagonista del proceso de investigación-intervención.

El discurso-testimonio se caracteriza por dar voz a los actores sociales, visibilizar una lucha sobre un acontecimiento vivido por los mismos actores y rescatar elementos de los sujetos sociales; lo que permite recuperar el sentido del nosotros, los procesos de resistencia comunitaria y los ejercicios en salud frente a modelos hegemónicos, como las categorías de análisis.

Estructura de la investigación:

Las etapas llevadas a cabo en la investigación fueron las siguientes:

1. Revisión bibliográfica y construcción del marco conceptual:

Se llevó a cabo una exploración-indagación para sustentar las categorías de análisis: sentido del nosotros, resistencia comunitaria y salud comunitaria. Se retomó bibliografía global, dando énfasis en aquellas desarrolladas en pueblos originarios e indígenas de nuestra América, información recuperada en los capítulos anteriores.

2. Inserción al campo:

El primer contacto con los actores sociales fue en julio del 2020, el contacto fue remoto, y así continuó durante toda la investigación-intervención, debido al proceso desarrollado durante la pandemia global por Covid-19, que generó un confinamiento por cuestiones de salud.

El contacto con los actores sociales fue a través de encuentros por las plataformas digitales de Zoom y Meet, apoyado de otros medios de contacto: correo electrónico, mensajes, llamadas, notas de voz, entre otros. Este hecho permitió generar el proyecto sin estar en el mismo espacio físico, pero sí con el mismo compromiso.

En un primer momento, se buscó la comunicación con actores sociales del pueblo asháninka para conocer sobre sus luchas, necesidades, vida diaria, entre otros aspectos; lo que

nos permitió hacer una recolección de información. Posteriormente, se buscó sensibilizar y despertar el interés de la y el actor social participantes para dar a conocer su lucha y sus procesos de resistencia por la salud.

3. Diseño y elaboración del método (discurso-testimonio):

Una vez definida la lucha del pueblo asháninka se diseñó el proyecto de investigación, desde el compromiso ético como psicólogos con el pueblo indígena, y desde una intervención crítica-participativa con los actores sociales.

La construcción del discurso-testimonio consta de varios puntos:

- Diseño de entrevistas: La entrevista se estructura desde interrogantes que abarcan la lucha social y las categorías de análisis de la investigación: sentido del nosotros, procesos de resistencia y salud comunitaria. De igual forma, se abordan los acontecimientos importantes de la vida del actor social, vista desde el colectivo, es decir, como protagonista, testigo y participante de los hechos que lo hace parte de un todo.
- Estructura de las sesiones: Se calendarizan las sesiones de encuentros para llevar a cabo la entrevista antes planificada. Los encuentros se ajustan a los tiempos de los testimoniante/actores sociales y no tienen temporalidad.
- Fase inicial del discurso-testimonio: Se da pie a la realización de las entrevistas, y se realiza la transcripción escrita del material oral compartido.
- Fase intermedia del discurso-testimonio: Se inicia la elaboración del discurso-testimonio, para la cual, es importante considerar los siguientes puntos: 1) la extensión del discurso debe ser corta (7 a 15 cuartillas aproximadamente) para no perder el interés y foco en los lectores; 2) tener presente el mensaje que el actor social quiere transmitir; 3) crear un texto claro, ordenado y coherente.

Dentro de la elaboración del discurso es importante conocer y registrar toda la información compartida durante los encuentros de entrevistas, esto nos permitirá ordenar los acontecimientos, y tener presente la similitud y repetición de los hechos narrados por los actores sociales, para crear una afinidad en los discursos.

El discurso-testimonio corresponde a un texto que se va elaborando de la unión de varias partes de toda la entrevista, se hace de tal manera para generar un orden y sentido en el texto. Ante ello, el transcriptor o investigador deberá prescindir de información, pero siempre respetando el mensaje y esencia (modismo, lenguaje) del sujeto-testimonial.

El discurso-testimonio, al igual que otros textos, está conformado por un título, inicio, desenlace o contenido y final. El título debe ser corto, referente al texto y la lucha social.

El inicio del discurso, corresponde conocer al actor social y su participación en el pueblo, lo que permite a su vez, conocer la historia, cultura y vida comunitaria; posteriormente el texto se engulle en la lucha social, es decir, responde a las interrogantes: ¿cuál es la lucha?, ¿desde cuándo?, ¿cuál es su rol del actor en la misma?, ¿cómo viven comunitariamente la lucha?; lo que supone adentrarse al contenido del mensaje que se pretende transmitir. Por último, el final del texto se cierra con un fragmento que logre un efecto de concientización-reflexión al lector, de esta forma se busca crear un impacto final.

- Fase final del discurso-testimonio: La fase final corresponde al discurso-testimonio terminado, para ello, es necesario tener contacto directo con el actor social durante todo el proceso. El discurso-testimonio es del actor social, no del investigador, es un testimonio que da voz a su verdad, por ello, aunque el transcriptor sea el responsable de crear el texto, una vez listo se socializa al actor social para que se esté pueda realizar

modificaciones o agregar datos que considere pertinentes, o en su caso, omitir o guardar elementos en el mismo. Una vez que el sujeto social esté conforme con el texto, en cuanto a su veracidad y lo que busca transmitir, el discurso-testimonio queda listo para su visualización y/o divulgación.

4. Resultados:

Se realizaron dos discursos-testimonios. Para la selección de los actores sociales se consideraron ciertas características: a) sujetos originarios del pueblo indígena asháninka con un conocimiento de su devenir socio-histórico del pueblo; b) que sean parte, y hayan vivido y vivan los hechos que narran, pues a partir de ahí se crea su realidad; c) que tengan una participación activa en la lucha, es decir, que se reconozcan como actores, líderes o luchadores sociales.

En este sentido, se recupera la voz de una mujer y un hombre por cuestiones de equidad de género, para recuperar la diversidad de sentimientos, pensamientos y experiencias. Los actores sociales son: Abelina Ampinti, lideresa asháninka y Niel Sánchez, primer médico asháninka. Los dos sujetos son asháninkas, sin embargo, ambos salieron del pueblo indígena para realizar sus estudios profesionales, y una vez finalizados, retornan al pueblo asháninka en donde sostienen proyectos en salud para el beneficio del pueblo desde su cosmovisión cultural.

Para la elaboración de los discursos-testimonios se siguieron los pasos presentados anteriormente:

Como primer paso, se elaboró una entrevista semiestructurada (*véase en anexo 1 y 2*), con la finalidad de lograr una mayor socialización con los actores, sin estructurar la recepción de información y permitir la flexibilidad del diálogo. Se buscó un encuentro amigable para desarrollar la entrevista con un enfoque coloquial, que se sintiera una charla.

La entrevista fue encaminada a obtener información de los criterios de análisis, es decir, se generaron preguntas claves que fueran reflexivas y profundas, las cuales fueron atravesadas por la lucha en salud del pueblo y orientadas a los elementos constitutivos del sentido del nosotros y sus procesos de resistencia.

La estructura de las sesiones se llevó de la siguiente forma (*véase en anexo 3*): Sesión de primer encuentro, que fue parte del contacto inicial con la y el actor social. Posteriormente, se realizaron cuatro encuentros para la recuperación de información donde se aplicó la entrevista semiestructurada, dividida en: historia de vida, vivir el nosotros, sentir el nosotros y conciencia del nosotros. Se dividió de esa forma para tener mayor control sobre la información recuperada. En la sección de historia de vida, se buscaba conocer al actor social, su vida dentro del pueblo y su realidad; los puntos siguientes corresponden a los elementos constitutivos del sentido del nosotros.

El proceso inició con la lideresa asháninka, los encuentros fueron llevados por la plataforma digital Zoom. Se realizó un encuentro por semana de forma consecutiva, dando inicio al proceso el día 29 de julio de 2020 y finalizó el 28 de agosto del mismo año. En cinco semanas se obtuvo la información de las entrevistas, cada encuentro tuvo una duración aproximada de 2 a 3 horas, que fueron grabadas con autorización para no perder ningún detalle.

Posteriormente, se llevaron a cabo los encuentros con el médico asháninka, en este caso, las sesiones fueron por la plataforma digital Google-Meet. Los primeros 4 encuentros se realizaron 1 vez por semana y el último encuentro fue un mes después; en tal caso, el proceso inició el 18 de noviembre de 2020 dando término el 08 de enero de 2021. De igual forma, se tomaron cinco sesiones para recabar la información, y la duración tuvo el mismo patrón aproximado de 2 a 3 horas con grabación autorizada por sesión.

La transcripción de las entrevistas se realizó al término de cada encuentro, con la finalidad de guardar la información, de manera clara, y poder tener espacio en el siguiente encuentro sobre dudas, aclaraciones o temas pendientes.

El primer borrador de los discursos-testimonios fueron entregados a los actores sociales en un intervalo de dos a tres meses posteriores al último encuentro. Se socializa el texto con el fin de que la y el actor social pudieran realizar las modificaciones correspondientes, es decir, agregar, omitir o cambiar elementos del texto, así como, sugerencias en la estructura del mismo.

Durante el proceso de elaboración del discurso-testimonio, se mantuvo contacto con los actores sociales a través de mensajes, llamadas y videollamadas, hasta tener el producto final. Una vez listo, se le agregó un título propuesto por el y la actora social.

Como último punto corresponde a socializar los discursos-testimonios, los cuales serán presentados en este proyecto de tesis.

5. Conclusiones:

Una vez presentado los discursos-testimonios, se realizará el análisis de las narrativas que responderán a las preguntas de investigación, posteriormente, se realizarán las conclusiones finales.

RESULTADOS

En este apartado se exponen los dos discursos-testimonios elaborados con los actores sociales del pueblo indígena asháninka.

En un primer momento, se presentará el discurso correspondiente a la lideresa asháninka Abelina Ampinti, titulado: *La lucha del pueblo asháninka por la salud intercultural-PERÚ*. Seguido, se leerá el discurso del primer médico asháninka Niel Sánchez, *Salud intercultural: Nuestra cosmovisión asháninka*.

Posterior a los discursos-testimonios se desarrollará el análisis de los mismos.

DISCURSO-TESTIMONIO:

La lucha del pueblo asháninka por la salud intercultural- PERÚ

Kisakotirori nampitsi irashi asháninka ashi tekatsitantsi intercultural-PERÚ

Ampinti Abelina, Montiel Daniela.

*“Me complace presentarles mi experiencia,
mi cosmovisión indígena y cultura asháninka,
la riqueza cultural de la que me siento y formó parte”.*
Lideresa asháninka, Abelina Ampinti.

Nací en el año de 1980 el 25 de octubre en la comunidad nativa San Antonio Cheni en el distrito del Río Tambo, netamente indígena perteneciente al pueblo asháninka. Con una población de más de 17,000 habitantes y una extensión territorial de más de 10,000 kilómetros cuadrados, es el segundo distrito más grande a nivel de Perú dentro de la provincia de Satipo y de la región Junín.

Mi madre y mi padre son indígenas de este mismo pueblo asháninka, fruto de este amor nací, en total llegamos a ser siete hermanos, de los cuales cinco somos totalmente indígenas, y dos de ellos, los mayores, son productos de una mezcla mestiza como resultado del posicionamiento de la esclavitud de mi madre por parte de una persona foránea.

A Cheni se le agregó San Antonio a partir del año 1945, por los religiosos misioneros que llegaron al pueblo con el objetivo de evangelizar a los indígenas, de esa manera nos hemos visto invadidos de forma cultural y espiritualmente. La evangelización se dio a través de una concientización a los asháninkas porque no creíamos en un Dios como lo presentaron los misioneros, los asháninkas creemos en un ser supremo, en la madre naturaleza a la que tenemos que pedir permiso; somos muy espiritualistas, creemos que el árbol tiene energía, espíritu, que el

cerro y que las aguas también tienen una madre y que en cada cosa se tiene una propiedad, ese es nuestro mundo, nuestra costumbre, nuestra cosmovisión, nuestra forma de vida.

En esos tiempos yo crecí en esta comunidad, educada a través de religiosos franciscanos y de la congregación mercedaria. Años más tarde, más o menos en el año de 1988 surge un acontecimiento que ha abierto heridas al pueblo asháninka por la presencia de grupos armados conocidos como Partido Comunista del Perú-Sendero Luminoso. Estos grupos armados vinieron a la comunidad utilizando al pueblo indígena para sus luchas e insertarnos a sus filas con el objetivo de que se acabara la pobreza y mediante la estrategia de obtener el absoluto poder político de la región.

En esos años el pueblo asháninka recibía escasa educación y fuimos presa fácil para este grupo sedicioso que con engaños fuimos llevados a las filas y como resultado hubo secuestro de personas, masacres y desapariciones forzadas. Fue algo terrible expresado en pérdidas humanas, pero a pesar de esta situación el pueblo asháninka resistió a la maldad y actualmente existimos dentro de nuestros territorios con nuestras familias.

Es así que, en el año 1990, donde seguíamos en zona de emergencia en un lugar tomado y dominado por sendero luminoso, dos de mis hermanos fueron víctimas del terrorismo, por tanto, mi familia y yo fuimos desplazados de nuestro pueblo; este evento oscureció las esperanzas de permanecer con vida. Debido a ello, mi madre, decide enviarme con mi hermana menor a un internado de religiosas para salvaguardar nuestras vidas porque si nos quedábamos en la comunidad corríamos la misma suerte que mis hermanos.

Para mí fue un cambio tan radical crecer en el internado porque cuando llegué a la ciudad encontré muchas cosas que en mi comunidad nunca había visto. Estudié y aprendí el catecismo y un poco de todo, pero también me impusieron muchas cosas en contra de mi cultura y me decían:

“Abelina tú ya no regreses a tu comunidad allí es un atraso, tú te has formado para ser otra cosa, tú ya no eres nativa” y algunos calificativos que no voy a mencionar pero que me han herido muchísimo; yo me sentía mal ante esto y me preguntaba: ¿cómo no voy a ser nativa si yo lo siento en mi sangre? Prácticamente me hicieron creer en mí que ya no soy parte de mi cultura, entonces yo fui creciendo y analizando las cosas preguntándome a mí misma, ¿por qué Abelina no puede regresar a su comunidad y ayudarles?, así fue que salí del convento.

Cuando culminé la secundaria ya no había más tregua que retirarme del internado, pues era una lucha entre mi yo, posterior a mi retiro, me sentí tan libre como el ave que se encuentra fuera de su jaula, pero sentía que, aunque podía volar tenía las alas cortas. Tuve ilusiones de estudiar en la universidad y verme graduada pero no recibí ningún apoyo económico más que una promesa no cumplida, en ese tiempo se veía a la mujer con escasas capacidades de lograr sus objetivos, solo era tomada en cuenta para las labores domésticas y atención al esposo e hijos.

Pero mis decisiones valían muchísimo y decidí estudiar enfermería mientras trabajaba como niñera, finalmente conseguí un trabajo en la Municipalidad de Río Tambo, allí promovía el turismo y la artesanía nativa y, a la vez, estudiaba en un instituto tecnológico. Aunque no fue fácil, había días que no tenía que comer, no tenía dinero, tuve que enfrentarme día a día con las necesidades para poder conseguir mis alimentos, así fue, que con mi hermana empezamos a ir a las parcelas de algunas personas a recoger naranjas, también nos íbamos al río a buscar las carachamas con las palmas de nuestras manos.

Cuando acabé la carrera, tuve muchas oportunidades por ser indígena asháninka, me ofrecían trabajos en mi propia comunidad, sin embargo, he atravesado momentos difíciles, he visto muchos atropellos por parte de la gente económicamente acomodada que cree que tiene el poder y atropella los derechos de los pueblos indígenas amazónicos y como mujer indígena nos

sentimos vulnerables ya que creen que las indígenas estamos solo para el servicio sexual y somos inútiles, entonces yo me dije “no voy a permitir que siga dándose esto” yo quiero ser la mujer que está al frente de esto con mi voz de protesta y demostrar que una mujer indígena puede lograr muchas cosas.

En el año 2004 empecé a trabajar con las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), desde allí vengo ejerciendo mi liderazgo en las comunidades y el trabajo con las organizaciones indígenas. Mi línea de acción ha sido el tema en defensa de las mujeres contra el maltrato y la violencia, pero principalmente ha sido el tema de salud con mi pueblo en el uso de la medicina tradicional. La salud en los asháninkas se fundamenta en la medicina tradicional, siempre hemos acudido a ella en busca de la sobrevivencia y cura de cualquier enfermedad que se presente. Tenemos varias formas de atención médica tradicional, una de ellas es el uso del vaporeo a través de piedras calientes y hojas de campo identificadas por los sabios para realizar la purificación del alma y del cuerpo. Otra forma son los hueseros o las hueseras, donde el sabio realiza una especie de masaje hasta encontrar alguna anomalía o deformidad en las articulaciones y huesos de la persona lesionada, este masaje se da con ayuda de plantas medicinales. Otra práctica de la medicina es la del espiritualismo, donde el sheripari que es la persona que se ha preparado por mucho tiempo y ha sido adiestrado por un sabio se conecta con el mundo de otra dimensión, el sheripari hace el contacto y recibe el mensaje de la madre naturaleza y así puede saber si la persona que está enferma ha sido a consecuencia de un daño, una brujería, una maldad o puede ser una enfermedad causada por el mismo organismo. En nuestra medicina, el uso de las plantas es fundamental ya sea a través de la resina, en mate, el uso de raíces u otras formas.

En el pueblo asháninka tenemos una gran fortaleza a la mano sobre la naturaleza, porque tenemos muchas plantas y recibimos las energías de los animales y eso es lo que nos hace

diferentes. Nosotros no nos hacemos problemas, encontramos las soluciones en nuestro medio pues somos muy espiritualistas, es así que el pueblo asháninka ha existido por años, gracias al avireri, la madre naturaleza.

Por ello, el asháninka cuando se enferma acude primero a la medicina ancestral porque se tiene mucha fe en ella; esto ha ayudado muchísimo y tiene ventajas como en la pandemia que vivimos, por ejemplo, a nivel de Rio Tambo tuvimos como 300 casos de Covid-19 pero ningún fallecido en el pueblo asháninka, ¡ninguno! Hemos salido adelante justamente a través del uso de la medicina tradicional, pero también tiene mucho que ver la inmunidad que tenemos como pueblo, pues desde pequeños estamos descalzos, estamos en contacto con la tierra y recibimos las energías de la naturaleza.

De igual forma, en la comunidad nativa de Poyeni con más de 2500 habitantes se presentaron como 34 casos de pacientes con Covid-19, curiosamente un joven técnico en enfermería que tiene bastante conocimiento en el tema de la medicina tradicional, en respuesta a esta situación de la emergencia sanitaria ha ideado una olla adaptando a esta una manguera y dentro de ese utensilio coloca todo tipo de hierbas, como la hoja de matico, el eucalipto, jengibre y otras hierbas que ayudan a permeabilizar las vías respiratorias y limpiar los pulmones. Cuando llegó a la comunidad con los 34 casos empezó a hacer la práctica de vaporeo y en menos de 15 días, los pacientes han presentado mejoras en su salud, hasta en las redes sociales como facebook han logrado publicar las propiedades de las plantas y el procedimiento; a partir de esta práctica existen instituciones que están interesadas y lo están tomando como punto de referencia para replicar en otros lugares y mejorar la tecnología de este utensilio. De esta forma, hemos avanzado en gran parte con el uso de la medicina tradicional en esta situación de pandemia del Covid-19.

Pero también hay otras costumbres del pueblo asháninka que no permiten el buen desarrollo de la salud en la persona. Por ejemplo; una gestante que tiene tres o cuatro meses de gestación no puede comer los animales que son cazados a rifle, tampoco puede comer ciertas frutas o ciertos alimentos, porque hay una idea que puede haber complicaciones posteriores durante el parto, como al comer coco está la creencia que la cabeza del bebe se le asemeja con la característica del fruto, que va a crecer demasiado se va a poner muy dura y en el momento del parto la mamá va a sufrir; es así que la dieta en la gestante está bastante arraigada a nuestras costumbres y es muy fuerte los tipos de restricciones de ciertos alimentos, lo que hace que se padezcan enfermedades como la anemia y desnutrición por las restricciones culturales.

