

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

DOCTORADO EN COMUNICACIÓN E INTERCULTURALIDAD



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

TESIS DOCTORAL

**La comunicación interpersonal entre curanderos y
pacientes en la medicina tradicional peruana. Estudio
de caso en la región Huánuco (Perú)**

Doctoranda: D^a María Cecilia Galimberti Oliveira

Directora: Dra. Carolina Moreno-Castro

València, 2025

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a la directora de esta tesis doctoral, la Dra. Carolina Moreno-Castro, por la dedicación y el apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por el rigor con que ha tratado a las mismas. Asimismo, agradezco que la investigación se haya desarrollado en el marco del proyecto de investigación titulado: *Estudio y clasificación de las terapias naturales, complementarias y alternativas a través de los medios de comunicación y de las redes sociales. Ideas y valores de transferencia al imaginario social* (CSO2014-57778-R), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y por fondos FEDER de la Unión Europea. Proyecto liderado por la directora de la tesis doctoral.

Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué al doctorado en el Programa de Comunicación e Interculturalidad de la Universitat de València. Así mismo, agradezco al Dr. Carlos Hernández Sacristán por su confianza, por sus orientaciones y guía.

Finalmente quiero agradecer a mis hijos, Catalina y Alejandro Hidalgo Galimberti, por sus motivaciones y acompañamiento para concluir este trabajo de investigación.

RESUMEN

El objetivo fue determinar la influencia de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre terapeutas (curanderos) y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco. **La metodología** se corresponde con el diseño no experimental de tipo transeccional, descriptivo correlacional. Este estudio es de tipo aplicativo y alcanza un nivel descriptivo, explicativo. Para ello se contó con una muestra de 90 pacientes a quienes se les aplicó una encuesta y cuatro curanderos a quienes se realizó una entrevista. Como técnicas de investigación se utilizó la encuesta y como instrumento, el cuestionario basado en escalas Likert. Las **conclusiones** muestran que la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana de la Región Huánuco se desarrolla en un contexto sociocultural de la comunidad local, ubicada al centro del Perú. Los conocimientos populares que incluyen experiencias, prácticas y saberes ancestrales están fuertemente influenciados por la relación con la naturaleza y en el contexto cultural, opera como una herramienta de entendimiento mutuo entre curanderos y pacientes, que asegura una identidad cultural, donde la comunicación interpersonal es: asertiva, dialógica, afectiva y emotiva basada en la fe y confianza que el paciente en manos del curandero recuperará la salud. Las creencias compartidas tienen un efecto en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes, ya que son creencias asociadas a los síndromes culturales como: el mal de ojo, susto, brujería, chucake, arcoíris, entre otros y la cosmovisión andina. Los sueños, el Apu o dios montaña, la coca y otros elementos de la curación son recursos usados en la comunicación que tienen un significado simbólico e impregnan y le dan contenido a la comunicación interpersonal. Las costumbres aprendidas en el proceso salud enfermedad están relacionadas a la práctica del «shoqpi» o «huveo» que consiste en frotar un objeto por el cuerpo del paciente, para que la enfermedad mude o se traslade del cuerpo del enfermo al objeto receptor, siendo las más practicadas: la pasada de huevo, pasada de cuy y baños de florecimiento. Este universo simbólico matiza la comunicación interpersonal entre curandero y paciente, con un lenguaje positivo llenos de buenos deseos.

ABSTRACT

The objective was to determine the influence of ancestral culture on interpersonal communication between healers and patients in traditional Peruvian medicine in the Huánuco Region.

The methodology it corresponds to a non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design. The study is applied in nature and achieves a descriptive-explanatory level. The sample consisted of 90 patients who were surveyed and four healers who were interviewed. The research techniques utilized included a survey, and the instrument used was a questionnaire based on Likert scales.

The conclusions show that interpersonal communication between healers and patients in traditional Peruvian medicine in the Huánuco Region develops within the sociocultural context of the local community located in central Peru. Widespread knowledge, including experiences, practices, and ancestral wisdom, is strongly influenced by the relationship with nature and the cultural context, operating as a tool for mutual understanding between healers and patients. This ensures cultural identity, where interpersonal communication is assertive, dialogical, affective, and emotional, based on the faith and trust that the patient places in the healer to restore health.