De igual forma, la brujería es una creencia que ha existido por años en el pueblo asháninka, ya que todo se asocia a un espíritu de la naturaleza. El espíritu maligno es el que siempre daña y no permite la alimentación, este está asociado a un ave o a un grillo; por el contrario, el espíritu de la naturaleza benigno siempre hace el bien, ayuda a la energía de las personas y a las familias para salvarlos de alguna situación. Por ejemplo, en algún momento conocí a una mujer que tuvo una hemorragia vaginal, ella decía que le habían hecho daño pero la señora tenía hemorragia por causa de un mioma, pero la señora desconocía el significado del mioma, entonces solo en el pensamiento de las mujeres asháninka existirá el daño.

Estoy empezando a hablar con los profesionales de la salud para poder explicar a la población cómo funciona el sistema de nuestro organismo, desde la falla de nuestros órganos, la mala alimentación y otros temas de salud, pero siempre desde nuestra cosmovisión, y eso es tarea de mi persona y de los líderes que estamos al frente para mejorar la salud de la población.

Como dije anteriormente, cuando una persona enferma acude primero a la medicina ancestral, luego si el paciente mejora, ahí queda; pero si continúa con esa enfermedad el paciente acude a

un establecimiento de salud del MINSA para recibir el tratamiento farmacéutico de la medicina occidental, pero, ¿qué pasa muchas veces? la salud de la persona se descuida, pues recién acuden al establecimiento cuando ya es muy tarde y muchas veces la persona fallece.

El pueblo asháninka prefiere el uso de la medicina tradicional ya que las condiciones de salud del pueblo son muy precarias. A nivel de Perú tenemos el descuido total del gobierno que priorizan otros temas y la salud sigue siendo postergado por muchos años, por tanto, no hay una política que se consideren desde las necesidades de los pueblos indígenas, las estrategias de salud han sido siempre acordes a las necesidades de los ciudadanos que no tienen adecuación indígena, por lo que se ha ido deteriorando y descuidando la salud en los pueblos indígenas, prácticamente hemos estado invisibilizados ante la sociedad.

El sistema de salud a nivel de los pueblos indígenas no tiene pertinencia cultural, existen establecimientos de salud con niveles que no cumplen los protocolos ni los estándares que el MINSA establece. En las postas médicas hay deficiencias en la contratación de profesionales de la salud, hay establecimientos donde no hay ningún médico solamente labora un enfermero técnico que hace la función de médico, obstetra y más, además, no se cuenta con ambulancias fluviales y terrestres, tampoco se cuenta con logística suficiente y de equipamiento para el buen funcionamiento de un establecimiento de salud, DIRESA implementó equipos electrónico, pero, estos no funcionan en la zona porque no hay energía eléctrica y terminan malográndose, ¡no sirve de nada!

Tampoco se cuenta con servicio de saneamiento de agua potable, el consumo de agua proviene de riachuelos y es conectada a la red pública directa, en consecuencia, se tiene niños con abdomen abultado por los parásitos, sus mucosas pálidas y el cabello amarillento y reseco por la

anemia. Según un reporte del MINSA el 95% de niños con anemia tienen menos de 36 meses y la desnutrición crónica también es altísima. Esa es la realidad que vive el pueblo asháninka.

Todo esto pasa porque no hay una política nacional que establezcan los criterios, las normas, los decretos y bases legales que rijan desde las necesidades de los pueblos indígenas, todos estos modelos se han ido construyendo a nivel de gabinete, pero no se toman en cuenta desde las bases, costumbres y comportamiento de los pueblos indígenas, por ello digo que no hay interés nacional. En algún momento se ha propuesto que se trabaje con la adecuación regional, en cambio solo se ha visto el abandono por las mismas autoridades de turno.

Perú tiene tres regiones muy diferenciadas, costa, sierra y selva, cada región tiene sus características muy particulares, porque va depender mucho de la geografía en la que se encuentra para poder tener condiciones de desarrollo, sociales y ambientales.

Hoy en día con la pandemia se ha desnudado la realidad nacional del estado de salud en el Perú profundo, lo que nosotros ya vivíamos, tantos reclamos en donde no tomaban la debida importancia, pues el sistema de salud de los pueblos indígenas no es el óptimo. Recién ahora el gobierno toma en cuenta los reclamos por parte de los líderes indígenas, aunque es difícil el reivindicarse en las múltiples necesidades en estos tiempos de emergencia sanitaria porque son tantos pueblos a nivel de la Amazonía del Perú, cada uno con su propia costumbre y su propia cosmovisión indígena. Para el gobierno le cuesta todavía entender que el pueblo indígena tiene lo suyo con la riqueza en la práctica de la medicina tradicional, y cree que no necesitamos de la medicina occidental y condiciones de vida óptimas. Por ello la lucha es constante de los pueblos indígenas en la reivindicación de los derechos en el tema de salud.

Si bien es cierto que todavía persiste la discriminación y poca atención hacia los pueblos amazónicos en el tema de salud, con los indígenas de la selva el sentimiento de unión y del

nosotros unidos y a través de los líderes comunales, regionales y nacionales hace que nos levantemos, tengamos voz, donde pedimos que no seamos olvidados ante la falta de atención y la mirada superficial por parte de nuestros gobiernos de turno. Estos sentimientos hacen que seamos más unidos todos por el bien común.

Es así que ahora a través del Ministerio de Cultura hay una dirección de interculturalidad que vela por la importancia de la salud de los pueblos indígenas, como es la implementación de la salud intercultural, interés que salió por la lucha colectiva de los líderes indígenas. En esta subdirección de interculturalidad se viene trabajando fuertemente con los líderes e intérpretes para que se respete, se use y se institucionalice la lengua materna. También, estamos planificando la creación de una asociación de profesionales de la salud asháninka, ya que es necesario hacer que los profesionales de salud por lo menos conozcan nuestra cultura, idiosincrasia y cosmovisión indígena de cómo nos desarrollamos, para lograr una salud intercultural y así hacer respetar y defenderla.

No olvidemos que los profesionales de la salud que se incorporan son formados en instituciones que desconocen la cultura de los pueblos indígenas. Es así, que ellos van a las comunidades con total desconocimiento cultural e imponen costumbres en relación a conocimientos occidentales dentro de su formación, llegando a tener choques culturales. La DIRESA es la que permite esto al contratar a los profesionales sin capacitarlos en el tema cultural.

En general en zonas rurales, no se cuenta con servicios básicos: como agua entubada, no hay acceso a los alimentos, no hay energía eléctrica y por lo tanto no cuentan con servicios de telefonía móvil y redes sociales para comunicarse con sus familias, ni condiciones básicas. El profesional al llegar a su centro laboral se siente con muchas necesidades y terminan renunciando a sus plazas, porque no se acostumbran a la realidad que vive el pueblo indígena.

De igual forma, la carga laboral que tiene el profesional de la salud es abrumante, porque tienen que hacer la función de médico, obstetra, biólogo, y más, razón por la cual suele estresarse; entonces, los profesionales de la salud tienen múltiples funciones porque no todos asumen los retos con los que se encuentran. Hay mucho por trabajar con los profesionales para capacitarlos en los temas culturales.

Muchas veces llegan a soportar y cumplir un año trabajando de manera obligatoria en la comunidad como son los SERUMS. Una vez terminada la carrera realizan el internado que es una especie de servicio en atención rural marginal casi siempre en establecimientos rurales. Si el serums no se acostumbra a la comunidad y luego renuncia, pierde todos los beneficios de serums y a la vez es sancionado, por eso prefieren soportar algo que no les gusta durante un año y cumplir el tiempo de servicio.

Se saben de casos de profesionales de la salud que han sido expulsados porque no respetan la cultura indígena, por ejemplo, en el pueblo asháninka cuando el profesional ingresa, los pobladores en forma de agradecimiento por tener a un profesional nuevo lo reciben invitándoles la comida y bebida regional que es el masato; pero si el profesional de la salud ve como preparan el masato, que es nuestra bebida tradicional, sienten un poquito de desprecio -un poquito de cosa-. Para preparar el masato, los asháninkas masticamos el camote crudo y con ayuda de un mazo se aplasta la yuca sancochada hasta formar una masa, se sabe que con la saliva se fermenta más rápido la masa y por eso se hace así; pero como los profesionales observan este procedimiento, pues ¿cómo van a tomar eso?, entonces muchas veces ya no lo beben. Al asháninka que se siente despreciado por su comida o su bebida, marca una gran diferencia con el profesional o persona foránea que llega a la comunidad por la forma del cómo ha sido tratado y eso a su vez genera un roce con el profesional.

Las comunidades cuentan con estatutos comunales, son las normas, donde se encuentran plasmados las obligaciones y sanciones. Por ejemplo, la persona que incurra en el uso de un lenguaje discriminatorio o haya cometido una falta, la comunidad lo expulsa, también hay castigos como el pintado del rostro frente a la asamblea, que significa el castigo comunal. Para el pintado del rostro se utiliza el achiote u otros productos que hay en la comunidad como el huito, que se utiliza para ser aplicado en el rostro dejando una pigmentación negra. Los trabajadores de la salud cuando no prestan las atenciones debidas o no cumplen el protocolo, quedan pigmentados de negro y esto no se borra hasta después de quince días y entonces así se sabe que el profesional de salud cometió una falta.

El pueblo indígena se ha caracterizado por ser un pueblo organizado en salir adelante a través de protestas y reclamos con coraje y hacerse respetar; también, a través de los líderes representantes y sectores comunales que siempre están velando por la salud de su propio pueblo y hacen cumplir las normas comunales, siempre hemos sabido permanecer a lo que nos hemos propuesto. Los asháninkas somos valientes, luchadores y vencemos cualquier peligro que se pueda dar en la comunidad. Cada Comunidad Nativa tiene sus organizaciones que están preparadas para poder afrontar las necesidades del pueblo, en salud, existe una autoridad como el presidente de la salud, que es un líder, en la comunidad es respetado y con él se tiene que coordinar todas las acciones de salud. Los representantes se reúnen una vez al año en las asambleas comunales para planificar las actividades. En ese sentido, el pueblo asháninka siempre está pendiente y participativamente en todas las actividades, es así que se viene desarrollando fuertemente la promoción y prevención de enfermedades con los promotores de salud y con los líderes indígenas.

Dentro de la promoción de la salud tienen una labor importantísima los promotores de salud, su labor promocional es realizar charlas educativas, ahora por la pandemia realizan actividades preventivas como el lavado de manos y sesiones demostrativas de alimentación. Pero no solo eso, también realizan una labor asistencial cuando el personal de salud está ausente. Los agentes comunitarios o promotores de salud no ven la hora de salir para atender una emergencia, ya sea de día o de noche, ellos toman una linterna para atender el parto o un paciente con mordedura de serpiente u otros casos. Pero a pesar del rol importantísimo que juegan los agentes comunitarios, su atención es ad honorem -no reconocida económicamente-, por el contrario de los técnicos o profesionales que sí reciben un salario.

Yo siempre he propuesto que los promotores de la salud sean reconocidos, la labor que ellos hacen es fundamental en la salud intercultural, además es mucho compromiso por parte de los promotores porque son propuestos por la autoridades comunales en la asamblea comunal.

Les cuento más sobre los promotores o agentes comunitarios. En el año de 1988 durante la época de conflicto armado, los profesionales de salud huyeron y quienes han salido a defender a los heridos y a las personas enfermas han sido los mismos promotores que han sido formados o capacitados en algunos temas de la medicina occidental. Pero, ¿qué pasa después del año 2000?, después de la violencia política, el Ministerio de Salud volvió a contratar profesionales en salud, para los cuales los profesionales tenían de contar con estudios ya que las normas lo exigieron, por ello, quienes logran ocupar esos puestos de trabajo son los técnicos o profesionales y los promotores no son considerados por no contar con estudios, hoy en día se encuentran resentidos y realizan labores ad honorem.

Es así que para el 2004 hubo un reclamo al gobierno donde hubo manifestaciones y protestas de transporte vial y otros tipos, la lucha era para poder reconocer a través del MINSA la labor de los

promotores de la salud pero las autoridades están preocupadas en otras actividades. Conocí a una promotora de salud que es especialista como promotora de salud, partera, lideresa, artesana, y es impulsora de desarrollo y así como la agente comunitaria que menciono, hay muchas pero no son reconocidas.

Por otro lado, la lucha también busca darle espacio a profesionales indígenas que puedan trabajar en el Ministerio de salud y puedan tener acceso de comunicación participativa con la comunidad que es del mismo pueblo. La propuesta de la plataforma de lucha, y lo que se pone en la mesa es que los profesionales que ingresan a laborar no respetan las costumbres y hay quiebre en la comunicación porque no entienden al paciente, por la lengua que hablamos y lo otro es que no se adecuan a nuestras costumbres y ¿qué pasó?, que el pueblo quiere profesionales asháninkas, pero y los médicos dicen “¿dónde están los asháninkas?”, hace un tiempo solo éramos tres técnicos enfermeros, mi persona y dos más, a la actualidad somos más de 300 técnicos enfermeros asháninkas y que aún sigue siendo nuestra lucha.

Yo he formado parte de esta lucha constante ante el gobierno para pedir que los profesionales de la salud asháninkas sean una vez más considerados en las convocatorias y que sean contratados. También estamos en la mira de que sigamos fortaleciendo a los demás técnicos asháninkas, relacionados a otras temáticas. Queda un reto para nosotros, porque todavía queda una gran brecha no contar con profesionales indígenas del pueblo asháninka, y por ello se basa nuestra lucha hoy en día.

En la selva se cuenta con un instituto asháninka donde se enfatiza el estudio de la medicina tradicional y para nosotros es una gran alegría saber que vamos a contar con profesionales indígenas de la salud del pueblo asháninka que respeten e integren nuestros conocimientos

ancestrales. En la actualidad tenemos solo un médico asháninka que viene trabajando con el pueblo y lo cuidamos muchísimo, pero aún sigue nuestra lucha.

Los sentimientos que acompañan las condiciones de la salud en los asháninkas, es el sentimiento de desamparo, el sentimiento del olvido, la impotencia de los líderes de no lograr que su pueblo pueda ser atendido y solucionar sus problemas de salud de acuerdo a la problemática que presenta, es la impotencia de la invisibilidad por parte de los gobiernos de turno.

El pueblo indígena se ha cansado de este maltrato, de esta discriminación ahora levanta la voz de protesta para decir que nosotros también formamos parte de un territorio, de una nación, nosotros los indígenas nos desarrollamos a través de nuestra cultura y cosmovisión. Recalcó, nosotros los asháninkas somos trabajadores, luchadores y salimos adelante, a través de nuestras organizaciones comunales.

Los asháninkas ya no somos ese pueblo que sólo contempla, somos un pueblo que analiza, reclama sus derechos, porque también sentimos ciertas dolencias y que formamos parte de un pueblo diversificado culturalmente. Esta lucha vamos a seguirla, porque creemos que los pueblos indígenas merecemos todos los derechos que tenemos como peruanos.

Es así que mi vida asemeja como un cuadro de rompecabezas y que estoy formando con cada una de las piezas hasta que forme el cuadro maravilloso que deseo. Mi deseo es seguir luchando por los niños y familias indígenas, por una salud integral con atención y pertinencia cultural. Lo que hago es difundir nuestra cultura asháninka y presentarle al mundo y decirle que existimos y que somos una gran nación, tenemos riqueza y biodiversidad, hoy en día venimos existiendo con estrategias por la lucha del bien común. Nos queda expandir y dar a conocer nuestra cultura viva, exponiendo nuestras fortalezas.

DISCURSO-TESTIMONIO:

Salud intercultural: Nuestra cosmovisión asháninka.

Montiel Daniela, Sánchez Niel

*“Ser la voz de la gran nación asháninka para mi es un privilegio,
el visibilizar la lucha por la salud del pueblo
para que puedan escuchar nuestra voz
y dar a conocer al mundo entero
nuestro conocimiento en la medicina tradicional asháninka”
Médico asháninka, Niel Sánchez*

Mi nombre es Niel Sánchez y soy el primer médico asháninka. Nací en la comunidad nativa de Betania que pertenece al distrito de Río Tambo y mis padres son asháninkas de la zona Arawak, mi padre es técnico enfermero y en él se veía la pasión de apoyar a sus colegas y aportar al pueblo con su conocimiento y a partir de él nace mi interés por el cuidado de la salud y el ser médico.

Yo me gradué como médico general en Cuba, ya que en los años ochenta y noventa cuando el terrorismo invadía al pueblo, salí de ahí para ir a la ciudad como forma de refugio y accedí a una beca integral a la República de Cuba que da el gobierno local. Yo siempre me he dicho, “es una beca que he ganado y por tanto mi deber es seguir apoyando a mi distrito, a mi Nación”.

En Cuba comencé a juntarme con otros jóvenes que tenían ideas de cambio para su comunidad, cuando uno tiene visiones variadas la experiencia se vuelve enriquecedora porque uno recoge ideas, historias, proyectos diversificados y vas asimilando las cosas enfocándolo en tu comunidad en cómo llegando harías ese cambio para mejorar el estado de salud de tu distrito.

Esta experiencia ha sido positiva para poder hacer el cambio en el sistema de salud de los colonos y rescatar el conocimiento de la medicina tradicional asháninka para poder llevarlo a las

prácticas. No podemos tratar a los pueblos indígenas con el mismo sistema de los colonos, tenemos que mirarlo con otros ojos y para eso nosotros nos hemos formado y estamos sumando fuerzas para poder cumplir este reto.

Uno de los objetivos de la lucha asháninka por la salud, que para nosotros ha sido prioridad, es revalorar nuestra cultura asháninka a través de los conocimientos de la medicina ancestral y dar a conocer el sistema de salud de los pueblos indígenas por una salud intercultural; les hablo de una lucha de todos los pueblos indígenas con la cual queremos identificarnos al ser conocedores de esta cultura tradicional.

Esto es porque hay dos conocimientos, el occidental tiene una estructura y base científica y el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas es un proceso instaurado que tiene años de historia y se adecua de acuerdo a la geografía y cultura de cada pueblo, por eso no se puede interactuar adecuadamente en tema de salud de los pueblos indígenas si no se conoce el territorio, el idioma, su concepto en salud, su forma de vivir, ideología y creencias y es por eso que yo veo a muchos colegas que tienen esa dificultad. Por eso, para la lucha tenemos que dar a conocer nuestra cultura: qué pensamos, quiénes somos y qué es lo que queremos hacer.

Los asháninkas entendemos la salud como un bienestar desde una concepción holística, desde nuestra creencia, formas de vida y el conocimiento ancestral. Además, hablamos de un sentido del buen vivir que significa estar en armonía con la madre naturaleza, con el medio ambiente, con sus vecinos y con su comunidad y todo ello implica salud en los pueblos indígenas. Por tanto, la enfermedad es el desequilibrio de todos estos bienestares.

Nosotros tenemos la potencialidad de la medicina tradicional asháninka que nos hace revalorar nuestra cultura a través del conocimiento ancestral, con sus ideas de los sabios que interactúan

con las plantas medicinales y que nos han ayudado y orientado para poder mantenernos como Nación y dar solución a los problemas de salud.

Las estrategias, prácticas y formas de curar que se han empleado netamente de la medicina tradicional asháninka podemos clasificarlas en: los sabios o los curanderos, que son las personas que tienen mayor conocimiento en lo que es el arte de curar con las plantas medicinales; también están las evaporadoras, aquellas personas que haciendo esta práctica van a mejorar la salud de la o el paciente por determinada enfermedad, la técnica de la evaporación es a base de piedras y plantas medicinales. Se añade a la lista el sobandero o huesero, estos realizan una práctica cotidiana similar al terapeuta para los esguinces, caídas o dislocaduras, recurso humano muy importante para esta comunidad por las prácticas de economía. La cuarta clasificación de este grupo es la matrona o partera, aquella persona que conocen las hierbas para un mejor parto sin dificultad y por último tenemos a la hierbera, que conoce sí o sí las plantas, para qué sirven, cómo lo debes tomar y por cuánto tiempo.