Shared beliefs impact interpersonal communication between healers and patients, as they are associated with cultural syndromes such as «mal de ojo» (evil eye), «susto» (fright), witchcraft, «chucaque», «arcoíris» (rainbow), among others, as well as the Andean worldview. Dreams, the Apu (mountain deity), coca leaves, and other healing elements serve as resources in communication, holding symbolic significance and enriching interpersonal exchange.

The habits learned in the health-illness process are related to the practice of «shoqpi» or «huveo», which involves rubbing an object over the patient's body so that the illness is transferred from the body to the receiving object. The most common practices include egg cleansing, guinea pig cleansing, and floral baths. This symbolic universe shapes the interpersonal communication between healer and patient, characterised by positive language filled with good wishes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	15
---------------------	----

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	41
--	----

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	41
1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	48
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	48
1.4.1. Problema General	48
1.4.2. Problemas específicos	49
1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	49
1.5.1. Objetivo General	49
1.5.2. Objetivos Específicos	49

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	50
-----------------------------------	----

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	50
2.1.1. Antecedentes Internacionales	50
2.1.2. Antecedentes nacionales	56
2.1.3. Antecedentes locales	59
2.2. BASES TEÓRICAS	60
2.2.1. La Cultura	60
2.2.1.1. Definición de cultura	60
2.2.1.2. Características de la Cultura	65
2.2.1.3. Componentes de la Cultura	65
2.2.1.4. Representaciones Culturales	67
2.2.1.5. Prácticas culturales	67

2.2.1.5.a) <i>El ritual de salud</i>	67
2.2.1.6. <i>Importancia de la cultura</i>	69
2.2.1.7. <i>Conocimiento popular</i>	70
2.2.1.7.a) <i>Características del conocimiento popular</i>	71
2.2.1.8. <i>Creencias populares</i>	72
2.2.1.8.a) <i>Características de las creencias populares</i>	72
2.2.1.9 <i>Costumbres</i>	73
2.2.1.9.a) <i>Características de las costumbres</i>	73
2.2.2. La comunicación	74
2.2.2.1. <i>La comunicación interpersonal</i>	75
2.2.2.1.a) <i>Características de la comunicación interpersonal</i>	76
2.2.2.1.b) <i>Elementos de la comunicación interpersonal</i>	76
2.2.2.1.c) <i>Los requisitos básicos para la comunicación interpersonal</i>	78
2.2.3. Funciones en el acto de la comunicación humana	79
2.2.4. Tipos de Comunicación	79
2.2.5. Estilos de Comunicación	81
2.2.6. Importancia de la Comunicación	81
2.3. BASES CONCEPTUALES	81
2.3.1. Definición de términos básicos	81
2.4. BASES FILOSÓFICAS	82
2.5. BASES EPISTEMOLÓGICAS	84
2.6. BASES ANTROPOLÓGICAS	84

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS 85

3.1. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS	85
3.1.1. Hipótesis General	85
3.1.2. Hipótesis Específicas	85
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	85
3.2.1. Variables e Indicadores	85
3.2.2. Matriz de Variables	86

3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	87
--	----

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	88
4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	88
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	89
4.3.1. Descripción de la población	89
4.3.2. Muestra	89
4.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	89
4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	90
4.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	91
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	92
4.6.1. Técnicas	92
4.6.2. Instrumentos	92
4.7. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	93
4.8. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	93
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	94

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. CONOCIMIENTOS POPULARES	95
5.2. CREENCIAS	101
5.3. COSTUMBRES	107
5.4. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	115
5.5. TRANSPARENCIA	115
5.6. AUTENTICIDAD	121
5.7. COHERENCIA	125
5.8. ACEPTACIÓN	128

5.9. CONSONANCIA	133
5.10. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	138
5.10.1. Resultados de la variable independiente: Cultura	138
5.10.1.a) Conocimientos populares	139
5.10.1.b) Creencias	140
5.10.1.c) Costumbres	140
5.10.2. Resultados de la variable dependiente: Comunicación interpersonal	141
5.10.2.a) Transparencia	141
5.10.2.b) Autenticidad	141
5.10.2.c) Coherencia	142
5.10.2.d) Aceptación	142
5.10.2.e) Consonancia	143
5.11. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	144
5.11.1. Hipótesis general	144
5.11.2. Hipótesis específicas	144
5.12. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	145

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES 148

6.1. CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	148
6.2. LIMITACIONES DE LA TESIS DOCTORAL	149
6.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	151
6.4. RECOMENDACIONES	153