Estas personas son bien identificadas en este círculo de recurso humano que corresponde a las prácticas terapéuticas y el arte de la curación; existían desde antes, existen ahora y siguen trabajando para la comunidad de forma social.

Otro de los recursos en temas de salud son los promotores de salud o agentes comunitarios, ellos son la columna vertebral de la salud de la comunidad. Los promotores de salud son personas del pueblo y su labor es voluntaria, trabajan ad honorem por lo que no reciben remuneración ni reconocimiento es netamente compromiso con la comunidad por ser del pueblo. El presidente de salud forma un comité que tiene a su promotor, y ¿quién va a ser el promotor?, ahí es la cuestión voluntaria, alguien se propone o también hay propuestas de la comunidad. Los promotores a diferencia de los sabios que son un recurso netamente del pueblo, es un aliado estratégico del

MINSA pues reciben capacitación de prácticas y tratamientos desde la medicina occidental, por ello, son la columna vertebral porque ayudan a la relación de la medicina occidental y la medicina tradicional, como son del pueblo respetan las ideas y cultura y su compromiso es mucho incluso hasta descuidan a la familia por estar con los pacientes o trasladarlos de un lugar a otro que es bastante lejísimo porque el transporte es vía fluvial, todavía no entra la carretera. Por todo eso se busca el reconocimiento de los promotores y es cosa que no se da todavía y eso es lo que muchas veces hace que ser voluntario como promotor de salud ya no sea una opción. Así es como se entiende la salud comunitaria asháninka, estamos organizados comunitariamente y tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después. Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y mejorar su salud de manera organizada, por ello parte de la lucha es reconocer a estos recursos como agentes de cambio en temas de salud, reconociendo su terapia, su arte de sanar y su conocimiento ancestral y en ese camino estamos.

Los asháninkas primero acuden al sabio o a algunas de estas prácticas de medicina tradicional pues confían bastante en estos recursos humanos valiosos, esto ya es un acuerdo comunal y ahí hablamos de salud comunitaria. En caso de que la persona no se recupere o esté muy grave y se vea necesario la atención netamente de la medicina occidental es cuando van a las postas médicas.

Así es como se entiende la salud comunitaria asháninka, estamos organizados comunitariamente y tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después. Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y

mejorar su salud de manera organizada, por ello, parte de la lucha es reconocer a estos recursos como agentes de cambio en temas de salud, reconociendo su terapia, su arte de sanar y su conocimiento ancestral y en ese camino estamos.

Aunque no siempre es así, por ejemplo: cuando hay un parto el MINSA lo pide institucional, en una camilla donde tienes que abrir las piernas, de ahí al ginecólogo haciéndote el tacto y luego la obstetra para medir la dilatación, cosa que no se acepta, es una forma de atención que no aceptan las mujeres asháninkas pues no respeta la cultura.

Por eso, la salud de los pueblos indígenas no debería alinearse con el MINSA, porque se tiene una educación occidentalista que se enseña de medicina química y prácticas diferentes a la cultura asháninka y el imponerles esto rompe el respeto por la cultura. Lo que nosotros queremos es llevar la salud a otra parte desde la interculturalidad.

La salud intercultural es muy importante y les voy a dar un ejemplo. En la nación asháninka hay una enfermedad que la hemos definido entre varios como síndrome cultural, que es una enfermedad desconocida por la medicina occidental, no está basada en la ciencia médica sino más en la cultura de los pueblos asháninkas, entonces, ellos lo conciben como una enfermedad netamente cultural. El síndrome cultural se da cuando la persona ha visto un alma o cuando se le ha cruzado un animalito, o también, otro ejemplo, es cuando siente un golpe de una fiera y el susto e impresión fuerte que se lleva hace que cambie todo su estado normal de la persona, empieza a sentir vómitos, fiebre, escalofríos, comienzan también las alucinaciones hasta perder la noción del tiempo en ese momento. Por los signos y síntomas en muchos casos se interpretó como una epilepsia y le ponían el medicamento y la persona fallece, y pasa porque el médico no espera al promotor o sabio que son los conocedores de estas enfermedades y que solo se curan con plantas medicinales, no hay de otra.

Por eso quien define si es un síndrome cultural o una enfermedad para el médico o la enfermera justamente es el sabio o el curandero, si el dice “lo tienes que llevar al médico”, tranquilo se le lleva al médico y esté ya define que le puede haber pasado, ya sea algo infeccioso viral, infeccioso bacteriano u otras enfermedades.

Por eso, hemos querido interactuar la medicina occidental con la medicina tradicional y ahí estamos nosotros llevando estas ideas al gobierno nacional y el Ministerio de Salud haciéndoles saber que es un derecho de los pueblos que se tenga un sistema de salud con perspectiva cultural y haya una mejor atención y trato. Pero la salud la ven desde un nivel nacional y de ahí vienen muchas contrariedades y un choque cultural.

Se necesita una política netamente intercultural, pero ¿cómo hacemos llegar nuestra voz?, haciendo primero el trabajo. El reconocimiento que hemos tenido los pueblos indígenas es gracias a las organizaciones representativas, estamos organizados y es una estructura que va de distrito, provincia, región y departamento y eso hace que podamos ser reconocidos, si no estuviéramos organizados no habría reconocimiento.

Y lo otro es que hemos ganado espacio porque comenzaron a implementarse leyes y normativas a favor de la cultura de los pueblos indígenas, una vez más, gracias a las organizaciones de base y aun seguimos en el proceso de fomentar ese cambio. Para hacer el proceso de cambio tenemos que luchar, lo tenemos que encaminar, tenemos que dar el paso para poder conseguir un logro y yo pienso que por eso es que estamos siendo considerados por el Estado y también por las leyes internacionales como la OIT convenio 169 que avala una normativa que nos fortalece como pueblos indígenas y eso es lo que nos hace coexistir con el Estado.

Ahora el MINSA a través del Viceministerio de Salud Intercultural sacó una norma para el personal de salud donde sintetiza como debe ser la intervención en las comunidades para llevar

la salud intercultural; pero no se está trabajando como debe ser, se le debe dar un empujón, porque el reconocer la salud intercultural es el interactuar con la medicina tradicional con el pensamiento holístico del pueblo, con su cultura y creencia, es entrar a su mundo y así que las comunidades se sientan representados.

Es un trabajo arduo que necesita de voluntad política y es parte de nuestra lucha, pero ya se dio el primer paso que es reconocer al menos que se debe trabajar lo que es la salud intercultural y es una área bastante fuerte y fundamental para los asháninkas. La lucha por juntar el conocimiento occidental y la medicina tradicional para hacer un bien común al pueblo, respetando la cultura y el conocimiento ancestral.

Por otro lado, cuando hablamos de necesidades en la salud, en general las necesidades básicas como educación, vivienda, alimentación, y salud nosotros cubrimos esas necesidades justamente con el trabajo comunitario, se cubren grupalmente, por ejemplo en las mingas se solicita el apoyo y así lo hacemos más social, más comunitario porque “si tu me apoyas yo también te apoyo”, no hay que pagar, eso es más capitalista y acá es más social “yo no te voy a pagar pero te voy a invitar mi masato”, y bueno eso es de los pueblos indígenas de esa manera nos construimos.

Por otro lado en los determinantes de la salud yo pienso que aún nos falta bastante porque el gobierno no actúa para suplir necesidades como agua potable, desagüe, fluj eléctrico, carreteras e internet y son necesidades que implican en las condiciones y calidad de vida. Por lo mismo el pueblo asháninka en su mayoría sufre una tasa alta de desnutrición, anemia, parasitismo y a pesar de ello la cobertura de salud es limitado, las atenciones del MINSA no llegan a los lugares más recónditos y es por ello que uno tiene que buscar alternativas. Aquí los que tienen que intervenir son los gobiernos para fortalecer las condiciones de vida, se necesita trabajar en una concientización del estilo de vida y así mejorar las determinantes de salud. Hablando de apoyos

del gobierno nosotros nos hemos sentido limitados porque no hay interés, el gobierno le interesa donde hay capital, donde se mueve la economía y esta es una lucha constante.

Por esto es necesario que la situación de la medicina tradicional siga trabajando y que sea un aliado para resolver los problemas de la salud, por ello queremos que se reconozca el sistema intercultural de los pueblos indígenas.

Para el cumplimiento de estos objetivos está el respaldo interno de la comunidad, depende de los líderes que tienen que representar para salir de ese problema en conjunto, así vas a encontrar estatutos comunales y la organización de cada comunidad y esa son las reglas de vivir en una comunidad y es bonito porque hay armonía, paz y hace que tengas ese sentido de la comunidad. El asháninka es unido, organizado y se apoya pero también es vengativo y se rige con la ley de la comunidad, por ejemplo, cuando alguna autoridad se ha portado mal le castigan, le chalanquean o le pintan la cara con achiote y son tipos de castigos que hace la comunidad indignada para no perder su voz.

Para poder visibilizar la lucha de los pueblos indígenas nos organizamos y aunque no hay apoyo del gobierno en cuanto a nuestros proyectos de salud eso no detiene nuestras ganas de luchar y revalorar nuestra cultura, porque, si no se retoman los conocimientos tradicionales ni se traducen esos conocimientos ancestrales van a desaparecer.

Siento que conocer la salud comunitaria en los pueblos indígenas es algo fundamental, saber cómo es su pensar, su vivir, y hasta cuál es el límite de sus metas. Creo también que nosotros damos más de lo que han dicho de nosotros porque queremos seguir aportando a lo que es la salud de los pueblos originarios, es un aporte que vamos a heredar y me gustaría seguir con la lucha y lograr más avances respecto a esta fusión de la medicina occidental y tradicional.

Estando solo en este camino no es fácil, pero gracias al apoyo de la gente me siento con más

ánimos para seguir aprendiendo y seguir luchando para que puedan beneficiarse todas las comunidades y que puedan conocer en otras partes del mundo el conocimiento de la medicina tradicional asháninka, de esta cultura viva.

Como parte de la lucha para lograr ser visibilizado estamos trabajando en la parte de salud intercultural con la Asociación de Medicina Natural y Prácticas Terapéuticas Asháninkas donde buscamos llevar una alternativa de medicina tradicional para respetar la cultura asháninka y no imponer prácticas que muchas veces rompe o no respeta la cultura. Y para el próximo año queremos fomentar y fortalecer la medicina natural tradicional a través de la asociación invitando a la gente a fortalecer la línea de servicios terapéuticos tradicionales y formar todo un sistema de salud tradicional, originario, cultural y natural y este trabajo lo estamos haciendo independiente. Otra cosa a decir, es que también encaminamos el trabajo para que el personal esté capacitado en estas áreas de medicina o salud intercultural, que conozcan la geografía, el pensamiento y la cosmovisión del asháninka.

Mi persona ha trabajado en la Asociación Tsipana Jampi (Asociación de Medicina Natural y Prácticas Terapéuticas Asháninkas) desde hace 8 años y en el 2019 se logró su registro jurídicamente. Esta asociación busca establecer laboratorios para crear medicamentos desde las plantas medicinales para el uso de la gente porque el MINSA no lo va a patentar pues no son conocimientos desde la ciencia o conocimiento occidental, sino son conocimientos espirituales que llevan años usándolo y tienen un valor, el fin es que se reconozca nuestro conocimiento ancestral y también como una forma de emprendimiento. De esta forma se pueden crear botiquines de la medicina tradicional asháninka mediante las plantas medicinales, ya sea en cremas, tés, jabones, entre otros y así nosotros podemos implementar los botiquines con nuestra medicina ya que ahora son escasos por el bajo presupuesto del gobierno.

Actualmente también estamos fomentando otra organización para visibilizar la salud intercultural en los profesionales de la salud, porque desde el occidente se desconoce la cosmovisión indígena y no hay respeto y atención desde la cultura. Por eso estamos enfocados en capacitaciones y hacer guías en como quiere la comunidad que los atiendan en salud, respetando la convivencia y vivencia de la población.

Desde este grupo humano comenzamos a implementar la salud intercultural donde exista un reconocimiento de la medicina tradicional asháninka en convivencia con la medicina occidental. Quizá es un avance mínimo, pero estamos a pie de visibilizar, identificar y rescatar los conocimientos ancestrales en salud, nosotros los asháninkas estamos empoderados, organizados y activos en lo que necesitamos y tenemos que dar el paso nosotros para conseguir el logro que deseamos.

También, estamos fortaleciendo y trabajando en un lineamiento de salud intercultural que abarque el conocimiento occidental y el conocimiento desde la medicina tradicional. Porque a pesar de la opinión de muchos médicos o colegas que tienen un conocimiento occidental no tan abierto a la medicina tradicional, por mi parte estoy seguro que nuestra medicina tradicional es una práctica que da solución a problemas de salud, por eso yo estoy fortaleciendo esa parte del conocimiento tradicional en el momento de la prescripción médica; por ejemplo, si hay una persona que se está con una herida punzocortante y se le ha saturado se le da su antibiótico antiinflamatorio y también se le dice que haga su lavado interdiario con hoja de matico que es una planta antiséptica y cicatrizante, por lo tanto la recuperación es más rápido. A nosotros nos va bien en ese aspecto, yo por eso busco la interculturalidad en el relacionar los conocimientos occidentales y tradicionales.

No se puede negar que tenemos ahí la medicina y esto se puede notar en la forma en que pudimos combatir la pandemia por Covid con ayuda de nuestro saber ancestral, pues prácticamente se ha usado la medicina natural tradicional porque los medicamentos no llegaban. Hemos conseguido una manera de sobrevivencia ante la problemática mundial haciendo uso de la medicina tradicional a través de la práctica de la evaporación donde comenzó a evaporarse plantas medicinales para gripe y mira que funcionó bastante bien; además de nuestra organización interna, que cerró la entrada a personas externas a la comunidad y se implementaron los lavados de mano en las escasas tiendas que había, también se conformó el comité Covid y se aperturó un espacio físico para hacer cuarentena donde se aisló a todas las personas que venían de muy lejos, el personal de salud tenía que visitarlos interdiario para ver sus síntomas y sus signos, es así como estuvimos preparados para cuando llegó el primer caso. Para cuando intervinieron las fuerzas armadas y el comando conjunto del Perú con las pruebas rápidas, se detectaron alrededor de 110 casos de coronavirus, pero gracias a nuestra organización y nuestra medicina no hubo muertos.

Fue gracias a todo esto que el pueblo asháninka pudo resistir, hubo siempre un liderazgo para poder organizarlo todo, la prevención surgió de los promotores y con el uso de la medicina natural hubo un gran resultado, la incidencia fue menor y la población está más tranquila así pudimos salir airosos de esta pandemia. Ahora viene la segunda ola y la estrategia es la misma: usar la medicina tradicional, usar los remedios que hay y aliarse con las postas médicas para hacer un buen trabajo organizativo.

Y en eso estamos, buscando que se dé el cambio y el valor de nuestros conocimientos que nos hacen ser parte y sentirnos identificados como comunidad y no perder nuestra costumbre en el arte de la curación. Yo pienso que ese es un aporte que vamos a dejar y esa es la idea, hacer que

la medicina tradicional pueda darse a conocer para otras generaciones y porque no al mundo entero y que puedan conocer el conocimiento de la medicina natural asháninka, por lo tanto mi deber es seguir apoyando y poner en alto la medicina tradicional.

Para mi es un sentimiento positivo y un orgullo de poder ser parte de este proyecto fortaleciendo la medicina intercultural y aportando a la nación asháninka, así revalorar nuestra cultura y conocimiento ancestral, porque la cultura asháninka está viva y su medicina tradicional está viva y da soluciones a los problemas de salud con nuestras prácticas y herramientas que son las plantas medicinales porque somos los dueños del conocimiento de la medicina tradicional.

Análisis de Resultados

Los discursos-testimonios permiten aproximarnos a la realidad del pueblo asháninka, recuperado desde la voz de dos actores sociales comprometidos por la lucha, los cuales, narran el discurso desde un yo-social, es decir, desde un todo, desde un pueblo y no desde individuos aislados.

Las narraciones presentadas contienen información propia, a través de los significados, símbolos, intereses, historia, prácticas, saberes, sentires y vida cotidiana; lo que permite llevar el análisis de nuestras preguntas de investigación, que apuntan a describir el sentido del nosotros en los asháninkas e identificar los procesos de resistencia en salud comunitaria frente a la lucha ante un modelo hegemónico impositivo en salud. Por tanto, se tiene como categorías de análisis: el sentido del nosotros, la resistencia comunitaria y la salud comunitaria; epistemes desarrolladas teóricamente en los capítulos anteriores.

Para el análisis de estas categorías se presentan las siguientes matrices de análisis: primero, se desarrollará la matriz sobre salud comunitaria; como segundo punto, pasamos a la resistencia comunitaria; posteriormente, la matriz del sentido del nosotros, seguida de la relación entre el sentido del nosotros y la resistencia comunitaria.

Las matrices de análisis se realizan de acuerdo a las categorías teórico-analíticas y se describen con la información recuperada de los discursos-testimonios, se toman fragmentos que ejemplifican las variables y posteriormente se llega al análisis de cada categoría.

Se inicia el análisis con la categoría sobre salud comunitaria, para ello se elaboraron dos cuadros. La *tabla 1. Salud comunitaria en el pueblo asháninka*; busca analizar las prácticas en salud comunitaria, donde resulta necesario comprender la salud desde el mismo pueblo, por tanto, la estructura de la salud comunitaria queda subdividida en las columnas de la siguiente forma: concepto asháninka de salud y enfermedad, acciones protectoras en salud, atención de salud asháninka correspondiente a los circuitos subalternos en salud, y por último, el “tratamiento” curativo.

Al ser la salud comunitaria un modelo de salud dentro del pueblo asháninka, se desarrolla la *tabla 2. Cuadro comparativo: modelos de salud*; con el fin de comparar el modelo biomédico hegemónico en salud y el modelo en salud comunitaria del pueblo asháninka.

A continuación se presentan las tablas correspondientes:

Tabla 1.