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA 154

ANEXOS 163

1.1. ANEXO 1: INSTRUMENTO-CUESTIONARIO	164
1.2. ANEXO 2: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS	168

LISTADO DE TABLAS

TABLA N.º	DESCRIPCION	PAG
01	TENGO EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE MI COMUNIDAD DE ORIGEN	95
02	LOS SABERES ANCESTRALES DE MI COMUNIDAD SE RELACIONAN CON LA NATURALEZA	96
03	LAS OFRENDAS HECHAS A LOS CERROS NOS AYUDAN EN LA CURACIÓN DE UNA ENFERMEDAD	97
04	MI PERSONA FORMA PARTE DE LA NATURALEZA COMO SER COLECTIVO	98
05	ACEPTO LA LÓGICA DEL PROCEDIMIENTO DE OBRAR DEL CURANDERO, CON MI ENFERMEDAD	99
06	RESPETO LOS SABERES TRADICIONALES DEL CURANDERO	100
07	ESTOY ENFERMO PORQUE ME HICIERON DAÑO	101
08	EL MAL QUE ME HICIERON SERÁ CURADO POR EL CURANDERO	102
09	EL ESPÍRITU DEL CERRO AYUDARA A LA CURANDERA A VENCER LAS FUERZAS DEL MAL	103
10	LA CHAQCHA DE LA COCA GARANTIZARA MI CURACIÓN	104
11	EL COLOR DEL CIGARRO INDICARA SI MEJORARA O EMPEORARA MI SALUD	105
12	LAS OFRENDAS HECHAS AL HIRCA ME AYUDARAN PARA SANARME RAPIDAMENTE	106
13	LA PASADA DE HUEVO ME SACARÁ EL DOLOR Y LAS MALAS ENERGÍAS	107
14	LA PASADA DE CUY (SHOQPI) ME LIMPIARA DE LOS MALES QUE TENGO	108
15	LA PASADA DEL SAPO ME SACARÁ EL MAL DEL CUERPO	109
16	LA PASADA DE PLOMO ME SACARA EL MAL DEL CUERPO	110
17	EL BAÑO DE FLORECIMIENTO ME DARÁ ABUNDANCIA Y PROSPERIDAD	111
18	LA PASADA DE RUDA CON FLORES AHUYENTARÁ MIS MALES	112

19	LA SOPLADA DE AGUARDIENTE ALEJARÁ LAS FUERZAS DEL MAL	113
20	CADA VEZ QUE ME ENFERMO DEBO RECURRIR AL CURANDERO PARA QUE ME SANE	114
21	EL CURANDERO AL COMUNICARSE CONMIGO ES FIRME EN SUS DECISIONES	115
22	EL CURANDERO NO DUDA DE LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN QUE REALIZA	116
23	EL CURANDERO ES HONESTO AL COMUNICARSE CONMIGO	117
24	ES VERDADERO LO QUE AFIRMA EL CURANDERO SOBRE MI ENFERMEDAD	118
25	EL CURANDERO PIENSA, SIENTE Y ACTUA EN FUNCION A LA SANACIÓN DE MI ENFERMEDAD	119
26	EL CURANDERO ME REVELA TODO SOBRE EL MAL QUE ME HICIERON	120
27	TENGO CONFIANZA QUE EL CURANDERO ME SANARA	121
28	NO DESCONFÍO DE LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN QUE REALIZA MI CURANDERO	122
29	LA INFORMACION QUE RECIBO DE MI CURACIÓN ES CIERTA	123
30	ESTOY DE ACUERDO CON LAS AFIRMACIONES DEL CURANDERO	124
31	LAS IDEAS DEL CURANDERO LE PERMITEN REALIZAR RITUALES DE SANACIÓN	125
32	EL PENSAMIENTO DEL CURANDERO ESTA DE ACUERDO CON LOS MÍOS	126
33	LAS CREENCIAS DEL CURANDERO LE PERMITEN REALIZAR RITUALES DE SANACIÓN	127
34	ENTIENDO TODO LO QUE AFIRMA EL CURANDERO SOBRE MI ENFERMEDAD	128
35	LOS REMEDIOS QUE ME DA EL CURANDERO ME CURARAN DE LA ENFERMEDAD QUE TENGO	129
36	LOS RITUALES DE SANACIÓN QUE SE PRACTICAN SON IMPORTANTES PARA MI SANACIÓN	130
37	LOS COBROS DEL CURANDERO POR SU TRABAJO SON ADECUADOS	131

38	EL TRATO DEL CURANDERO ES AMABLE	132
39	EL AMBIENTE DONDE CURA EL CURANDERO ES HOSPITALARIO	133
40	LOS GESTOS DEL CURANDERO DEMUESTRAN CORDIALIDAD Y BUEN TRATO	134
41	LAS FRASES QUE UTILIZA EL CURANDERO SON COMPENSIBLES	135
42	EL CURANDERO ME GENERA CONFIANZA CUANDO EMPLEA LOS ELEMENTOS PARA LA CURACIÓN	136

LISTADO DE GRÁFICOS

GRAFICO N.º	DESCRIPCION	PAG
01	TENGO EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE MI COMUNIDAD DE ORIGEN	95
02	LOS SABERES ANCESTRALES DE MI COMUNIDAD SE RELACIONAN CON LA NATURALEZA	96
03	LAS OFRENDAS HECHAS A LOS CERROS NOS AYUDAN EN LA CURACIÓN DE UNA ENFERMEDAD	97
04	MI PERSONA FORMA PARTE DE LA NATURALEZA COMO SER COLECTIVO	98
05	ACEPTO LA LÓGICA DEL PROCEDIMIENTO DE OBRAR DEL CURANDERO, CON MI ENFERMEDAD	99
06	RESPETO LOS SABERES TRADICIONALES DEL CURANDERO	100
07	ESTOY ENFERMO PORQUE ME HICIERON DAÑO	101
08	EL MAL QUE ME HICIERON SERÁ CURADO POR EL CURANDERO	102
09	EL ESPÍRITU DEL CERRO AYUDARA A LA CURANDERA A VENCER LAS FUERZAS DEL MAL	103
10	LA CHAQCHA DE LA COCA GARANTIZARA MI CURACIÓN	104
11	EL COLOR DEL CIGARRO INDICARA SI MEJORARA O EMPEORARA MI SALUD	105
12	LAS OFRENDAS HECHAS AL HIRCA ME AYUDARAN PARA SANARME RAPIDAMENTE	106
13	LA PASADA DE HUEVO ME SACARÁ EL DOLOR Y LAS MALAS ENERGÍAS	107
14	LA PASADA DE CUY (SHOQPI) ME LIMPIARA DE LOS MALES QUE TENGO	108
15	LA PASADA DEL SAPO ME SACARÁ EL MAL DEL CUERPO	109
16	LA PASADA DE PLOMO ME SACARA EL MAL DEL CUERPO	110
17	EL BAÑO DE FLORECIMIENTO ME DARÁ ABUNDANCIA Y PROSPERIDAD	111
18	LA PASADA DE RUDA CON FLORES AHUYENTARÁ MIS MALES	112

19	LA SOPLADA DE AGUARDIENTE ALEJARÁ LAS FUERZAS DEL MAL	113
20	CADA VEZ QUE ME ENFERMO DEBO RECURRIR AL CURANDERO PARA QUE ME SANE	114
21	EL CURANDERO AL COMUNICARSE CONMIGO ES FIRME EN SUS DECISIONES	115
22	EL CURANDERO NO DUDA DE LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN QUE REALIZA	116
23	EL CURANDERO ES HONESTO AL COMUNICARSE CONMIGO	117
24	ES VERDADERO LO QUE AFIRMA EL CURANDERO SOBRE MI ENFERMEDAD	118
25	EL CURANDERO PIENSA, SIENTE Y ACTÚA EN FUNCIÓN A LA SANACIÓN DE MI ENFERMEDAD	119
26	EL CURANDERO ME REVELA TODO SOBRE EL MAL QUE ME HICIERON	120
27	TENGO CONFIANZA QUE EL CURANDERO ME SANARA	121
28	NO DESCONFÍO DE LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN QUE REALIZA MI CURANDERO	122
29	LA INFORMACION QUE RECIBO DE MI CURACIÓN ES CIERTA	123
30	ESTOY DE ACUERDO CON LAS AFIRMACIONES DEL CURANDERO	124
31	LAS IDEAS DEL CURANDERO LE PERMITEN REALIZAR RITUALES DE SANACIÓN	125
32	EL PENSAMIENTO DEL CURANDERO ESTA DE ACUERDO CON LOS MÍOS	126
33	LAS CREENCIAS DEL CURANDERO LE PERMITEN REALIZAR RITUALES DE SANACIÓN	127
34	ENTIENDO TODO LO QUE AFIRMA EL CURANDERO SOBRE MI ENFERMEDAD	128
35	LOS REMEDIOS QUE ME DA EL CURANDERO ME CURARAN DE LA ENFERMEDAD QUE TENGO	129
36	LOS RITUALES DE SANACIÓN QUE SE PRACTICAN SON IMPORTANTES PARA MI SANACIÓN	130