Salud comunitaria en el pueblo asháninka

Concepto salud y enfermedad	Acciones de protección de la salud	Atención en salud (circuitos subalternos)	Tratamiento curativo y enfermedad
<p>“el sheripiari hace el contacto y recibe el mensaje de la madre naturaleza y así puede saber si la persona que está enferma ha sido a consecuencia de un daño, una brujería, una maldad o puede ser una enfermedad causada por el mismo organismo” -A</p> <p>“la brujería es una creencia que ha existido por años en el pueblo asháninka, ya que todo se asocia a un espíritu de la naturaleza. El espíritu maligno es el que siempre daña y no permite la alimentación, por el contrario, el espíritu de la naturaleza benigno siempre hace el bien, ayuda a la energía de las personas y a las familias para salvarlos de alguna situación” -A</p>	<p>“La salud en los asháninkas se fundamenta en la medicina tradicional, siempre hemos acudido a ella en busca de la sobrevivencia y cura de cualquier enfermedad que se presente” -A</p> <p>“tenemos una gran fortaleza a la mano sobre la naturaleza, porque tenemos muchas plantas y recibimos las energías de los animales y eso es lo que nos hace diferentes”-A</p> <p>“Nosotros no nos hacemos problemas, encontramos las soluciones en nuestro medio pues somos muy espiritualistas, es así que el pueblo asháninka ha existido por años, gracias al avireri, la madre naturaleza” -A</p>	<p>“El vaporeo a través de piedras calientes y hojas de campo identificadas por los sabios para realizar la purificación del alma y del cuerpo” -A</p> <p>“los hueseros o las hueseras, donde el sabio realiza una especie de masaje hasta encontrar alguna anomalía o deformidad en articulaciones y huesos de la persona lesionada, este masaje se da con ayuda de plantas medicinales” -A</p> <p>“Otra práctica de la medicina es la del espiritualismo, donde el sheripiari que es la persona que se ha preparado por mucho tiempo y ha sido adiestrado por un sabio se conecta con el mundo de otra dimensión”-A</p>	<p>“En nuestra medicina, el uso de las plantas es fundamental ya sea a través de la resina, en mate, el uso de raíces u otras formas”-A</p> <p>“En Covid-19, un joven técnico en enfermería que tiene bastante conocimiento en la medicina tradicional, en respuesta a esta situación de la emergencia sanitaria ha ideado una olla adaptando a esta una manguera y dentro de ese utensilio coloca todo tipo de hierbas, como la hoja de matico, el eucalipto, jengibre y otras hierbas que ayudan a permeabilizar las vías respiratorias y limpiar los pulmones” -A</p>

<p>“en algún momento conocí a una mujer que tuvo una hemorragia vaginal, ella decía que le habían hecho daño, entonces solo en el pensamiento de las mujeres asháninka existirá el daño”-A</p> <p>“Los asháninkas entendemos la salud como un bienestar desde una concepción holística, desde nuestra creencia, formas de vida y el conocimiento ancestral. Además, hablamos de un sentido del buen vivir que significa estar en armonía con la madre naturaleza, con el medio ambiente, con sus vecinos y con su comunidad y todo ello implica salud en los pueblos indígenas. Por tanto, la enfermedad es el desequilibrio de todos estos bienestares”-N</p> <p>“Así es como se entiende la salud comunitaria asháninka, estamos organizados comunitariamente y tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son</p>	<p>“el pueblo asháninka siempre está al pendiente y participativamente en todas las actividades, es así que se viene desarrollando fuertemente la promoción y prevención de enfermedades con los promotores de salud y con los líderes indígenas” -A</p> <p>“los promotores de salud en su labor promocional realizan charlas educativas, ahora por la pandemia realizan actividades preventivas como el lavado de manos y sesiones demostrativas de alimentación. Pero no solo eso, también realizan una labor asistencial cuando el personal de salud está ausente” -A</p> <p>“la medicina tradicional asháninka nos hace revalorar nuestra cultura a través del conocimiento ancestral, los sabios interactúan con las plantas medicinales y nos han ayudado y orientado para poder mantenernos como nación y dar solución a los problemas de salud” -A</p>	<p>“el asháninka cuando se enferma acude primero a la medicina ancestral porque se tiene mucha fe en ella” -A</p> <p>“cuando una persona enferma acude primero a la medicina ancestral, luego si el paciente mejora, ahí queda; pero si continúa con esa enfermedad el paciente acude a un establecimiento de salud para recibir el tratamiento farmacéutico de la medicina occidental” -A</p> <p>“los promotores de la salud su labor que ellos hacen es fundamental en la salud intercultural” -A</p> <p>“Las estrategias, prácticas y formas de curar que se han empleado netamente de la medicina tradicional asháninka podemos clasificarlas en: los sabios o los curanderos, que son las personas que tienen mayor conocimiento en lo que es el arte de curar con las plantas</p>	<p>“... este círculo de recurso humano que corresponde a las prácticas terapéuticas y el arte de la curación; existían desde antes, existen ahora y siguen trabajando para la comunidad de forma social” -N</p> <p>“En la nación asháninka hay una enfermedad desconocida por la medicina occidental, no está basada en la ciencia médica sino más en la cultura de los pueblos asháninkas, entonces, ellos lo conciben como una enfermedad netamente cultural. El síndrome cultural se da cuando la persona ha visto un alma o cuando se le ha cruzado un animalito, o cuando siente un golpe de una fiera y el susto e impresión fuerte que se lleva hace que cambie todo su estado normal de la persona. Por los signos y síntomas en muchos casos se interpretó como una epilepsia y le ponían el medicamento y la persona fallece, y pasa porque el médico no espera al promotor o sabio que son los conocedores de estas</p>
---	--	---	--

<p>el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después”-N</p>	<p>“hemos querido interactuar la medicina occidental con la medicina tradicional y ahí estamos nosotros llevando estas ideas al gobierno nacional y el MINSA” -N</p> <p>“Ahora el MINSA a través del Viceministerio de salud intercultural sacó una norma para el personal de salud donde sintetiza como debe ser la intervención para llevar la salud intercultural” -N</p> <p>“la salud intercultural es el interactuar con la medicina tradicional con el pensamiento holístico del pueblo, con su cultura y creencia, es entrar a su mundo y así que las comunidades se sientan representados” -N</p> <p>“nuestra organización interna, que cerró la entrada a personas externas a la comunidad y se implementaron los lavados de mano en las escasas tiendas que había, también se conformó el comité Covid y se abrió un espacio físico para hacer</p>	<p>medicinales; también están las evaporadoras, aquellas personas que haciendo esta práctica van a mejorar la salud de la o el paciente por determinada enfermedad, la técnica de la evaporación es a base de piedras y plantas medicinales. Se añade el huesero, estos realizan una práctica cotidiana similar al terapeuta para los esguinces, caídas o dislocaduras. La cuarta clasificación de este grupo es la matrona o partera, aquella persona que conocen las hierbas para un mejor parto sin dificultad y por último tenemos a la hierbera, que conocen sí o sí las plantas, para qué sirven, cómo lo debes tomar y por cuánto tiempo”-N</p> <p>“Otro de los recursos en temas de salud son los promotores de salud o agentes comunitarios, ellos son la columna vertebral de la salud de la comunidad. Los promotores de salud son personas del pueblo y su labor es voluntaria” -N</p>	<p>enfermedades y que solo se curan con plantas medicinales, no hay de otra, quien define si es un síndrome cultural o una enfermedad para el médico o la enfermera justamente es el sabio o el curandero, si el dice -lo tienes que llevar al médico-, tranquilo se le lleva al médico y esté ya define que le puede haber pasado, ya sea algo infeccioso viral, infeccioso bacteriano u otras enfermedades”-N</p> <p>“fortalecer la línea de servicios terapéuticos tradicionales y formar todo un sistema de salud tradicional, originario, cultural y natural” -N</p> <p>“crear medicamentos desde las plantas medicinales para el uso de la gente ... el MINSA no lo va a patentar pues no son conocimientos desde la ciencia o conocimiento occidental, sino son conocimientos espirituales que llevan años usándolo y tienen un valor. De esta forma se pueden crear botiquines de la medicina tradicional asháninka mediante las plantas medicinales y así</p>
---	--	--	--

	<p>cuarentena donde se aisló a todas las personas que venían de muy lejos, el personal de salud tenía que visitarlos interdiario para ver sus síntomas y sus signos, es así como estuvimos preparados para cuando llegó el primer caso. Para cuando intervinieron las fuerzas armadas con las pruebas rápidas, se detectaron alrededor de 110 casos de coronavirus, pero gracias a nuestra organización y nuestra medicina no hubo muertos”-N</p> <p>“la prevención surgió de los promotores y con el uso de la medicina natural hubo un gran resultado, la incidencia fue menor y la población está más tranquila así pudimos salir airosos de esta pandemia” -N</p>	<p>“Los promotores a diferencia de los sabios que son un recurso netamente del pueblo, es un aliado estratégico del MINSA pues reciben capacitación de prácticas y tratamientos desde la medicina occidental, por ello, son la columna vertebral porque ayudan a la relación de la medicina occidental y la medicina tradicional, como son del pueblo respetan las ideas y cultura” -N</p> <p>“Los asháninkas primero acuden al sabio o a algunas de estas prácticas de medicina tradicional pues confían bastante en estos recursos humanos valiosos, esto ya es un acuerdo comunal y ahí hablamos de salud comunitaria. En caso de que la persona no se recupere y vea necesario la atención de la medicina occidental es cuando van a las postas médicas” -N</p>	<p>nosotros podemos implementar los botiquines con nuestra medicina ya que ahora son escasos por el bajo presupuesto del gobierno” -N</p> <p>“...fortaleciendo esa parte del conocimiento tradicional en el momento de la prescripción médica; por ejemplo, si hay una persona que se está con una herida punzocortante y se le ha saturado se le da su antibiótico antiinflamatorio y también se le dice que haga su lavado interdiario con hoja de matico que es una planta antiséptica y cicatrizante, por lo tanto la recuperación es más rápido” -N</p> <p>“pudimos combatir la pandemia por Covid con ayuda de nuestro saber ancestral, pues prácticamente se ha usado la medicina natural tradicional porque los medicamentos no llegaban” -N</p>
--	---	---	--

		<p>“La posta médica es parte estructural del MINSA, es como un consultorio y hay una en cada comunidad grande, ahí vas a encontrar un médico o una enfermera y a los promotores de salud que son los que interceden así es más fácil que los asháninkas reciban el tratamiento de la medicina occidental” -N</p>	
--	--	--	--

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales. Se hace uso de la sigla -A, para referirse a la lideresa asháninka Abelina y la sigla -N, para referirse al médico asháninka Niel.

Tabla 2.

Cuadro comparativo: Modelos de salud

Modelo Hegemónico	Modelo Asháninka
<p>“las estrategias de salud han sido siempre acordes a las necesidades de los ciudadanos que no tienen adecuación indígena”-A</p> <p>“En las postas médicas hay deficiencias en la contratación de profesionales de la salud, hay establecimientos donde no hay ningún médico solamente labora un enfermero técnico que hace la función de médico, obstetra y más ...” -A</p> <p>“La DIRESA implementó equipos electrónico, pero, estos no funcionan en la zona porque no hay energía eléctrica y terminan malográndose, ¡no sirve de nada!” -A</p> <p>“Para el gobierno le cuesta todavía entender que el pueblo indígena tiene lo suyo con la riqueza en la práctica de la medicina tradicional, y cree que no necesitamos de la medicina occidental y condiciones de vida óptimas” -A</p> <p>“Los profesionales de la salud que se incorporan, son formados en instituciones que desconocen la cultura de los pueblos indígenas. Es así que ellos van a las comunidades con total desconocimiento cultural e imponen costumbres en relación a conocimientos occidentales dentro de su formación” -A</p>	<p>“La salud en los asháninkas se fundamenta en la medicina tradicional, siempre hemos acudido a ella en busca de la sobrevivencia y cura de cualquier enfermedad que se presente. Tenemos varias formas de atención médica tradicional” -A</p> <p>“hojas de campo identificadas por los sabios para realizar la purificación del alma y del cuerpo” -A</p> <p>“práctica de la medicina es la del espiritualismo, donde el sheripiari que es la persona que se ha preparado por mucho tiempo y ha sido adiestrado por un sabio se conecta con el mundo de otra dimensión”-A</p> <p>“En nuestra medicina, el uso de las plantas es fundamental ya sea a través de la resina, en mate, el uso de raíces u otras formas. En el pueblo asháninka tenemos una gran fortaleza a la mano sobre la naturaleza, porque tenemos muchas plantas y recibimos las energías de los animales y eso es lo que nos hace diferentes”-A</p> <p>“... restricciones de ciertos alimentos, lo que hace que se padezcan enfermedades como la anemia y desnutrición por las restricciones culturales” -A</p> <p>“la brujería es una creencia que ha existido por años en el pueblo asháninka, ya que todo se asocia a un espíritu de la naturaleza”-A</p>

“... después de la violencia política, el Ministerio de Salud volvió a contratar profesionales en salud, para los cuales los profesionales tenían de contar con estudios ya que las normas lo exigieron, quienes logran ocupar esos puestos de trabajo son los técnicos o profesionales y los promotores no son considerados por no contar con estudios, hoy en día se encuentran resentidos y realizan labores ad honorem” -A

“los profesionales que ingresan a laborar no respetan las costumbres y hay quiebre en la comunicación porque no entienden al paciente, por la lengua que hablamos y lo otro es que no se adecuan a nuestras costumbres y ¿qué pasó?, que el pueblo quiere profesionales asháninkas” -A

“el occidental tiene una estructura y base científica” -N

“La posta médica es parte estructural del MINSA, es como un consultorio y hay una en cada comunidad grande, ahí vas a encontrar un médico o una enfermera y a los promotores de salud que son los que interceden y hablan los temas de salud en el idioma asháninka y así es más fácil que los asháninkas reciban el tratamiento de la medicina occidental. Aunque no siempre es así, por ejemplo: cuando hay un parto el MINSA lo pide institucional, en una camilla donde tienes que abrir las piernas, de ahí al ginecólogo haciéndote el tacto y luego la obstetra para medir la dilatación, cosa que no se acepta, es una forma de atención que no aceptan las mujeres asháninkas pues no respeta la cultura” -N

“La salud de los pueblos indígenas no debería alinearse con el MINSA, porque se tiene una educación occidentalista que se enseña de medicina química y prácticas diferentes a la cultura asháninka y el imponerles esto rompe el respeto por la cultura”-N

“Los agentes comunitarios o promotores de salud no ven la hora de salir para atender una emergencia, ya sea de día o de noche, ellos toman una linterna para atender el parto o un paciente con mordedura de serpiente u otros casos” -A

“... los conocimientos de la medicina ancestral y dar a conocer el sistema de salud de los pueblos indígenas por una salud intercultural ... queremos identificarnos al ser conocedores de esta cultura tradicional” -N

“el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas es un proceso instaurado que tiene años de historia y se adecua de acuerdo a la geografía y cultura de cada pueblo, por eso no se puede interactuar adecuadamente en tema de salud de los pueblos indígenas si no se conoce el territorio, el idioma, su concepto en salud, su forma de vivir, ideología y creencias y es por eso que yo veo a muchos colegas que tienen esa dificultad”-N

“Nosotros tenemos la potencialidad de la medicina tradicional asháninka que nos hace revalorar nuestra cultura a través del conocimiento ancestral, con sus ideas de los sabios que interactúan con las plantas medicinales y que nos han ayudado y orientado para poder mantenernos como nación” -N

“Las estrategias, prácticas y formas de curar que se han empleado netamente de la medicina tradicional asháninka Son bien identificadas en este círculo de recurso humano que corresponde a las prácticas terapéuticas y el arte de la curación; existían desde antes, existen ahora y siguen trabajando para la comunidad de forma social” -N

<p>“Ahora el MINSA a través del Viceministerio de salud intercultural sacó una norma para el personal de salud donde sintetiza como debe ser la intervención en las comunidades para llevar la salud intercultural; pero no se está trabajando como debe ser” -N</p> <p>“el pueblo asháninka en su mayoría sufre una tasa alta de desnutrición, anemia, parasitismo y a pesar de ello la cobertura de salud es limitado, las atenciones del MINSA no llegan a los lugares más recónditos y es por ello que uno tiene que buscar alternativas”-N</p> <p>“... Crear medicamentos desde las plantas medicinales para el uso de la gente porque el MINSA no lo va a patentar pues no son conocimientos desde la ciencia o conocimiento occidental”-N</p>	<p>“Los promotores a diferencia de los sabios que son un recurso netamente del pueblo, es un aliado estratégico del MINSA son la columna vertebral porque ayudan a la relación de la medicina occidental y la medicina tradicional, como son del pueblo respetan las ideas y cultura” -N</p> <p>“Así es como se entiende la salud comunitaria asháninka, estamos organizados comunitariamente y tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después. Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y mejorar su salud de manera organizada”-N</p> <p>“En la nación asháninka hay una enfermedad que la hemos definido entre varios como síndrome cultural, que es una enfermedad desconocida por la medicina occidental, no está basada en la ciencia médica sino más en la cultura de los pueblos asháninkas” -N</p> <p>“la cultura asháninka está viva y su medicina tradicional está viva y da soluciones a los problemas de salud con nuestras prácticas y herramientas que son las plantas medicinales porque somos los dueños del conocimiento de la medicina tradicional”-N</p>
--	--

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales. Se hace uso de la sigla -A, para referirse a la lideresa asháninka Abelina y la sigla -N, para referirse al médico asháninka Niel.

Comprender la salud comunitaria desde los pueblos indígenas nos lleva a deconstruir el conocimiento que ha sido enseñado desde la academia y co-construir una concepción desde la realidad y cosmovisión de estos actores sociales. Corresponde conocer sus prácticas, saberes y acciones en salud para llegar a la conciencia entendida e interpretada que tiene el propio pueblo sobre la salud.

El concepto de salud que tiene el pueblo indígena difiere a la idea del modelo hegemónico en salud. Este paradigma concibe a la salud como la capacidad física y mental óptima, y por enfermedad cuando esta capacidad no se presenta, es decir, cuando algo se averió en la máquina. Corresponde a un modelo biomédico en salud con una visión individualista que va en una línea recta de enfermedad-salud-enfermedad. Bajo este concepto se adoctrina a los profesionales de la salud, lo que lleva a prácticas de atención y tratamiento alejadas de la realidad de los pueblos indígenas, por ende, a un rechazo a este modelo, al irrumpir en sus saberes, prácticas, cosmovisión y entendimiento de la salud.

El pueblo asháninka entiende la salud de forma holística e integral, en busca de un estado de completo bienestar y armonía en el plano espiritual, material y físico, tanto de forma interna como externa al sujeto. Comprende un equilibrio espiritual, con la madre naturaleza/territorio, con los miembros del pueblo y con uno mismo, por tanto, la enfermedad se entiende como un malestar al presentarse un desequilibrio en esta armonía de elementos.

El concepto que se le da a la salud y enfermedad depende de los sistemas, símbolos y significados culturales propios del pueblo, que son atravesados desde su condición social, colectiva e histórica. Por ello, al universalizar el modelo biomédico en salud se genera un proceso de homogeneización estructural e invisibilización de otras realidades.

El pueblo asháninka ha desarrollado procesos de aculturación a lo largo de su historia, debido a diferentes sucesos sociopolíticos que se desarrollaron dentro del pueblo. De tal forma, no existe un rechazo de los asháninkas al modelo biomédico en salud, sin embargo, la forma de incorporar e imponer el conocimiento y prácticas genera un choque cultural.

Al presentarse un modelo en salud hegemónico que impone y no tiene presencia intercultural, los pueblos indígenas llevan a cabo la salud comunitaria como proceso de resistencia, para mejorar y preservar la salud del pueblo. Las acciones en salud comunitaria corresponden a prácticas propias del pueblo, apoyada de sus saberes y conocimiento ancestral, donde la participación comunitaria funge un papel importante en el desarrollo de dichas acciones.

Todo pueblo/comunidad cuenta con acciones protectoras, las cuales surgen a partir de sus prácticas, habilidades y cultura, por tanto, el mismo pueblo es su mejor referente para desarrollar acciones en beneficio, pues es este, quien conoce sus capacidades, limitaciones y necesidades. En este accionar es donde se hace presente una participación comunitaria.

La participación activa del pueblo conlleva una responsabilidad por el bien común; hay un ser, hacer y tener parte en temas de salud, es decir, el pueblo asháninka es capaz de reconocer, organizarse y participar, partiendo de elementos que posee la comunidad para contribuir en las condiciones de salud que desean y en beneficio de la misma.

En los discursos se pueden ver la participación en sus procesos de organización comunitaria ante la pandemia por Covid-19; del mismo modo, el tener un líder comunal en salud que fortalece la lucha, que levanta su voz de protesta para crear la salud que el pueblo quiere y necesita y la organización e involucramiento del pueblo en las actividades y decisiones.

Dentro de estas acciones en salud comunitaria, las prácticas y saberes tradicionales en salud tienen otro rol de importancia. Es en estas prácticas donde se hacen presentes los recursos humanos propios del pueblo asháninka, aquellos que Ceriani (2019) propone como circuitos subalternos en salud. Entre estos circuitos en salud se reconoce las prácticas de curación como la evaporadora, huesera, matrona, hierbera, y más; prácticas que se realizan con plantas medicinales. Del mismo modo, se presenta el sheripiari, considerado el máximo conocedor y sanador en torno a la salud, pues dentro de su labor es crear un puente entre lo físico y espiritual. Gran parte de la concepción de salud del pueblo asháninka está relacionada con el plano espiritual.

Otras de las prácticas en salud comunitaria es a través de los agentes comunitarios o promotores en salud, en el discurso estos son considerados la columna vertebral de la salud comunitaria al ser capaces de desarrollar una salud intercultural adecuada; esto se debe, a que los promotores fueron capacitados en algún momento desde la medicina biomédica, sin embargo, al ser personas originarias del pueblo, hablan el idioma y no pierden la cosmovisión de entender y atender la salud; además, realizan trabajo de promoción y prevención en el pueblo.

A pesar de las prácticas en salud comunitaria y el beneficio otorgado en la población asháninka, el pueblo reconoce que hay ocasiones donde es necesario tener un diagnóstico-tratamiento y conocimiento desde la medicina occidental, sin embargo, al no haber una regulación en el trato, no hablar el idioma, no aceptar y respetar la cosmovisión y creencias, es decir, al no fomentar una salud desde una mirada intercultural ocasiona una deficiencia y rechazo.