37	LOS COBROS DEL CURANDERO POR SU TRABAJO SON ADECUADOS	131
38	EL TRATO DEL CURANDERO ES AMABLE	132
39	EL AMBIENTE DONDE CURA EL CURANDERO ES HOSPITALARIO	133
40	LOS GESTOS DEL CURANDERO DEMUESTRAN CORDIALIDAD Y BUEN TRATO	134
41	LAS FRASES QUE UTILIZA EL CURANDERO SON COMPENSIBLES	135
42	EL CURANDERO ME GENERA CONFIANZA CUANDO EMPLEA LOS ELEMENTOS PARA LA CURACIÓN	136

INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente en forma diferenciada en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. Es parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad (Menéndez 1994: 71-83). El autor también señala que los padecimientos, así como sus respuestas, son procesos estructurales parte de un sistema social, en donde la enfermedad y la muerte deben ser pensadas como hechos sociales, como hechos colectivos. Desde este punto de vista, la enfermedad tiene un carácter de obligatoriedad, de normatividad y una dosis de coerción en lo que se refiere a las prácticas médicas o curativas y, por lo tanto, está sujeta a la acción de los conjuntos sociales, quienes le atribuyen un significado y generan representaciones y prácticas culturales. Las formas de pensamiento, las creencias, la confianza en determinado sistema médico —médico o curanderos, medicamentos o plantas medicinales— las conductas al realizar rituales y ceremonias como, en el caso que nos ocupa, los baños de florecimiento, pagos a la tierra, lecturas de hoja de coca, lecturas de cigarro, curaciones con la pasada de cuy o huevo, forman un conjunto de simbolizaciones a la que Menéndez denomina: «los padecimientos como ejes de construcción de significados colectivos».

Así mismo, el proceso salud-enfermedad-atención se desarrolla dentro de un proceso histórico. En dicho proceso, Menéndez (1994) establece que se construyen las causas de la enfermedad, las formas de atención, sistemas ideológicos y los significados respecto a los mismos. Por otro lado, Pizza (2005, 14 15-32), en el artículo en el que reflexiona sobre Gramsci a raíz del congreso internacional *Medical Anthropology at home. Medical Anthropology, welfare state and political engagement*, celebrado en Perugia el 2003, habla de un componente central que no se puede separar del hombre o de la sociedad, el de la historicidad del ser humano: si queremos conocer y comprender la sociedad debemos primero conocer y comprender a la persona y, para ello, debemos comprender su historia. La antropología gramsciana se basa en la idea del hombre como producto histórico, niega a la antropología clásica, «un momento particular de la historia de la Antropología, este periodo se corresponde históricamente con el segundo momento constitutivo de la disciplina según la periodización que proponen Boivin, Rosato y Aribas (1998). Es entonces cuando la Antropología se consolida como ciencia y surgen las denominadas «escuelas nacionales» (por ejemplo, la Antropología francesa, la Antropología norteamericana, la británica) lo que se traduce en el abandono de una única

teoría que busca explicar las diferencias entre las distintas sociedades (como era el caso del evolucionismo cultural a fines del siglo XIX) para pasar a la emergencia de variadas teorías antropológicas centradas en la búsqueda por describir y explicar la diversidad cultural a partir de investigaciones en terreno. En términos generales, todas las explicaciones antropológicas que se desarrollan cronológicamente entre las dos guerras mundiales tienen en común la crítica al evolucionismo cultural por su carácter etnocéntrico y por la producción de explicaciones sobre la otredad partiendo de datos secundarios que no fueron obtenidos de primera mano. El debate principal girará en torno a la cultura: como definirla (y las implicancias epistemológicas, teóricas y políticas que entraña cada definición); cómo estudiarla; y cómo diferenciarla de otras dimensiones, aspectos, atributos. Las críticas al evolucionismo y el nuevo giro hacia la producción de un conocimiento que parta de la observación participante in situ de las sociedades estudiadas, dará pie al desarrollo de investigaciones a lo largo y ancho del globo. En este periodo emergen «los grandes nombres» de la Antropología Clásica: Claude Levi-Strauss; Margaret Mead, Evan Evans-Pritchard, Bronislaw Malinowski, Ruth Benedict, Franz Boas entre otros (Universidad Nacional de La Plata, 2022).

En este sentido, Gramsci plantea una teoría viviente, relacionada con cómo las emociones y sentimientos afectan la salud del cuerpo, con una perspectiva fenomenológica: la experiencia del cuerpo vivido en las vicisitudes personales de su propio sufrimiento físico que le acompaña los individuos toda su vida, y se constituye en una teoría de lo mutable, de lo vivo. Esta antropología actúa también sobre el sujeto y la subjetividad, un conjunto de procesos moleculares que incluyen procesos bioquímicos, que transforman el cuerpo y la subjetividad no solo física, psicológica sino también política, así el cuerpo se convierte en el terreno de un conjunto de hegemonías, caracterizada por la supremacía de tipo económico, político y cultural.

De esta manera, la antropología gramsciana se encargará del estudio del bienestar físico, de los procesos de salud-enfermedad en contextos históricos y en relación con la economía política (Pizza, 2005). Desde esta perspectiva, vemos cómo, a lo largo de la historia, las personas otorgan significados a la enfermedad, a la muerte, a los tratamientos y soluciones para recuperar la salud. Los conocimientos ancestrales de los incas y de las culturas prehispánicas continúan poniéndose en práctica, se han transmitido de generación en generación y, en la actualidad, los curanderos de Perú y de la región Huánuco utilizan gran parte de ellos. En época de los incas, civilización más importante de América del Sur, establecido desde el siglo XIII en los altiplanos andinos del Perú, tenían como centro la región de Cusco, los curanderos llamados «Hampicamayoc» manejaron un conocimiento profundo de la

medicina tradicional, Elferink (2015) señala que existía una estrecha relación entre religión, magia y enfermedad, por lo tanto, el tratamiento de la enfermedad tenía un enfoque mágico religioso. A los curanderos especialistas en magia se le conocía con el nombre de Camasca. La enfermedad era vista como un desequilibrio entre el cuerpo y el alma, los incas creían que la enfermedad se producía por la pérdida del alma como consecuencia de un susto o bien era causada por la maldad o el daño realizado por un hechicero. Se trataba de una visión animista que otorgaba una fuerza sobrenatural o alma a los objetos o elementos de la naturaleza. Así, por ejemplo, se consideraba que el cerro o las lagunas estaban vivos, que una fuerza sobrenatural actuaba sobre ellos y podían devolver la salud, proveer abundancia, prosperidad o simplemente enviar la enfermedad o la muerte. Según el cronista Bernabé Cobo, la concepción de la enfermedad en las sociedades andinas coloniales estaba profundamente vinculada a nociones religiosas y morales. En su obra *Historia del Nuevo Mundo*, Cobo describe cómo se entendía que las enfermedades eran el resultado del desequilibrio espiritual o moral, atribuido al pecado. Este pensamiento fusionaba la cosmovisión andina prehispánica, que relacionaba el bienestar físico y espiritual con la armonía con la naturaleza y las divinidades, con la doctrina cristiana introducida durante la colonización. En este contexto, el Ichuri —figura tradicional andina encargada de escuchar confesiones y oficiar ritos de limpieza espiritual— jugaba un rol central. Además, los habitantes debían confesar sus pecados al Ichuri para restaurar el equilibrio y, con ello, la salud, lo que reflejaba una integración de prácticas ancestrales con las nuevas interpretaciones religiosas impuestas por los colonizadores. Esta dinámica dejaba de manifiesto cómo las prácticas espirituales y de sanación se resignificaron en un entorno de sincretismo cultural y religioso.

La medicina incaica (1200 DC y 1533 DC) se caracterizó por ser mágico-religiosa; Franco (2012) indica que las prácticas mágicas en la medicina Inca, para combatir las enfermedades eran atribuidas a propósitos divinos, hechizos o venganza, cuya ocurrencia eran las manifestaciones de energías descarnadas las que eran descubiertas a través de acciones mágicas y la adivinación utilizando hojas de coca, maíz y la soba de cuy (*Cavia porcellus*), una cobaya peruana (Saavedra, 2019). Al respecto, Elferink (2015), en su estudio sobre medicina inca aborda el rol de los médicos entre los incas, basándose en hallazgos arqueológicos y especialmente en los escritos de cronistas españoles. En la medicina inca, un papel importante estaba reservado a la religión y a la magia, pero al mismo tiempo se disponía de un amplio conocimiento de las plantas medicinales. Como consecuencia, había varios tipos de curanderos que curaban con una mezcla de plantas medicinales y ceremonias mágico-

religiosas. El Hampicamayoc curandero especialista en medicinas era el que se parecía un poco al médico europeo de esa época y era el tipo de curandero más importante.