En este sentido, encontramos que hay una organización comunal en la atención médica desde un formato de atención primaria y secundaria. Parte de la atención primaria es asistir con

los recursos humanos del pueblo para llevar procesos de sanación-curación desde la medicina tradicional asháninka. Este es el primer acercamiento porque hay confianza en los procesos curativos, prácticas y saberes ancestrales. Corresponden a prácticas realizadas desde la cosmovisión del pueblo. La atención secundaria entra cuando no hay mejoría, es ahí, cuando los pobladores optan por asistir a las postas médicas y que se realice una atención-tratamiento desde el enfoque biomédico. Otro caso de asistencia a las postas, es si el sheripiari o promotor de la salud les indicó que necesitan de la medicina biomédica.

Es así, que la salud comunitaria del pueblo asháninka ha resemantizado el concepto, al comprenderse desde los significados, conceptos y entendimiento del mismo pueblo.

La salud comunitaria de los asháninkas se desarrolla desde y para ellos, es parte de un sistema integrado para fomentar la salud que desean, a pesar del incumplimiento e ineficiencias dentro de un modelo de salud hegemónico que busca imponer.

Como podemos observar, el modelo de salud asháninka dista del modelo hegemónico en salud. El modelo asháninka supera la visión simplista del sujeto al integrar un entramado psicosocial al proceso de bienestar y curación del sujeto.

Por un lado, el modelo hegemónico biomédico hace hincapié en la enfermedad y comprende la salud desde bloques aislados. Si hay un bloque malo (enfermedad), simplemente se repone. Por el contrario, en el modelo de salud asháninka hay una unificación de los bloques, es decir, todo aquello de su contexto interno-externo, lo físico, material y espiritual debe estar en completa armonía, es así que se concibe el bienestar, el buen vivir, o lo que se dice, la salud.

Lo anterior nos muestra la importancia de comprender la salud comunitaria desde la episteme propia del pueblo, ya que hacerlo desde un conocimiento alejado a su realidad lleva a

generar prácticas inadecuadas en temas de salud; sea desde un Estado, institución, profesionales en salud y academia.

Una vez abordado el análisis sobre la salud comunitaria asháninka, la siguiente categoría a analizar es la resistencia comunitaria. La *tabla 3. Resistencia comunitaria de los asháninkas*, pretende analizar los procesos de resistencia comunitaria en el pueblo asháninka ante una relación asimétrica de poder. De tal forma, la matriz de análisis se desarrolla bajo dos variables: el dominador y dominado. Para ello, en la columna posterior se busca analizar: ¿qué se impone y cómo se impone?, por parte del dominador, y ¿cuáles son las estrategias para subvertir las relaciones de poder?, por parte del dominado.

Tabla 3.

Resistencia comunitaria de los asháninkas

Relaciones de poder	Qué se impone y cómo
<p>Dominador (sociedad/estado/ academia)</p>	<p>“los religiosos misioneros que llegaron al pueblo con el objetivo de evangelizar a los indígenas, de esa manera nos hemos visto invadidos de forma cultural y espiritualmente” -A</p> <p>“... Estos grupos armados vinieron a la comunidad utilizando al pueblo indígena para sus luchas e insertarnos a sus filas con el objetivo de que se acabara la pobreza y mediante la estrategia de obtener el absoluto poder político de la región” -A</p> <p>“la gente económicamente acomodada que cree que tiene el poder y atropella los derechos de los pueblos indígenas amazónicos” -A</p> <p>“A nivel de Perú tenemos el descuido total del gobierno que priorizan otros temas y la salud sigue siendo postergado por muchos años, por tanto, no hay una política que se consideren desde las necesidades de los pueblos indígenas, las estrategias de salud han sido siempre acordes a las necesidades de los ciudadanos que no tienen adecuación indígena” -A</p> <p>“El sistema de salud a nivel de los pueblos indígenas no tiene pertinencia cultural, existen establecimientos de salud con niveles que no cumplen los protocolos ni los estándares que el MINSA establece ... tampoco se cuenta con logística suficiente y de equipamiento para el buen funcionamiento de un establecimiento de salud, la DIRESA implementó equipos electrónicos, pero, estos no funcionan en la zona porque no hay energía eléctrica” -A</p> <p>“los profesionales de la salud que se incorporan, son formados en instituciones que desconocen la cultura de los pueblos indígenas. Es así que ellos van a las comunidades con total desconocimiento cultural e imponen costumbres en relación a conocimientos occidentales dentro de su formación, llegando a tener choques culturales. La DIRESA es la que permite esto al contratar a los profesionales sin capacitarlos en el tema cultural” -A</p>

	<p>“El MINSA volvió a contratar profesionales en salud, para los cuales los profesionales tenían de contar con estudios ya que las normas lo exigieron ... y los promotores no son considerados por no contar con estudios” -A</p> <p>“...cuando hay un parto el MINSA lo pide institucional, en una camilla donde tienes que abrir las piernas, de ahí al ginecólogo haciéndote el tacto y luego la obstetra para medir la dilatación, cosa que no se acepta, es una forma de atención que no aceptan las mujeres asháninkas pues no respeta la cultural” -N</p> <p>“la salud la ven desde un nivel nacional y de ahí vienen muchas contrariedades y un choque cultural” -N</p> <p>“... las atenciones del MINSA no llegan a los lugares más recónditos y es por ello que uno tiene que buscar alternativas” -N</p> <p>“desde el occidente se desconoce la cosmovisión indígena y no hay respeto y atención desde la cultura”-N</p>
	<p>Estrategias para invertir las relaciones de poder</p>
<p>Dominado (pueblo indígena asháninka)</p>	<p>“La salud en los asháninkas se fundamenta en la medicina tradicional, siempre hemos acudido a ella en busca de la sobrevivencia y cura de cualquier enfermedad que se presente” -A</p> <p>“hay una dirección de interculturalidad que vela por la importancia de la salud de los pueblos indígenas, como es la implementación de la salud intercultural, interés que salió por la lucha colectiva de los líderes indígenas. En esta subdirección de interculturalidad se viene trabajando fuertemente con los líderes e intérpretes para que se respete, se use y se institucionalice la lengua materna. También, estamos planificando la creación de una asociación de profesionales de la salud asháninka, ya que es necesario hacer que los profesionales de salud por lo menos conozcan nuestra cultura, idiosincrasia y cosmovisión indígena de cómo nos desarrollamos, para lograr una salud intercultural y así hacer respetar y defenderla”-A</p> <p>“Existe una autoridad como el presidente de la salud ... los representantes se reúnen una vez al año en las asambleas comunales para planificar las actividades. En ese sentido, el pueblo asháninka siempre está al pendiente y participativamente en todas las actividades” -A</p>

	<p>“Lo que hago es difundir nuestra cultura asháninka y presentarle al mundo que somos una gran nación, tenemos riqueza y biodiversidad, hoy en día venimos existiendo con estrategias por la lucha del bien común. Nos queda expandir y dar a conocer nuestra cultura viva, exponiendo nuestras fortalezas”-A</p> <p>“Nosotros tenemos la potencialidad de la medicina tradicional asháninka que nos hace revalorar nuestra cultura a través del conocimiento ancestral, con sus ideas de los sabios que interactúan con las plantas medicinales y que nos han ayudado y orientado para poder mantenernos como nación y dar solución a los problemas de salud” -N</p> <p>“tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después. Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y mejorar su salud de manera organizada” -N</p> <p>“Para el cumplimiento de estos objetivos está el respaldo interno de la comunidad, depende de los líderes que tienen que representar para salir de ese problema en conjunto, así vas a encontrar estatutos comunales y la organización de cada comunidad y esa son las reglas de vivir en una comunidad” -N</p> <p>“... encaminamos el trabajo para que el personal esté capacitado en estas áreas de medicina o salud intercultural, que conozcan la geografía, el pensamiento y la cosmovisión del asháninka”-N</p> <p>“... capacitaciones y hacer guías en como quiere la comunidad que los atiendan en salud, respetando la convivencia y vivencia de la población” -N</p> <p>“Los trabajadores de la salud cuando no prestan las atenciones debidas o no cumplen el protocolo, quedan pigmentados de negro y esto no se borra hasta después de quince días y entonces así se sabe que el profesional de salud cometió una falta” -A</p> <p>“para el 2004 hubo un reclamo al gobierno donde hubo manifestaciones y protestas de transporte vial y otros tipos, la lucha era para poder reconocer a través del MINSA la labor de los promotores de la salud”-A</p> <p>“ parte de esta lucha constante ante el gobierno para pedir que los profesionales de la salud asháninkas sean una vez más considerados en las convocatorias y que sean contratados” -A</p>
--	--

	<p>“En la selva se cuenta con un instituto asháninka donde se enfatiza el estudio de la medicina tradicional y ... contar con profesionales indígenas de la salud del pueblo asháninka que respeten e integren nuestros conocimientos ancestrales” -A</p> <p>“Los asháninkas primero acuden al sabio o a algunas de estas prácticas de medicina tradicional pues confían bastante en estos recursos humanos valiosos, esto ya es un acuerdo comunal y ahí hablamos de salud comunitaria” -N</p> <p>“...quien define si es un síndrome cultural o una enfermedad para el médico o la enfermera justamente es el sabio o el curandero” -N</p> <p>“Cuando alguna autoridad se ha portado mal le castigan, le chalanquean o le pintan la cara con achiote y son tipos de castigos que hace la comunidad indignada para no perder su voz” -N</p> <p>“estamos trabajando en la parte de salud intercultural con la Asociación de Medicina Natural Tradicional donde buscamos llevar una alternativa de medicina tradicional para respetar la cultura asháninka y no imponer prácticas que muchas veces rompe o no respeta la cultura” -N</p>
--	--

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales. Se hace uso de la sigla -A, para referirse a la lideresa asháninka Abelina y la sigla -N, para referirse al médico asháninka Niel.

La resistencia comunitaria se presenta a partir de la respuesta a la dominación, es decir, como solución ante una asimetría de poder donde hay una relación dominador-dominado.

Se presenta un dominador que busca y reproduce una hegemonía estructural, social, económica y política. En este dominador entran sujetos sociales claves como es el Estado, la academia-instituciones y los profesionales de la salud. En el caso del dominado, corresponde al pueblo asháninka, ya que, la estructura del estado-nacional lleva a una invisibilización y negación de los pueblos indígenas.

En temas de salud, el dominador busca imponer a través de ciertos mecanismos que se esbozan en la narrativa de los discursos. Por ejemplo: la presencia de un gobierno que busca implementar postas de salud para aplicar la medicina desde un modelo biomédico-hegemónico. La contratación de profesionales de salud que no tienen conocimiento sobre la realidad y cosmovisión del pueblo, lleva a imponer la medicina desde un concepto estudiado y naturalizado que se aleja de la comprensión, creencias, prácticas y saberes propios del pueblo.

Nos encontramos con un gobierno que no conoce la realidad de los pueblos indígenas, que integra políticas públicas deficientes e inadecuadas desde la realidad y necesidad del pueblo. Además, de la nula intervención en las condiciones primarias de vida, que tienen un impacto negativo y perjudicial a la salud.

La visión de llevar la salud por parte de esferas gubernamentales, es a través de proyectos que no comprenden la realidad y cosmovisión del pueblo, es decir, se desarrolla desde una comprensión occidental, desde la capital, lo que ejemplifica una vez más el proceso de hegemonía estructural.

Ante un dominador que impone, nos encontramos con un dominado que enfrenta y subvierte estas relaciones de poder. El pueblo asháninka mantiene procesos de resistencia a

través de preservar y reproducir la cultura, prácticas y saberes ancestrales en torno a la salud; estrategia de resistencia que busca sobrevivir ante una imposición civilizatoria, en el caso, ante un modelo hegemónico en salud que se aleja de la cosmovisión y realidad de los pueblos indígenas. Ante esta acción de resistir, el dominado sobrevive en la medida en que se logre conservar y reproducir los elementos de su cultura. La presencia de la salud comunitaria de los asháninkas, desde sus recursos humanos propios, así como el uso de la medicina tradicional como parte curativa, y la incorporación de su salud intercultural, a través de fomentar profesionales en salud propios del pueblo y de incorporar una medicina biomédica-tradicional en los tratamientos; nos presenta claros ejemplos de mecanismos de resistencia comunitaria de los asháninkas.

Se agrega a estos mecanismos de resistencia: las formas de organización, participación y acciones propias que realiza el pueblo asháninka como resistencia socio-política y cultural. Ejemplificado estos procesos: tener estatutos comunales; realizar mingas para solución de problemas; de levantar la voz, organizarse y accionar en beneficio de la salud, donde los líderes representantes intervienen en la lucha interna y externamente por el bienestar común; así como, los proyectos y asociaciones que han formado como parte de la lucha. Estas acciones nos presentan a los asháninkas como un pueblo con mecanismos de resistencia que transforman las relaciones de poder.

Aquí, corresponde cuestionarnos, ¿el dominador puede ser dominado y el dominado puede ser dominador? La teoría nos habla que los procesos de resistencia se pueden subvertir. Los asháninkas son un pueblo que ha sido invisibilizado, negado y que se les ha impuesto una estructura social, política, económica y cultural desde el capital, desde el occidente, sin embargo, es un pueblo que a lo largo de su historia ha resistido y sobrevivido, por tanto, es un pueblo que a

través de sus procesos de resistencia comunitaria ha pasado de ser un dominado a tener dominio sobre sí mismos, es decir, no deja que se les ignore, no permite que se les calle, no permite que se les imponga; por el contrario, ellos crean mecanismos y procesos de resistencia para subvertir esta relaciones de poder.

Una vez explicado el análisis sobre la resistencia comunitaria en el pueblo asháninka, corresponde pasar a la última categoría de análisis, el sentido del nosotros. Para el análisis del sentido del nosotros se realizaron las siguientes cuatro tablas (*tabla 4. Vocalizar el nosotros, tabla 5. Sentir el nosotros, tabla 6. Vivir el nosotros y tabla 7. Conciencia del nosotros*), cada una representa un componente del sentido del nosotros. En las tablas se recupera información de la lideresa asháninka y el médico asháninka como en los categorías analíticas anteriores, sin embargo, en este caso las respuestas de los actores es dividida en columnas diferentes, con el fin de analizar la presencia y similitud de los contenidos.

La primera tabla describe el vocalizar el nosotros, teniendo como variable la interpretación hablada de la palabra -nosotros- dentro de las narrativas. La siguiente tabla, desglosa el componente del sentido del nosotros, en la cual, se presenta en las filas los sentires expresados por los actores sociales dentro de las narrativas. Posteriormente, la tabla sobre el vivir el nosotros, pretende recuperar la participación y organización del pueblo asháninka en torno a la salud, así como, la recuperación de sus prácticas, tradiciones/costumbres y cosmovisión, es decir, recuperar parte de su vida cotidiana a través de sus acciones del día a día. La última tabla, corresponde al componente de la conciencia del nosotros, la cual, se divide en los siguientes aspectos: conciencia del lugar ocupacional del pueblo asháninka en el mundo, comprensión sobre sus problemáticas, necesidades y soluciones, y conciencia sobre cómo operan las fuerzas sociales en torno a la salud.

Tabla 4.

Componente del sentido del nosotros: Vocalizar el nosotros en el pueblo asháninka.

Vocalizar el nosotros	Lideresa asháninka	Médico asháninka
<p>Interpretación hablada de “nosotros”</p>	<p>“... con los indígenas de la selva el sentimiento de unión y del nosotros unidos y a través de los líderes comunales, regionales y nacionales hace que nos levantemos, tengamos voz, donde pedimos que no seamos olvidados”</p> <p>“... nosotros también formamos parte de un territorio, de una nación, nosotros los indígenas nos desarrollamos a través de nuestra cultura y cosmovisión. Recalcó, nosotros los asháninkas somos trabajadores, luchadores y salimos adelante, a través de nuestras organizaciones comunales”</p> <p>“ ... para nosotros es una gran alegría saber que vamos a contar con profesionales indígenas de la salud del pueblo asháninka que respeten e integren nuestros conocimientos ancestrales”</p>	<p>“No podemos tratar a los pueblos indígenas con el mismo sistema de los colonos, tenemos que mirarlo con otros ojos y para eso nosotros nos hemos formado y estamos sumando fuerzas para poder cumplir este reto”</p> <p>“Uno de los objetivos de la lucha asháninka por la salud, que para nosotros ha sido prioridad, es revalorar nuestra cultura asháninka”</p> <p>“Nosotros tenemos la potencialidad de la medicina tradicional asháninka ...”</p> <p>“Lo que nosotros queremos es llevar la salud a otra parte desde la interculturalidad”</p> <p>“... nosotros damos más de lo que han dicho de nosotros porque queremos seguir aportando a lo que es la salud de los pueblos originarios”</p> <p>“... nosotros los asháninkas estamos empoderados, organizados y activos en lo que necesitamos y tenemos que dar el paso nosotros para conseguir el logro que deseamos”</p>

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales.

Tabla 5.

Componente del sentido del nosotros: Sentir el nosotros en el pueblo asháninka

Sentir el nosotros	Lideresa asháninka	Médico asháninka
Vulnerabilidad / Desamparo	<p>“... he visto muchos atropellos por parte de la gente económicamente acomodada que cree que tiene el poder y atropella los derechos de los pueblos indígenas amazónicos y como mujer indígena nos sentimos vulnerables”</p> <p>“... mi familia y yo fuimos desplazados de nuestro pueblo; este evento oscureció las esperanzas de permanecer con vida”</p> <p>“Los sentimientos que acompañan las condiciones de la salud en los asháninkas, es el sentimiento de desamparo, el sentimiento del olvido, la impotencia de los líderes de no lograr que su pueblo pueda ser atendido y solucionar sus problemas de salud”</p>	<p>“... cuando el terrorismo invadía al pueblo, salí de ahí para ir a la ciudad como forma de refugio”</p>
Desprecio	<p>“Al asháninka que se siente despreciado por su comida o su bebida, marca una gran diferencia con el profesional o persona foránea ...”</p>	
Vengativo		<p>El asháninka es unido y se apoya pero también es vengativo ... por ejemplo, cuando alguna autoridad se ha portado mal le castigan ... son tipos de castigos que hace la comunidad indignada para no perder su voz”</p>

Unión	“... con los indígenas de la selva el sentimiento de unión y del nosotros unidos y a través de los líderes comunales, regionales y nacionales hace que nos levantemos, tengamos voz, ...”	“Estando solo en este camino no es fácil, pero gracias al apoyo de la gente me siento con más ánimos para seguir aprendiendo y seguir luchando para que puedan beneficiarse todas las comunidades ...”
Valentía	<p>“yo quiero ser la mujer que está al frente de esto con mi voz de protesta y demostrar que una mujer indígena puede lograr muchas cosas”</p> <p>“El pueblo indígena se ha cansado de este maltrato, de esta discriminación ahora levanta la voz de protesta para decir que nosotros también formamos parte de un territorio ...”</p>	“nosotros los asháninkas estamos empoderados, organizados y activos en lo que necesitamos y tenemos que dar el paso nosotros para conseguir el logro que deseamos”
Orgullo	<p>“Estos sentimientos hacen que seamos más unidos todos por el bien común”</p> <p>“El pueblo indígena se ha caracterizado por ser un pueblo organizado en salir adelante a través de protestas y reclamos con coraje y hacerse respetar...”</p>	“Para mi es un sentimiento positivo y un orgullo de poder ser parte de este proyecto fortaleciendo la medicina intercultural y aportando a la nación asháninka”

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales.

Tabla 6.