La utilización de plantas medicinales en la medicina tradicional peruana era frecuente como: la Calaguala con fines antirreumáticos, anticefalálgica también utilizada para las afecciones pulmonares crónicas. La Canchalagua, se utilizaba para tratar acidez estomacal, anti-hepática, dispepsia y pleuresía entre otras utilidades. La Chilca se usaba para combatir heridas supurantes, insomnio, gases entre otros usos. Otros recursos de la zona de que se tratara —vegetales, animales o minerales—, las sangrías que se practicaban mediante una lanceta hecha de láminas de pedernal que se introducía en la vena para conseguir que brotara la sangre y tratar así ciertas afecciones, el uso del maíz blanco y morado, que molidos servían para embadurnar las paredes de la habitación donde se encontraba el paciente, o también el soplado del maíz molido que se esparcía por el cuerpo del paciente con el fin de limpiarlo de la enfermedad como forma de purificación, fueron características de este tipo de medicina. Además, los incas también conocieron el cigarro, al que denominaron «saire». En la época de Pachacutec existieron 400 terapeutas folclóricos. Cada uno tenía su especialidad como, por ejemplo, el calparicuqui, que descifraba el devenir en los bofes de los animales sacrificados, el curicucuy que pasaba el cuy por el cuerpo del paciente o la realización de «amarres» para lograr la unión entre un hombre y una mujer. Al curandero inca se le conocía con el nombre de «Hampicamayoc», que significa curador o sanador. Este usaba una piedra redonda muy pesada que pasaba por el cuerpo del paciente con el fin de sacar la causa de la enfermedad al tiempo que pronunciaba las palabras: «hampeq, hampeq», que significan «sánate, cúrate». En la literatura antropológica, la mencionada piedra se conoce con el nombre de «Hiwayro Rumi», que significa piedra pesada. Se trataba de un meteorito de color oscuro y era considerado macho; según la racionalidad andina, esta piedra tendría su complemento: una piedra ovalada en forma de busto que representaría a la mujer.

Por otro lado, existieron en la sociedad inca curanderos que se movilizaban al exterior conocidos como «Kallawallas». Poseían una profunda sabiduría médica y fueron reconocidos por sus habilidades en amplios territorios y en otras zonas geográficas distantes; viajaron por América del Sur, zona que comprende parte de actuales territorios de Perú, Bolivia, Ecuador, Chile y Argentina. Actualmente, los Kallawallas forman parte de las comunidades aymaras del Lago Titicaca, ubicado en los Andes Centrales, en una zona compartida entre Perú y Bolivia (La Paz). En este sentido, Bastien (1989) realiza una comparación entre la etnofisiología kallawalla y los sistemas médicos tradicionales europeos, encontrando una cierta semejanza. Los tres fluidos de la vida característicos del mundo

andino (aire, sangre y grasa) corresponden a los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) de Hipócrates y Galeno. A pesar de que el desarrollo de un sistema taxonómico andino es materia de debate, ambos sistemas incluyeron las categorías de frío y caliente (citado por Villena, 2022). Esta teoría del frío y caliente es utilizada también por las curanderas del centro del Perú. Por ejemplo, si la enfermedad del paciente es fría como la gripe, entonces suministran un remedio caliente. Además, se añade otros elementos como el húmedo y seco. Verbigracia, húmedo cuando emplean paños húmedos con timolina en la frente y cabeza para reducir la fiebre, seco cuando emplean las flores y hojas de la ruda para baños de florecimiento mediante la frotación de estos elementos por todo el cuerpo, para propiciar la suerte, buena salud y prosperidad. A los curanderos actuales, cuando se les pregunta sobre la medicina inca, mencionan que es una medicina relacionada a los conocimientos de la naturaleza. Asimismo, Elferink (2015) señala la presencia de otros curanderos como: Ambicamayoc (similar al Hampicamayoc), Camasca (especialista en magia), Chukrihampik (especialista en cirugías), Collayoc (herbalista), entre otros.