Componentes del sentido del nosotros: Vivir el nosotros en el pueblo asháninka

Vivir el nosotros	Lideresa asháninka	Médico asháninka
<p>Organización y participación en prácticas y circuitos de salud</p>	<p>“estoy empezando a hablar con los profesionales de la salud para poder explicar a la población cómo funciona el sistema de nuestro organismo, ... pero siempre desde nuestra cosmovisión, y eso es tarea de mi persona y de los líderes que estamos al frente para mejorar la salud de la población”</p> <p>“cuando una persona enferma acude primero a la medicina ancestral, luego si el paciente mejora, ahí queda; pero si continúa con esa enfermedad el paciente acude a un establecimiento de salud del MINSA para recibir el tratamiento farmacéutico de la medicina occidental”</p> <p>“la implementación de la salud intercultural, interés que salió por la lucha colectiva de los líderes indígenas. En esta subdirección de interculturalidad se viene trabajando con los líderes e intérpretes para que se respete, se use y se institucionalice la lengua materna. También, estamos planificando la creación de una asociación de profesionales de la salud asháninka, ... para lograr una salud intercultural y así hacer respetar y defenderla”</p>	<p>“El presidente de salud forma un comité que tiene a su promotor, y ¿quien va a ser el promotor?, ahí es la cuestión voluntaria, alguien se propone o también hay propuestas de la comunidad”</p> <p>“... estamos organizados comunitariamente y tenemos a los promotores de la salud del pueblo y los recursos humanos así como el uso de la medicina tradicional y estos son el soporte para cualquier enfermedad o proceso negativo que pueda venir ahora o después. Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y mejorar su salud de manera organizada...”</p> <p>“Los asháninkas primero acuden al sabio o a algunas de estas prácticas de medicina tradicional pues confían bastante en estos recursos humanos valiosos, esto ya es un acuerdo comunal”</p> <p>“El reconocimiento que hemos tenido los pueblos indígenas es gracias a las organizaciones representativas, estamos organizados y es una estructura que va de distrito, provincia, región y departamento y eso hace que podamos ser reconocidos, si no estuviéramos organizados no habría reconocimiento”</p>

	<p>“Las comunidades cuentan con estatutos comunales, son las normas, donde se encuentran plasmados las obligaciones y sanciones. Por ejemplo, la persona que incurra en el uso de un lenguaje discriminatorio o haya cometido una falta, la comunidad lo expulsan, también hay castigos como el pintado del rostro frente a la asamblea, que significa el castigo comunal”</p> <p>“Cada comunidad nativa tiene sus organizaciones que están preparadas para poder afrontar las necesidades del pueblo, en salud, existe una autoridad como el presidente de la salud -que es un líder, en la comunidades respetado y con él se tiene que coordinar todas las acciones de salud-; los representantes se reúnen una vez al año en las asambleas comunales para planificar las actividades. En ese sentido, el pueblo asháninka siempre está al pendiente y participativamente en todas las actividades“</p> <p>“... los promotores de salud, su labor promocional es realizar charlas educativas, ahora por la pandemia realizan actividades preventivas como el lavado de manos y sesiones demostrativas de alimentación. Pero no solo eso, también realizan una labor asistencial cuando el personal de salud está ausente”</p> <p>“... en el 2004 hubo un reclamo al gobierno donde hubo manifestaciones y protestas de transporte vial y otros tipos, la lucha era para poder reconocer a través del MINSA la labor de los promotores de la salud”</p>	<p>“... en general las necesidades básicas como educación, vivienda, alimentación, y salud nosotros cubrimos esas necesidades justamente con el trabajo comunitario, se cubren grupalmente, por ejemplo en las mingas se solicita el apoyo y así lo hacemos más social, más comunitario porque “si tu me apoyas yo tambien te apoyo”, no hay que pagar, eso es mas capitalista y aca es mas social “yo no te voy a pagar pero te voy a invitar mi masato”, y bueno eso es de los pueblos indígenas de esa manera nos construimos”.</p> <p>“Para el cumplimiento de estos objetivos está el respaldo interno de la comunidad, depende de los líderes que tienen que representar para salir de ese problema en conjunto, así vas a encontrar estatutos comunales y la organización de cada comunidad y esa son las reglas de vivir en una comunidad y es bonito porque hay armonía, paz y hace que tengas ese sentido de la comunidad”</p> <p>“El asháninka es unido, organizado y se apoya pero también es vengativo y se rige con la ley de la comunidad, por ejemplo, cuando alguna autoridad se ha portado mal le castigan, le chacalean o le pintan la cara con achiote y son tipos de castigos que hace la comunidad indignada para no perder su voz”</p> <p>“Como parte de la lucha para lograr ser visibilizado estamos trabajando en la parte de salud intercultural con la .Asociación de Medicina Natural Tradicional donde buscamos llevar una alternativa de medicina para respetar la cultura asháninka y no imponer prácticas”</p>
--	--	---

	<p>“En la selva se cuenta con un instituto asháninka donde se enfatiza el estudio de la medicina tradicional y para nosotros es una gran alegría saber que vamos a contar con profesionales indígenas de la salud ...”</p>	<p>“... hubo siempre un liderazgo para poder organizarlo todo, la prevención surgió de los promotores y con el uso de la medicina natural hubo un gran resultado, la incidencia fue menor y la población está más tranquila así pudimos salir airosos de esta pandemia. Ahora viene la segunda ola y la estrategia es la misma: usar la medicina tradicional, usar los remedios que hay y aliarse con las postas médicas para hacer un buen trabajo organizativo”</p>
<p>Accionar en su vida cotidiana. (Recuperación de tradiciones, costumbres, etc)</p>	<p>“somos muy espiritualistas, creemos que el árbol tiene energía, espíritu, que el cerro y que las aguas también tienen una madre y que en cada cosa se tiene una propiedad, ese es nuestro mundo, nuestra costumbre, nuestra cosmovisión, nuestra forma de vida”</p> <p>“La salud en los asháninkas se fundamenta en la medicina tradicional, siempre hemos acudido a ella en busca de la sobrevivencia y cura de cualquier enfermedad que se presente. Tenemos varias formas de atención médica tradicional...”</p> <p>“... tiene mucho que ver la inmunidad que tenemos como pueblo, pues desde pequeños estamos descalzos, estamos en contacto con la tierra y recibimos las energías de la naturaleza”</p> <p>“La brujería es una creencia que ha existido por años en el pueblo asháninka, ya que todo se asocia a un espíritu de la naturaleza”</p>	<p>“Los asháninkas entendemos la salud como un bienestar desde una concepción holística, desde nuestra creencia, formas de vida y el conocimiento ancestral”</p> <p>“En la nación asháninka hay una enfermedad que la hemos definido entre varios como síndrome cultural, que es una enfermedad desconocida por la medicina occidental”</p>

	<p>“en el pueblo asháninka cuando el profesional ingresa, los pobladores en forma de agradecimiento por tener a un profesional nuevo lo reciben invitándoles la comida y bebida regional que es el masato ... Para preparar el masato, los asháninkas masticamos el camote crudo y con ayuda de un mazo se aplasta la yuca sancochada hasta formar una masa, se sabe que con la saliva se fermenta más rápido la masa y por eso se hace así ...”</p> <p>“... Para el pintado del rostro se utiliza el achiote u otros productos que hay en la comunidad como el huito, que se utiliza para ser aplicado en el rostro dejando una pigmentación negra”</p> <p>“Lo que hago es difundir nuestra cultura asháninka y presentarle al mundo y decirle que existimos y que somos una gran nación, tenemos riqueza y biodiversidad, hoy en día venimos existiendo con estrategias por la lucha del bien común. Nos queda expandir y dar a conocer nuestra cultura viva, exponiendo nuestras fortalezas”</p>	
--	---	--

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales.

Tabla 7.

Componentes del sentido del nosotros: Conciencia del nosotros en el pueblo asháninka

Conciencia del nosotros	Lideresa asháninka	Médico asháninka
<p>Lugar ocupacional en el mundo</p>	<p>“A nivel de Perú tenemos el descuido total del gobierno que priorizan otros temas y la salud sigue siendo postergada por muchos años...”</p> <p>“Perú tiene tres regiones muy diferenciadas, costa, sierra y selva, cada región tiene sus características muy particulares, porque va depender mucho de la geografía en la que se encuentra para poder tener condiciones de desarrollo, sociales y ambientales”</p> <p>“Hoy en día con la pandemia se ha desnudado la realidad nacional del estado de salud en el Perú profundo, lo que nosotros ya vivíamos, tantos reclamos en donde no tomaban la debida importancia, pues el sistema de salud de los pueblos indígenas no es el óptimo”</p> <p>“Los asháninkas ya no somos ese pueblo que sólo contempla, somos un pueblo que analiza, reclama sus derechos, porque también sentimos ciertas dolencias y que formamos parte de un pueblo diversificado culturalmente. Esta lucha vamos a seguirla, porque creemos que los pueblos indígenas merecemos todos los derechos que tenemos como peruanos”</p>	<p>“... hemos querido interactuar la medicina occidental con la medicina tradicional y ahí estamos nosotros llevando estas ideas al Gobierno Nacional y el MINSA haciéndoles saber que es un derecho de los pueblos que se tenga un sistema de salud con perspectiva cultural y haya una mejor atención y trato. Pero la salud la ven desde un nivel nacional y de ahí vienen muchas contrariedades y un choque cultural”</p> <p>“... las leyes internacionales cómo la OIT convenio 169 que avala una normativa que nos fortalece cómo pueblos indígenas y eso es lo que nos hace coexistir con el Estado”</p> <p>“Hablando de apoyos del gobierno, nosotros nos hemos sentido limitados porque no hay interés, el gobierno le interesa donde hay capital, donde se mueve la economía y esta es una lucha constante”</p> <p>“... desde el occidente se desconoce la cosmovisión indígena y no hay respeto y atención desde la cultura”</p>

		<p>“Yo pienso que ese es un aporte que vamos a dejar y esa es la idea, hacer que la medicina tradicional pueda darse a conocer para otras generaciones”</p>
<p>Comprensión de problemáticas, necesidades y soluciones</p>	<p>“... los profesionales que ingresan a laborar no respetan las costumbres y hay quiebre en la comunicación porque no entienden al paciente, por la lengua que hablamos y lo otro es que no se adecuan a nuestras costumbres ...”</p> <p>“nos hemos visto invadidos de forma cultural y espiritualmente. La evangelización se dio a través de una concientización a los asháninkas porque no creíamos en un Dios como lo presentaron los misioneros, los asháninkas creemos en un ser supremo, en la madre naturaleza a la que tenemos que pedir permiso; somos muy espiritualistas...”</p> <p>“.. la dieta en la gestante está bastante arraigada a nuestras costumbres y es muy fuerte los tipos de restricciones de ciertos alimentos, lo que hace que se padezcan enfermedades como la anemia y desnutrición por las restricciones culturales”</p> <p>“Tampoco se cuenta con servicio de saneamiento de agua potable, el consumo de agua proviene de riachuelos y es conectada a red pública directa, en consecuencia, se tiene niños con abdomen abultado por los parásitos, y con anemia”</p>	<p>“Nosotros tenemos la potencialidad de la medicina tradicional asháninka que nos hace revalorar nuestra cultura a través del conocimiento ancestral, con sus ideas de los sabios que interactúan con las plantas medicinales y que nos han ayudado y orientado para poder mantenernos como nación y dar solución a los problemas de salud”</p> <p>“... en los determinantes de la salud yo pienso que aún nos falta bastante porque el gobierno no actúa para suplir necesidades como agua potable, desagüe, flúor eléctrico, carreteras e internet y son necesidades que implican en las condiciones y calidad de vida. Por lo mismo el pueblo asháninka en su mayoría sufre una tasa alta de desnutrición, anemia, parasitismo y a pesar de ello la cobertura de salud es limitado, las atenciones del MINSA no llegan a los lugares más recónditos y es por ello que uno tiene que buscar alternativas”</p> <p>“... el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas es un proceso instaurado que tiene años de historia y se adecua de acuerdo a la geografía y cultura de cada pueblo por eso no se puede interactuar adecuadamente en tema de salud de los pueblos indígenas si no se conoce el territorio, el idioma, su concepto en salud, su forma de vivir, ideología y creencias y es por eso que yo veo a muchos colegas que tienen esa dificultad”</p>

	<p>“En general en zonas rurales, no se cuenta con servicios básicos: como agua entubada, no hay acceso a los alimentos, no hay energía eléctrica y por lo tanto no cuentan con servicios de telefonía móvil para comunicarse con sus familias ni condiciones básicas”</p> <p>“Se saben de casos de profesionales de la salud que han sido expulsados porque no respetan la cultura indígena”</p> <p>“En el pueblo asháninka tenemos una gran fortaleza a la mano sobre la naturaleza, porque tenemos muchas plantas y recibimos las energías de los animales y eso es lo que nos hace diferentes. Nosotros no nos hacemos problemas, encontramos las soluciones en nuestro medio pues somos muy espiritualistas, es así que el pueblo asháninka ha existido por años, gracias al avireri, la madre naturaleza”</p> <p>“El pueblo indígena se ha caracterizado por ser un pueblo organizado en salir adelante a través de protestas y reclamos con coraje y hacerse respetar; también, a través de los líderes representantes y sectores comunales que siempre están velando por la salud de su propio pueblo y hacen cumplir las normas comunales”</p>	<p>“Para poder visibilizar la lucha de los pueblos indígenas nos organizamos y aunque no hay apoyo del gobierno en cuanto a nuestros proyectos de salud eso no detiene nuestras ganas de luchar y revalorar nuestra cultura, porque, si no se retoman los conocimientos tradicionales ni se traducen esos conocimientos ancestrales van a desaparecer”</p>
<p>Cómo operan las fuerzas sociales (en relación con la salud)</p>	<p>“no hay una política que se consideren desde las necesidades de los pueblos indígenas, las estrategias de salud han sido siempre acordes a las necesidades de los ciudadanos que no tienen adecuación indígena, por lo que se ha ido deteriorando y descuidando la salud en los pueblos indígenas, prácticamente hemos estado invisibilizados ante la sociedad”</p>	<p>“No podemos tratar a los pueblos indígenas con el mismo sistema de los colonos, tenemos que mirarlo con otros ojos y para eso nosotros nos hemos formado y estamos sumando fuerzas para poder cumplir este reto”</p>

	<p>“... no hay una política nacional que establezcan los criterios, las normas, los decretos y bases legales que rijan desde las necesidades de los pueblos indígenas, todos estos modelos se han ido construyendo a nivel de gabinete, se toman en cuenta desde las bases, costumbres y comportamiento de los pueblos indígenas, por ello digo que no hay interés nacional”</p> <p>“El sistema de salud a nivel de los pueblos indígenas no tiene pertinencia cultural, existen establecimientos de salud con niveles que no cumplen los protocolos ni los estándares que el MINSA establece. En las postas médicas hay deficiencias en la contratación de profesionales de la salud, ... no se cuenta con ambulancias fluviales y terrestres, tampoco se cuenta con logística suficiente y de equipamiento para el buen funcionamiento de un establecimiento de salud”</p> <p>“... recién ahora el gobierno toma en cuenta los reclamos por parte de los líderes indígenas, aunque es difícil el reivindicarse en las múltiples necesidades”</p> <p>“los profesionales de la salud que se incorporan son formados en instituciones que desconocen la cultura de los pueblos indígenas. Ellos van con desconocimiento cultural e imponen costumbres en relación a conocimientos occidentales dentro de su formación. La DIRESA es la que permite esto al contratar a los profesionales sin capacitarlos en el tema cultural”</p>	<p>“Ahora el MINSA a través del Viceministerio de salud intercultural sacó una norma para el personal de salud donde sintetiza como debe ser la intervención en las comunidades para llevar la salud intercultural; pero no se está trabajando como debe ser ...”</p> <p>“Aquí los que tienen que intervenir son los gobiernos para fortalecer las condiciones de vida, se necesita trabajar en una concientización del estilo de vida y así mejorar las determinantes de salud.</p>
--	---	--

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales.

Para comprender el sentido del nosotros es necesario adentrarnos a los hechos pasado-presentes del pueblo asháninka, que ha configurado un espacio simbólico de sentido sobre su vida cotidiana en la cual se expresa el sentido del nosotros.

Vocalizar el nosotros se manifiesta a través de la expresión hablada. En el caso, los testimonios fueron desarrollados en lengua castellana, lo que genera una limitante en el análisis del vocalizar el nosotros, ya que se desconoce la palabra que utiliza el pueblo asháninka para referirse al nosotros y la comprensión de la misma dentro de sus discursos.

Sin embargo, se rescata el nosotros en la lengua asháninka que propone UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2012):

Nosotros (plural, masculino): NAKAPAENI	Teniendo como igual el término PAENI,
Nosotras (plural, femenino): AKAPAENI	que denota pluralidad.

Por otro lado, Romani (2004) destaca que el idioma asháninka presenta variaciones lingüísticas, semánticas y sintácticas entre las provincias que comprende el territorio asháninka, las cuales, corresponde a las provincias de Chanchamayo, Satipo, Oxapampa y el Gran Pajonal. Lo cual nos indica que el nosotros desde la lengua hablada puede tener diferencias entre el pueblo asháninka, dependiendo en gran parte al territorio que ocupe.

Rescatando la voz del médico asháninka, Niel: La palabra asháninka significa hermanos, todos nosotros, -hermanos Asháninka soy, no dicen soy asháninka-. El asháninka como tal en términos de traducción es: nosotros, hermandad, paisanos, amigos; entonces, la palabra asháninka quiere decir eso, es nuestra identidad. (Fragmento recuperado del médico asháninka, Niel Sánchez en las entrevistas llevadas a cabo en 2021 para el presente proyecto).

A pesar de la limitante del idioma, en las narrativas se presenta el nosotros de forma hablada, pensada y consciente. La expresión del nosotros trasciende de la gramática correcta para

hablar en plural, cuando se expresa es desde un nosotros presente, es decir, al expresar el nosotros se hace desde un todo, no desde un yo-tú-nosotros, sino, desde un nosotros orgánico.

En ese sentido, en los resultados se puede apreciar la configuración que hay en el pueblo asháninka de la nosótrificación, el ser conscientes de pertenecer a un todo; a un nosotros que se organiza, un nosotros con cultura y costumbres, un nosotros luchador, un nosotros articulado que da identidad y pertenencia.

Sentir el nosotros nos habla de una vivencia en colectivo. Dentro de los discursos recuperados, podemos encontrar sentimientos que comuna a los asháninkas ante hechos que se han desarrollado en el pueblo. Por un lado, convergen sentimientos negativos como es el desamparo, desprecio y venganza que siente el pueblo ante una sociedad hegemónica que ha vulnerado, olvidado, invisibilizado y negado a los pueblos indígenas. Por otro lado, tenemos una resignificación de estos sentimientos negativos a sentimientos de unión, valentía y orgullo que se congregan ante las necesidades colectivas y la búsqueda de satisfacer las mismas.

Los sentimientos que vive el pueblo ante ciertas situaciones, genera deseos y necesidades compartidas, une al pueblo y los hace ser parte de este.

Vivir el nosotros se entiende como el hacer, sentir y ser desde la colectividad, y se manifiesta en el vivir comunal que se recupera a través de la organización, tradiciones, prácticas y más. Los asháninkas son un pueblo que vive comunitariamente, se reconoce su organización, participación y compromiso desde lo comunal. Las narraciones recuperadas nos hablan de un pueblo que cuenta con estatutos comunales, con líderes y comités comprometidos por el bienestar común, así como, la realización de mingas para llevar a cabo decisiones en colectivo, y el apoyo y compromiso comunitario. Al tener una organización propia del pueblo, les permite resolver necesidades y problemáticas que puedan presentar.

Otro rasgo a señalar, comprende el conservar y reproducir su cosmovisión, específicamente en el ámbito de la salud. Los asháninkas son un pueblo con prácticas en salud aplicada desde su medicina tradicional, hablamos de saberes que se mantienen y reproducen generacionalmente.

El vivir desde el nosotros establece un pueblo unido, que es parte de un todo, y que fortalece la dinámica de vivir comunalmente a partir de recrear las prácticas, organización y cosmovisión en su vida cotidiana.

Cuando hablamos de conciencia del nosotros se hace presente el conocimiento del pueblo en la sociedad, es decir, hay una reflexión donde se cuestiona el papel que se juega frente al “otro”, pero que no queda en la reflexión, sino que también hay un accionar desde las capacidades y necesidades que el pueblo tiene. En este punto, la conciencia nos habla de una reflexión-acción del pueblo asháninkas desde su realidad y la de los “otros”.

El pueblo asháninka reconoce ser un pueblo invisibilizado, que ha traído con ello vulnerabilidad en sus derechos ante una deficiencia y limitaciones por los “otros”. En temas de salud, los asháninkas reconocen la falta del estado y los profesionales de salud para lograr una salud óptima y acorde a la cultura, práctica y cosmovisión del pueblo. Sin embargo, hay una conciencia crítica que permite una reflexión de las condiciones, necesidades y problemáticas que tienen, pero también de sus fortalezas, acciones y soluciones a las que llegan de forma comunal. Por tanto, es correcto decir que en el pueblo asháninka hay una presencia de la conciencia del nosotros, que los hace comprender la realidad social y generar acciones de cambio.

En virtud de los resultados anteriores (*Tablas 4, 5, 6 y 7*), se permite analizar que el pueblo asháninka construye su realidad y vida desde un nosotros, donde se manifiestan prácticas culturales, formas de organización propias, permanencia y réplica de saberes ancestrales,

sentimientos compartidos, problemáticas y soluciones que se resuelven colectivamente, y todo ello, se comprende desde un nosotros que los hace ser, vivir, sentir, hablar y tener conciencia como un todo.

Una vez finalizado el análisis de las categorías: salud comunitaria, resistencia comunitaria y sentido del nosotros; con el fin de responder a la última interrogante del análisis: ¿cómo el sentido de nosotros moviliza procesos de resistencia comunitaria en el pueblo asháninka?, se diseñó la *tabla 8. Relación entre el sentido del nosotros y la resistencia comunitaria*, con la finalidad de recuperar en los discursos la relación dialéctica entre estas epistemes.

Tabla 8.

Relación entre el sentido del nosotros y la resistencia comunitaria

	Sentido del nosotros
Resistencia comunitaria	<p>“Nosotros no nos hacemos problemas, encontramos las soluciones en nuestro medio pues somos muy espiritualistas, es así que el pueblo asháninka ha existido por años, gracias al avireri, la madre naturaleza” -A</p> <p>“el asháninka cuando se enferma acude primero a la medicina ancestral porque se tiene mucha fe en ella; esto ha ayudado muchísimo y tiene ventajas como en la pandemia que vivimos ... ningún fallecido en el pueblo asháninka, ¡ninguno! Hemos salido adelante justamente a través del uso de la medicina tradicional” -A</p> <p>“en respuesta a esta situación de la emergencia sanitaria ... ha ideado una olla adaptando a esta una manguera y dentro de ese utensilio coloca todo tipo de hierbas, como la hoja de matico, el eucalipto, jengibre y otras hierbas que ayudan a permeabilizar las vías respiratorias y limpiar los pulmones ... los pacientes han presentado mejoras en su salud” -A</p> <p>“el sentimiento de unión y del nosotros unidos y a través de los líderes comunales, regionales y nacionales hace que nos levantemos, tengamos voz, donde pedimos que no seamos olvidados ante la falta de atención y la mirada superficial por parte de nuestros gobiernos de turno. Estos sentimientos hacen que seamos más unidos todos por el bien común” -A</p> <p>“Hay una dirección de interculturalidad que vela por la importancia de la salud de los pueblos indígenas, como es la implementación de la salud intercultural, interés que salió por la lucha colectiva de los líderes indígenas”-A</p> <p>“Las comunidades cuentan con estatutos comunales, son las normas, donde se encuentran plasmados las obligaciones y sanciones. Por ejemplo, la persona que incurra en el uso de un lenguaje discriminatorio o haya cometido una falta, la comunidad lo expulsan, también hay castigos como el pintado del rostro frente a la asamblea, que significa el castigo comunal” -A</p>

“El pueblo indígena se ha caracterizado por ser un pueblo organizado en salir adelante a través de protestas y reclamos con coraje y hacerse respetar; también, a través de los líderes representantes y sectores comunales que siempre están velando por la salud de su propio pueblo y hacen cumplir las normas comunales, siempre hemos sabido permanecer a lo que nos hemos propuesto” -A

“Cada comunidad nativa tiene sus organizaciones que están preparadas para poder afrontar las necesidades del pueblo, en salud, existe una autoridad como el presidente de la salud ...” -A

“Los agentes comunitarios o promotores de salud no ven la hora de salir para atender una emergencia, ya sea de día o de noche, ellos toman una linterna para atender el parto o un paciente con mordedura de serpiente u otros casos. Pero a pesar del rol importantísimo que juegan los agentes comunitarios, su atención es ad honorem -no reconocida-” -A

“También estamos en la mira de que sigamos fortaleciendo a los demás técnicos asháninkas, relacionados a otras temáticas. Queda un reto para nosotros, porque todavía queda una gran brecha no contar con profesionales indígenas del pueblo asháninka, y por ello se basa nuestra lucha hoy en día” -A

“En la selva se cuenta con un instituto asháninka donde se enfatiza el estudio de la medicina tradicional y para nosotros es una gran alegría saber que vamos a contar con profesionales indígenas de la salud del pueblo asháninka que respeten e integren nuestros conocimientos ancestrales” -A

“El pueblo indígena se ha cansado de este maltrato, de esta discriminación ahora levanta la voz de protesta para decir que nosotros también formamos parte de un territorio, de una nación, nosotros los indígenas nos desarrollamos a través de nuestra cultura y cosmovisión. Recalcó, nosotros los asháninkas somos trabajadores, luchadores y salimos adelante, a través de nuestras organizaciones comunales” -A

“No podemos tratar a los pueblos indígenas con el mismo sistema de los colonos, tenemos que mirarlo con otros ojos y para eso nosotros nos hemos formado y estamos sumando fuerzas para poder cumplir este reto” -N

“para nosotros ha sido prioridad revalorar nuestra cultura asháninka a través de los conocimientos de la medicina ancestral y dar a conocer el sistema de salud de los pueblos indígenas por una salud intercultural...”-N

“Los promotores de salud son personas del pueblo y su labor es voluntaria, trabajan ad honorem por lo que no reciben remuneración ni reconocimiento es netamente compromiso con la comunidad por ser del pueblo.”-N

“Estas son estrategias comunitarias del pueblo indígena para velar y mejorar su salud de manera organizada, por ello parte de la lucha es reconocer a estos recursos como agentes de cambio en temas de salud, reconociendo su terapia, su arte de sanar y su conocimiento ancestral y en ese camino estamos.” -N

“estamos nosotros llevando estas ideas al Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud haciéndoles saber que es un derecho de los pueblos que se tenga un sistema de salud con perspectiva cultural y haya una mejor atención y trato. Pero la salud la ven desde un nivel nacional y de ahí vienen muchas contrariedades y un choque cultural”-N

“Se necesita una política netamente intercultural, pero ¿cómo hacemos llegar nuestra voz?, haciendo primero el trabajo. El reconocimiento que hemos tenido los pueblos indígenas es gracias a las organizaciones representativas, estamos organizados y es una estructura que va de distrito, provincia, región y departamento y eso hace que podamos ser reconocidos, si no estuviéramos organizados no habría reconocimiento” -N

“cuando hablamos de necesidades en la salud, en general las necesidades básicas como educación, vivienda, alimentación, y salud nosotros cubrimos esas necesidades justamente con el trabajo comunitario...” -N

“Hablando de apoyos del gobierno, nosotros nos hemos sentido limitados porque no hay interés, el gobierno le interesa donde hay capital, donde se mueve la economía y esta es una lucha constante.... Por esto es necesario que la situación de la medicina tradicional siga trabajando y que sea un aliado para resolver los problemas de la salud,” -N

“Para poder visibilizar la lucha de los pueblos indígenas nos organizamos y aunque no hay apoyo del gobierno en cuanto a nuestros proyectos de salud eso no detiene nuestras ganas de luchar y revalorar nuestra cultura”-N

“Actualmente también estamos fomentando otra organización para visibilizar la salud intercultural en los profesionales de la salud, porque desde el occidente se desconoce la cosmovisión indígena y no hay respeto y atención desde la cultura. Por eso estamos enfocados en capacitaciones y hacer guías en como quiere la comunidad que los atiendan en salud, respetando la convivencia y vivencia de la población” -N

	“Y en eso estamos, buscando que se dé el cambio y el valor de nuestros conocimientos que nos hacen ser parte y sentirnos identificados como comunidad y no perder nuestra costumbre en el arte de la curación. Yo pienso que ese es un aporte que vamos a dejar y esa es la idea...” -N
--	---

Nota: En la tabla se colocan fragmentos recuperados de los discursos-testimonios de los actores sociales. Se hace uso de la sigla -A, para referirse a la lideresa asháninka Abelina y la sigla -N, para referirse al médico asháninka Niel.

La resistencia del pueblo asháninka corresponde a procesos y mecanismos que van cambiando durante el tiempo, implicado por el motivo al que se está resistiendo, y desde dónde se está resistiendo. Ante la lucha por la salud, nos encontramos con un pueblo que ha resistido bajo la presencia, permanencia y reproducción de sus saberes y prácticas ancestrales, es decir, al preservar su cosmovisión, pero también, encontramos otros procesos donde se generan organizaciones para exigir el bienestar común.

En cuanto al sentido del nosotros, hablamos de una parte ontológica del pueblo, es el ser, sentir, hacer y tener conciencia de un todo, por tanto, hablamos de algo que se va haciendo permanente en el pueblo.

En la medida en que se dan los procesos de resistencia hay un fortalecimiento en el sentido del nosotros, ya que los hace parte de una unidad orgánica, por ende, la existencia del sentido del nosotros fortalece los procesos de resistencia.

Dentro de la resistencia nos encontramos con un pueblo que siente desamparo pero también, mantienen una unión de no callar y exigir; tenemos a un pueblo unido que se organiza a través de sus líderes y sus estatutos comunales, que participa y se compromete en el accionar; tenemos a un pueblo que reconoce su existir frente al “otro”, reconoce las problemáticas y las virtudes que tiene y desde ahí toma acción desde un todo, y no desde necesidades y anhelos individuales.

En el pueblo asháninka la presencia del sentido del nosotros, de vivir desde la comunalidad como proceso de resistencia ante una hegemonía, vislumbra la relación dialéctica y fortalecimiento que se da entre el sentido del nosotros y los procesos de resistencia comunitaria.

CONCLUSIONES

Tanto en el Perú como en otras regiones de nuestra América la formación del estado nacional ha concluido en una exclusión, invisibilización y aprehensión hacia aquellos sujetos sociales que no se incluyen en el proceso homogeneizador, como es el caso de los pueblos indígenas, que hasta hoy en día se encuentran en situación de vulnerabilidad ante sociedades que buscan un orden homogeneizador.

La sobrevivencia del pueblo indígena asháninka con todas sus implicaciones, es decir, su cosmovisión, saberes, estructura, organización, territorio e identidad es a través del sentido del nosotros, que establece correspondencia con los procesos de resistencia frente a modelos hegemónicos en salud.

La investigación pretender ser un encuentro-desencuentro que nos lleve a la reflexión-crítica sobre cómo estamos haciendo Psicología Social Comunitaria, es decir, reflexionar sobre las epistemologías e intervenciones que vienen desde el eurocentrismo y no comprenden la realidad de nuestra América e invisibilizan la episteme indígena.

Al respecto, los modelos hegemónicos en salud no respetan la cosmovisión de los pueblos indígenas provocando algún etnocidio, específicamente destruyendo los saberes y prácticas en salud. Es necesario comprender y respetar la conceptualización de la salud desde los pueblos, permitiendo generar procesos participativos desde la horizontalidad de conocimiento, por tanto, la investigación busca incluir conceptos teóricos-epistémicos desde la realidad de los pueblos indígenas que fortalezcan el trabajo desde la Psicología Social Comunitaria comprometida con estos actores sociales.

Dentro de estas epistemes, uno de los hallazgos investigativos es que conciben la salud comunitaria dentro de parámetros sociales, culturales e históricos propios, es decir, la salud que concibe el pueblo asháninka involucra elementos espirituales, simbólicos, territoriales, participativos y comunitarios con creencias, prácticas y saberes que conforman la salud comunitaria como un sistema sociocultural propio de ellos.

La salud no se define desde la enfermedad, como el caso del modelo biomédico, donde el dúo enfermedad-salud es basado desde una visión científica, por el contrario, la salud asháninka se relaciona a un todo, a un bienestar holístico, es decir, salud es a través del buen vivir manteniendo un equilibrio con su contexto interno-externo, lo material, lo espiritual, el territorio-naturaleza y con la comunalidad.

De tal forma, dentro de las estrategias de salud comunitaria se encuentran los recursos humanos y materiales propios del pueblo asháninka, como son: el sheripiari, la evaporadora, huesero/a, matrona, hierbera y los agentes comunitarios o promotores de la salud; así como, el uso de las plantas medicinales como proceso curativo. Estos circuitos subalternos en salud forman parte de la salud comunitaria del pueblo asháninka; por ello, la atención en salud del pueblo asháninka, se da en primera instancia mediante los recursos propios del pueblo y, en un segundo momento, se acude a la salud que comprende el modelo biomédico.

Cabe puntualizar, que en las narrativas se habla mucho de estos recursos humanos y del sheripiari, que corresponde al sabio con mayor jerarquía debido a su función en salud. A pesar de que se reconoce la presencia de las mujeres en las otras prácticas de curación, no se reconoce en el pueblo asháninka ninguna figura sheripiaro (figura femenina). En este sentido, la investigación da pie a generar próximas pesquisas con perspectivas de género, en cuanto a la formación, práctica y función de los recursos humanos propios de los pueblos indígenas.

Por otro lado, ante el modelo hegemónico en salud que busca imponerse dentro de los pueblos indígenas, la salud comunitaria y la interculturalidad son respuestas de resistencia ante este proceso homogeneizador. Estos procesos de resistencia permiten vislumbrar las relaciones asimétricas de poder, donde hay un conocimiento biomédico dominante que se impone como totalitarista, dicho proceso hegemónico destaca diferentes formas de resistencias. En el pueblo asháninka el preservar y reproducir su cosmovisión a través de sus prácticas y saberes ancestrales en salud, nos muestra cómo resiste el pueblo ante un modelo hegemónico en salud. Por ello, la salud comunitaria y la interculturalidad se fundamentan como procesos de resistencia. Sumado a esto, otra forma de resistencia es a través de la organización, participación y compromiso propios del pueblo, llevados a cabo comunitariamente, procesos que los nosótrifica.

El sentido del nosotros en el pueblo asháninka establece una correspondencia con los mecanismos de resistencia. La comunalidad del nosotros, aquello que los hace ser, sentir, hacer y tener conciencia, permite que busquen el bien común del pueblo, dejando el individualismo. Por tanto, la presencia del sentido del nosotros fortalece los procesos de resistencia asháninka ante los modelos hegemónicos en salud.

A pesar de afirmar la presencia de sentido del nosotros en los asháninkas, el sentir el nosotros es un elemento que falta fortalecer para comprenderse desde una composición organísmica. De igual forma, ante las limitantes sobre el vocalizar el nosotros, abordarse desde el idioma/lengua asháninka podría recuperar información de importancia dentro de la investigación del sentido del nosotros.

La metodología del discurso-testimonio permite generar procesos contrahegemónicos, ya que comprende la complejidad social-comunitaria que viven los pueblos indígenas desde los mismos actores, al ser participantes activos en el proceso de investigación-intervención.

El discurso-testimonio movilizó la recuperación de la memoria histórica en los actores sociales, lo que permitió una conciencia social, histórica y cultural en torno a la salud que vivió, vive y quiere vivir el pueblo asháninka. A través de esta concientización se fortaleció su posicionamiento frente al otro y sus prácticas en salud, sumado a esto, se fortalece el ser mismo como un todo, hay una conciencia de la nosótrificación. El fortalecimiento y concientización se logra a través de realizar preguntas estratégicas, que permiten la reflexión y posicionamiento de los actores sociales como originarios asháninkas con formación en un modelo occidental.

Sin embargo, el discurso-testimonio pretende trascender, es decir, la metodología no acaba con la elaboración del discurso, ya que tiene una intención de divulgación, la cual se hace a través de la presente tesis con la finalidad de generar conciencia al lector. Una conciencia sobre una realidad invisibilizada que se enfrenta a relaciones de poder, que obliga a los pueblos indígenas a incluirse a un orden político, económico y cultural, que destruye la estructura de vida del pueblo, sus conocimientos y prácticas. De tal forma, se tiene como finalidad que a través de la difusión de los discursos-testimonios la gente conozca otras voces, desnaturalice posicionamientos hegemónicos y genere conciencia político-social sobre las realidades presentadas.

La pertinencia del proyecto fue la forma de realizar la investigación-intervención de manera remota por plataformas digitales. Esta forma de investigación surgió a partir de la “nueva realidad” presentada ante la pandemia por Covid-19, en la cual hubo un confinamiento mundial obligado, sin embargo, el mundo continuó su paso, no se podía ni debía detenerse las

intervenciones, a pesar del reto para incorporar una metodología participativa a distancia y generar proximidad con los actores sociales, la investigación tuvo buen desenlace, por tanto, este proyecto queda de experiencia.

De igual forma, la investigación busca ser un acercamiento a fomentar el trabajo comunitario en salud desde, con y para los pueblos indígenas. Hoy en día existe una necesidad en temas de salud en América Latina y el Caribe donde la psicología puede y debe intervenir. Por tanto, la presente investigación permite un acercamiento a fomentar trabajos en salud que trascienden la mirada del modelo occidental en salud, y se enfoque en la realidad y problemáticas de nuestra América, lo que apunta a trabajar desde modelos contrahegemónicos.

De igual forma, es pertinente que los Estados se involucren en construir políticas públicas con adecuación en los pueblos indígenas. Los sistemas de salud hegemónicos vienen de la construcción de los estados nacionales, es decir, donde el abandono e invisibilización de los pueblos indígenas forma parte de esta modalidad. Resulta necesario generar un nuevo punto de partida y optar por un posicionamiento desde un pensamiento crítico decolonial, donde se considere las epistemes, saberes, prácticas y sentires de los pueblos indígenas. Es fundamental que se dé el reconocimiento a los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas y se apliquen políticas públicas desde una interculturalidad, buscando el óptimo diálogo entre el modelo biomédico y los modelos en salud propio de los pueblos.

La Psicología Social Comunitaria en su premisa de horizontalidad sitúa al actor social como sujeto de conocimientos, de tal forma, se recomienda crear rutas metodológicas que apunten a solucionar las problemáticas de la realidad de nuestra América, lo que nos lleva a criticar los modelos eurocentristas-occidentales como ideal para el desarrollo y fortalecimiento social-comunitario.

Es pertinente como psicólogas y profesionales de la salud posicionarnos desde un modelo contrahegemónico, es decir, cuestionar los modelos, teorías e intervenciones que se alejan de la realidad de América Latina y el Caribe, y por su parte reconocer metodologías y epistemes propias de las comunidades de nuestra América, específicamente de los pueblos indígenas que han sido invisibilizados y negados por las sociedades. Existe una necesidad teórica, práctica y técnica con adecuación en los problemas que aquejan a nuestra América para el desarrollo y fortalecimiento social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS

- Alva-Arévalo, A. (2020). La identificación de los pueblos indígenas en el Perú ¿Qué está sucediendo con el criterio de autoidentificación?. *CUHSO (Temuco)*, 30(1), 60-77
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP). (Diciembre, 2022). *Somos el gobierno Indígena Amazónico*. <https://aidesep.org.pe/quienes-somos/>
- Base de datos de pueblos indígenas u originarios (BDPI). (Enero 2023). *Central única nacional de rondas campesinas del Perú CUNARC-P*. <https://bdpi.cultura.gob.pe/organizaciones/central-unica-nacional-de-rondas-campesinas-del-peru-cunarc-p>
- Benito, A., Nuin, B., Sorarrain, Y., Blanco, M., Astillero, M.J., Paskual, A., Porta, A. y Vergara, I. (2016). *Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria*. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Osakidetza.
- Boaventura de Sousa, S. (2009). *Una epistemología del Sur: La reivindicación del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI. CLACSO
- Bock, M. y Parra Maury L. C. (2002). *Investigación sobre el derecho Ashaninka y formas tradicionales y actuales de resolución de conflictos*. Defensoría del Pueblo, Programas de comunidades nativas.
- Bonfil, G. (1991). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 4(12), 165-204.
- Ceriani, S.V. (2019). Accesibilidad, itinerarios y circuitos de salud en comunidades Qom de la Misión Laishí, Formosa. En Herazo González, K. I. y Moreno Luna, B. M. *Investigación-Intervención en psicología social comunitaria*, (pp. 97-116). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410.
- Cueto, R. M., Espinosa, A., Guillén, H., & Seminario, M. (2016). Sentido de comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú. *Psykhe (Santiago)*, 25(1), 1-18.

- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación social. Rev d'Intervención Socioeducativa*, 75, 17-45.
- Duarte, C., López, C., Ochoa, P., y Salazar, P. (2020). Acción colectiva, antagonismos y resistencia comunitaria en el conflicto socio-territorial de Freirina. *Revista eleuthera*, 22(2), 170-188.
- Espinosa de Rivero, O. (2009). ¿Salvajes opuestos al progreso?: Aproximaciones históricas y antropológicas a las movilizaciones indígenas en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 27(27), 1-18.
- Eulogio Poma, A. E. (2015). *Cambio y persistencia de los patrones culturales ante la presencia de elementos culturales externos en la comunidad Asháninka de Paureli, Satipo 2009-2012*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo.
- Fabián, B. (1995). Cambios culturales en los Asháninka desplazados. *Amazonía Peruana*, (25), 159-176.
- Fabián Arias, B. (2021). Salud y naturaleza en comunidades asháninkas en la cuenca del río Tambo. *ALTERITAS, Revista de estudios socioculturales Andino-Amazonicos*, 10(11), 1-16
- Feo-Istúriz, O., Feo-Acevedo, C. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista cubana en Salud Pública*, 38(4), 602-614.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2012). *Palabras claves para la atención en salud-asháninka*. Biblioteca Nacional del Perú. Ministerio de Salud.
- Gualima Padilla, R. (2021). La enfermedad en las comunidades ashéninkas el susto y el choque de aire. *Amazonía Peruana*. 12(34), 79-98.
- Gudiño Alvarado, S. H. y Pérez Guerrero A. (2019). *Sentido del nosotros, los triquis de San Juan Copala: de la autonomía al desplazamiento forzado* [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerrero Arias, P. (2012). *Diálogo indígena misionero*. Coordinación Nacional de Pastoral Indígena (CONAPI) CEP, Paraguay..
- Guitart, M. E., y Sanchez-Vidal, A. (2012). Sentido de comunidad en jóvenes indígenas y mestizos de San Cristóbal de las Casas (Chiapas, México). Un estudio empírico. *Anales de Psicología*, 28(2), 532-540.

- Grupo de trabajo de salud mental de la coordinadora nacional de derechos humanos, Proyecto AMARES. (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Ministerio de Salud.
- Herazo González, K. I. y Moreno, B. M. (2014). *Sentido de comunidad en un pueblo originario: Santa Martha Acatitla (entre los carrizos)*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herazo González, K. I. (2015a). *Hacia una psicología social comunitaria comprometida con los pueblos originarios de nuestra América*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herazo González, K. I. (2015b). Resistencia comunitaria de los pueblos originarios: un espacio de acción del psicólogo con la comunidad. *Eureka*, 12(M), 48-72
- Herazo González, K. I (2018). *Crítica a la psicología social comunitaria. Reflexión epistémica con la inclusión de los pueblos originarios*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herazo González, K. I. y Moreno Luna, B. M. (2019). *Investigación-Intervención en psicología social comunitaria*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herazo Gonzalez, K. I. Desplazamiento Asháninka dinámica sociopolítica y fortalezas psicosociales comunitarias. *Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino*, 54(11), 99.
- Hernández Delgado, E. (2014). Memoria, resistencia y poder pacífico transformador de pueblos indígenas de las Amazonías colombiana y peruana. *Papel Político*, 19(2), 497-497.
- Jaramillo Salgado, D. (2010). Ciudadanía en la Resistencia Comunitaria. *Estudios Latinoamericanos*, 30-40.
- Lacruz Gil, A. I., y Lacruz Gil, M. (2009). Dinámicas comunitarias y acceso al sistema sanitario: una participación desigual. *Revista Internacional de Organizaciones*, (2), 133-148.
- La Serna, J. C. (2021). Santos Granero, Fernando (2020.). Esclavitud y utopía: las guerras y sueños de un transformador del mundo asháninka. Lima: IEP, STRI, CAAAP. *Amazonía Peruana*, (34), 267-272.
- Lenkersdorf, C. (2002). *Filosofar en clave tojolabal*. Miguel Ángel Porrua, México.
- McMillan, D. y Chavis D. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14, 6-23

- Mamani Machaca, N. (2019). Ordenamiento jurídico sin el Estado en el pueblo asháninka. *Amazonía Peruana*, 16(32), 237-256.
- Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 187-211.
- Mayor, P., Álvarez, J., García, J. y Bodmer, R. (2009). *Pueblos indígenas de la amazonía peruana*. Iquitos Perú
- Ministerio de Cultura. (2014). *Los pueblos ashaninka, kakinte, nomatsigenga y yanasha*. Depósito legal de la biblioteca Nacional de Perú.
- Molina Valencia, N. (2005). Resistencia comunitaria y transformación de conflictos. *Reflexión Política*, 7(14), 70-82
- Montero, M. (2004). *Comunidad y sentido de comunidad* en Montero, M. *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (1, 95-107). Paidós.
- Moreno Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Mujica Bermúdez, L. (2002). Aculturación, Inculturación e Interculturalidad. Los supuestos en las relaciones entre “unos” y “otros”. *Revista de la biblioteca nacional del Perú*, 55-78
- Námuch Seminario, G.I. (2017). *Un corredor que se angosta. Un análisis de la formación de la agenda de las políticas de salud para los pueblos indígenas en el Ministerio de Salud del Perú entre los años 2004 y 2016* [Tesis de maestría]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- Oddo, D. y Vega, I. (2020). Imaginando y Construyendo Naciones Indígenas en la Amazonía Peruana: Territorios Integrales y Gobiernos Autónomos de los Pueblos Wampis, Awajún y Achuar. *Amazonía Peruana*, 17(33), 59-85.
- Organización Internacional del Trabajo (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Oficina regional para América Latina y el Caribe.
- Organización Mundial de la Salud (Marzo 2022). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/gb/bd/>
- Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP). (Diciembre 2022). *Misión y Visión*. <https://onamiap.org/mision-y-vision/>

- Organización Panamericana de la Salud. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Oficina regional OPS, Ecuador.
- Prada Oropeza, R. (1989). El discurso-testimonio. *Semiosis*, (22), 437-460
- Prada Oropeza, R. (1990). Constitución y configuración del sujeto en el discurso-testimonio. *Semiosis*, (25), 249-273
- Prada Oropeza, R. (2001). *El discurso-testimonio y otros ensayos*. Coordinación de difusión cultural, Literatura UNAM
- Pérez Zavala, C. (2003). Identidad, resistencia y reproducción cultural. Las estrategias comunitarias en contra de la violencia del Estado. *El cotidiano*, 19(121), 54-65
- Pimentel González, J. P., y Correal Muñoz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2), 415-423
- Pinedo, D. (2021). Estado y pueblos indígenas en la Amazonía peruana. *Revista de antropología*, (8), 3-16.
- Ramos-Vidal, I. y Maya-Jariego, I. (2014). Sentido de comunidad, empoderamiento psicológico y participación ciudadana en trabajadores de organizaciones culturales. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 1-15.
- Ríos Sierra, J. (2018). Sendero Luminoso: Una apología de la violencia. *Revista De Cultura De Paz*, 2, 277-294
- Rojas Zolezzi, E. (2022). En busca de la visión del colibrí. La expansión del rol de la mujer en el chamanismo asháninka. *Investigaciones sociales*. (47), 75-88.
- Roldán Villanueva, O.A. (2010). *Estudio del sistema etnomédico shipibo-conibo: contrastaciones teóricas sobre la problemática de la salud intercultural en la Amazonía* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Romani Miranda, M.M. (2004). *Toponimia en el Gran Pajonal con especial atención a los topónimos de afiliación ashaninka*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Rozas Ossandón, G. (2018). *Decolonialidad, desde la psicología social comunitaria*. Universidad Austral de Chile.
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *Salud Comunitaria y Sociedad*. 1(1), 7-19.

- Samudio V., A.R. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta colombiana de psicología*, 9(2). 39-46
- Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(4), 747-753.
- Sánchez-Vidal, A. (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 16, 157-175.
- Serrano-García, I. y Bravo Vick, M. (1998). La psicología social-comunitaria y la salud: principios básicos en Serrano-García, I., Bravo, M., Rosario-Collazo, W. y Gorrín, J.J., *La psicología social-comunitaria y la salud: Una perspectiva Puertorriqueña*. pp. 2-29. Publicaciones puertorriqueñas.
- Smeke deZonana, Y., (2000). La resistencia: forma de vida de las comunidades indígenas. *El Cotidiano*, 16(99), 92-102.
- Stavenhagen (2011). La identidad indígena en América Latina en Hopenhayn, M. y Sojo A., *Sentido de pertenencia en sociedades fragmentadas: América Latina en una perspectiva global*, (1 ed., pp. 227-245). Siglo XXI CEPAL.
- Stezano, F. (2021). *Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe: un análisis crítico de la literatura*. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Távora Vásquez, M.G. (2012). *Sentido de comunidad en un contexto de violencia comunitaria* [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Torres Carrillo, A. (2013). *El retorno a la comunidad. Problemas, debates y desafíos de vivir juntos*. CINDE. Bogotá
- Veber, H. (2009). *Historias para nuestro futuro, Yotantsi ashi otsipaniki. Narraciones autobiográficas de líderes asháninkas y ashéninkas de la Selva Central del Perú*. Grupo internacional de trabajo sobre asuntos indígenas. Copenhague, Dinamarca.
- Velasco, R. (2009). Del discurso-testimonio a la crónica documental. En Del Moral Tejada, A., *Semiosis 10*, 5(10), pp. 129-150.
- Villasante, M. (2014). La violencia senderista entre los asháninkas de la selva central. Datos intermediarios de una investigación de antropología política sobre la guerra interna en el Perú (1980-2000). *Documento de trabajo-IDEHPUCP*

ANEXOS

ANEXO 1. Entrevista semi-estructurada utilizada para los encuentros con la lideresa asháninka Abelina Ampiti

Notas:

- Lucha: Reivindicar la lucha por la salud
- Actor Social: Abelina Ampiti, Líderesa Asháninka en la Selva Central- Perú
- Inicio: Explicar brevemente en qué consiste el discurso-testimonio (objetivos y finalidad). Aclarar sobre las sesiones/reuniones posteriores que tendremos (realizar calendario de fechas)
- Indagar sobre la comunidad (nombre, ubicación)
- Indagar sobre la lucha por la salud (en qué consiste, cómo, desde cuándo, cuál, etc)

Preguntas:

- Historia de vida. (Desarrollo dentro de la comunidad)
 1. Cuéntenos sobre cómo ha su vida (infancia, juventud y adultez) dentro del pueblo asháninka
 2. ¿Cómo llegó a ser lideresa del pueblo asháninka?
 3. ¿Cómo ha vivido el ser la lideresa en el pueblo asháninkas?
 4. ¿Cómo ha sido su vida como mujer asháninka?
 5. ¿Cómo se siente al formar parte del trabajo comunitario que se realiza?
- Vivir el nosotros
 1. ¿Cómo entienden la salud los asháninkas?
 2. ¿Cuáles son las condiciones de salud en el pueblo asháninka?
 3. ¿Cuáles son las prácticas de salud que tiene el pueblo asháninka?
 4. ¿Cómo se organizan los asháninka para luchar por la salud?
 5. ¿Cómo es la participación del pueblo para resolver los problemas y las necesidades de salud?
 6. ¿Qué acciones y medidas han tomado para la promoción y prevención de la salud en el pueblo asháninka?

- Sentir el nosotros
 1. ¿Qué sentimientos acompañan las condiciones actuales de salud de los asháninkas?
 2. ¿Qué sentimientos alimentan/impulsan la lucha por la salud?
 3. ¿Cómo comparten la lucha por la salud de los asháninkas en estos momentos?
- Conciencia del nosotros
 1. ¿Por qué las condiciones de salud en el pueblo asháninka son de esa forma?
 2. ¿Qué necesitan para que el aspecto salud no tenga dificultades y logren cubrir sus necesidades?
 3. ¿Cuáles son los factores internos que repercuten en la salud?
 4. ¿Qué factores que impactan en la salud son ajenos al pueblo?
 5. ¿Qué acciones y cosas están fuera de su alcance para cubrir sus necesidades y lograr los objetivos de su lucha?

ANEXO 2. Entrevista semi-estructurada utilizada para los encuentros con el médico asháninka Niel Sánchez

Notas:

- Lucha: Reivindicar la lucha por la salud
- Actor Social: Primer Médico Asháninka Niel Sánchez
- Inicio: Explicar brevemente en qué consiste el discurso-testimonio (objetivos y finalidad). Aclarar sobre las sesiones/reuniones posteriores que tendremos (realizar calendario de fechas)
- Indagar sobre la lucha por la salud (en qué consiste, cómo, desde cuándo, cuál, etc)

Preguntas:

- Historia de vida
 1. ¿Quién es el Dr. Niel?, Cuéntanos sobre su historia de vida
 2. ¿Cómo va surgiendo el interés por el trabajo en la salud de los asháninkas?
 3. ¿Qué significa para usted ser médico asháninka?
 4. ¿Cómo fue su experiencia de formarse como médico fuera de la nación asháninka?

- Vivir el nosotros - Formas de organización, prácticas y participación del pueblo
 1. ¿Cuál es la lucha actual por la salud en los Asháninkas?
 2. ¿Cómo se dice salud en asháninka?
 3. ¿Cómo se concibe la cura para los asháninkas?
 4. ¿Cómo entienden la salud el pueblo asháninkas?
 5. ¿Cómo entienden los asháninkas la enfermedad?
 6. ¿Cuáles son las condiciones de salud en el pueblo asháninka?
 7. ¿Cuál es la perspectiva de su práctica médica?
 8. ¿Qué estrategias o prácticas de salud han empleado los asháninkas?
 9. ¿Qué tratamientos de medicina tradicional se emplean comúnmente?
 10. ¿Cómo combina la práctica de la medicina tradicional y la medicina occidental?
 11. ¿Qué estrategias de salud emplean los profesionales de la salud en el pueblo?
 12. ¿En qué circunstancias optan por las prácticas médicas occidentales los asháninkas?
 13. ¿Cuál es la organización asháninka ante la situación actual de la pandemia?
- Sentir el nosotros - Sentimientos, emociones
 1. ¿Qué palabra usa el asháninka para decir “sentir”?
 2. ¿Cómo se sienten los asháninkas al crear los encuentros de medicina tradicional?
 3. ¿Cuál es su sentir al recuperar la medicina tradicional?
 4. ¿Qué sentimientos acompañan el que sus prácticas médicas sean tomadas en cuenta por servicios de salud ajenos a la comunidad?
 5. ¿Qué sentimientos tienen al fomentar la farmacia occidental y la medicina tradicional para las condiciones de salud?
 6. ¿Cómo sienten que influyen sus prácticas de salud ante las condiciones actuales de la pandemia?
 7. ¿Qué sentimientos experimentan los asháninkas cuando tienen que optar por prácticas médicas occidentales?
 8. ¿Qué palabra expresa el “nosotros” en los asháninkas? ¿Qué es el “nosotros” en los asháninkas y cómo se configura (escribe, dice)?

- Conciencia del nosotros
 1. El uso de la medicina tradicional, lo definiría como salud indígena, salud asháninka, o ¿de qué modo lo define?
 2. ¿Cuál es la situación de la medicina tradicional en la actualidad en la nación asháninka?
 3. ¿Cual es la situación de la salud en la nación asháninka?
 4. ¿Cuáles son los factores internos y externos que impactan en la salud de los asháninkas?
 5. ¿Cuáles son los recursos con los que cuentan como comunidad para la lucha por la salud?
 6. ¿Cuáles son sus objetivos de lucha por la salud de los asháninkas?
 7. ¿Qué requieren como comunidad para cubrir sus necesidades?
 8. ¿Qué necesitan para lograr los cambios necesarios para sentirse satisfechos en su lucha por la salud?
 9. ¿Cuáles son los logros/limitaciones en la lucha por la salud de los Asháninkas?

Cierre:

- ¿Cómo se sintió con el proceso? ((Compartir los sentipensares))
- Contacto continuo para retroalimentación con el desarrollo del Discurso-Testimonio
- ¿Dónde le gustaría publicar?

ANEXO 3. Calendario de encuentros con los actores sociales.

ACTOR SOCIAL	FECHA	TEMA
Abelina Ampinti Lideresa Asháninka	29/Julio/2020	Primer encuentro
	07/Agosto/2020	Entrevista 1. Historia de vida
	14/Agosto/2020	Entrevista 2. Vivir el nosotros
	21/Agosto/2020	Entrevista 3. Sentir el nosotros
	28/Agosto/2020	Entrevista 4. Conciencia del nosotros

	06/Noviembre/2020	Primer borrador
	13/Febrero/2023	Productor final / Discurso-Testimonio
Niel Sánchez Médico Asháninka	18/Noviembre/2020	Primer encuentro
	27/Noviembre/2020	Entrevista 1. Historia de vida
	04/Diciembre/2020	Entrevista 2. Vivir el nosotros
	11/Diciembre/2020	Entrevista 3. Sentir el nosotros
	08/Enero/2021	Entrevista 4. Conciencia del nosotros
	12/Febrero/2021	Primer borrador
	06/Abril/2023	Producto final / Discurso-Testimonio

ANEXO 4. Glosario

Achiote: Fruto del arbusto Bixxa Orellana con semillas de las cuales se obtiene una pasta color rojiza y es utilizada como pigmento corporal.

Avireri: Palabra asháninka para referirse a la madre naturaleza.

Carachamas: Pez con escamas gruesas de río dulce.

Chalanquear: Castigo comunal que consiste en golpear con ortiga a la persona que realice una falta en los estatutos comunales.

Citadinos: Expresión para referirse a una persona que vive o pertenece a la ciudad.

Colonos: Expresión para referirse a una persona de la ciudad.

COVID-19: Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que llevó a una pandemia global.

DIRESA: Dirección General de Salud, por su sigla DIRESA, es una institución que diseña, ejecuta y evalúa políticas de atención integral de salud.

Hierbera: Persona que conoce las plantas, para qué sirven y su utilización. Recurso humano en la práctica de salud comunitaria asháninka, que indica la planta medicinal como tratamiento, el cómo lo debe tomarse y por cuánto tiempo.

Huito: Arbusto de tallo alto que tiene frutos con cáscara doble y se utiliza para ser aplicado en el rostro dejando una pigmentación negra.

Masato: Bebida tradicional asháninka a base de la yuca dulce. El masato es fermentado a través del proceso de masticar la yuca y el camote. La bebida es de uso diario o para fiestas, reuniones u otras ocasiones especiales

Mingas: Reuniones y/o encuentros colectivos para llegar a toma de decisiones comunitariamente en el pueblo.

MINSA: Ministerio de Salud, por su siglas MINSA. Sector del poder ejecutivo que tiene la misión de garantizar la atención integral de salud de todos los habitantes del país, conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias con los sectores públicos y actores sociales.

SERUMS: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, por si siglas SERUMS. Programa en salud que prioriza a poblaciones marginadas. Sujetos profesionales de medicina que brindan el servicio de salud.

Sheripiari: Sabio mayor que mantiene un contacto con el mundo espiritual para el bienestar y la cura de enfermedades. Forma parte de la salud comunitaria asháninka.

Vaporeo: Práctica de curación que corresponde en baños a vapor a través de plantas/hojas medicinales. La práctica es realizada por la evaporadora, recurso humano de salud comunitaria asháninka.