Al respecto, Lastres (1935) en una comunicación presentada en el *X Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, sostiene que los camascas o sonccoyoc del Tahuantinsuyo, como los machis del Arauco antiguo, fueron suplantados parcialmente por los galenos de toga de la España vencedora de los árabes. Los horrores de la conquista y las guerras civiles hicieron aún más impenetrable al indio. Su medicina, mezcla de taumaturgia y empirismo, se refugió en las escabrosidades de los Andes, entre las abruptas quebradas, para que algún misionero piadoso penetrara a través de la doctrina individual y conociera de sus muchas virtualidades. A diferencia, la otra medicina, la de toga que corría parejas con los vaivenes de la lucha, creció accidentada, como las vicisitudes de su adaptación al suelo.

A la llegada de los españoles en 1542, no solo nos trajeron su cultura y religión, sino también, sus enfermedades como la tuberculosis, viruela, enfermedad de Chagas, bartonellosis, gripe, diarreas comunes, neumonías, infecciones a la piel, infecciones urinarias, entre otras. En este sentido, Cordero (2000) señala que el rol de las enfermedades infecciosas, entre ellas la influenza, viruela, sarampión y tifus exantemático, en el exterminio de las comunidades indígenas en América contribuyó enormemente a permear la resistencia al invasor europeo. Sin embargo, el autor, haciendo referencia a Lizárraga, sostiene que previo a la conquista las comunidades indígenas ya padecían una enfermedad de romadizo (coriza) que afecta al aparato respiratorio y pleuresía (generalmente provocada por una neumonía) que consumió a la mayor parte de ellos. No obstante, enfermedades simples como la gripe fueron letales para los nativos, ya que no contaban con la inmunidad necesaria para superar estas

enfermedades procedentes de Europa. Las guerras civiles entre los incas también aumentaron el número de fallecidos, al igual que el colapso agrícola y la falta de agua en la costa norte del Perú.

A propósito de ello, Saavedra (2019) indica que las patologías infecciosas provocaron esta tragedia ecológica de proporciones en mundos separados por miles de años y por un océano. Las enfermedades por contagio respiratorias (gripe, sarampión), otras por contacto directo (viruela), en cambio, otras por acceso digestivo (diarreas, fiebre tifoidea), y otras como picaduras de piojos (tifus exantemático), sin mencionar malaria y fiebre amarilla. Estas enfermedades tuvieron mayores efectos que las mismas armas que traían los conquistadores, logrando frenar cualquier foco de resistencia. Facilitando la apropiación de tierras y toda la riqueza americana, y la consiguiente pérdida de culturas milenarias para siempre.

Asimismo, Lastres (1935) hace referencia a las patologías del Incario que diezmó los ejércitos de Huayna Capac, y a las patologías de la conquista. Vemos que recién iniciada la conquista, zozobra por la funesta epidemia de verrugas, que tanto daño hiciera entre las huestes de Pizarro. La misma evolución de la colonia es una sucesión de epidemias, muchas implacablemente desoladoras, como las de sarampión, tifus, viruela, etc. Nuevos factores infecciosos entran en juego y hasta las condiciones telúricas parecen que se modificarán, aumentando la receptividad de las poblaciones.

En consecuencia, Martínez (2015-2016) sostiene que la población indígena se vio muy fracturada tras la conquista y una de las principales causas fue el derrumbe demográfico tras la conquista. El recuento del descenso poblacional dio lugar a una rivalidad entre la leyenda negra y la leyenda blanca. Los defensores de la leyenda negra señalan que el descenso demográfico se debe a la brutalidad con que los conquistadores trataron a los indígenas. A diferencia de esto, los defensores de la leyenda blanca sostienen que el número de muertes no fue tan elevado y que la principal causa fueron las enfermedades.

Un aspecto relevante y digno de análisis durante los primeros años de la conquista española en el Perú, además de la propagación de enfermedades previamente desconocidas en la región, fue la llegada de los primeros cirujanos españoles, quienes introdujeron sus prácticas y conocimientos médicos en un territorio con tradiciones curativas profundamente arraigadas. Entre ellos destaca Hernando de Sepúlveda, quien arribó en 1537. Sin embargo, es importante señalar que, como indica la historiografía médica, su influencia doctrinal, al igual que la de otros médicos de su tiempo, fue limitada debido a las condiciones sociales, culturales y logísticas de la época.

En este contexto, Valdizán subraya un hecho trascendental: «A la cabecera de los enfermos, desempeñando las más humildes y piadosas funciones, debieron formarse los primeros médicos y cirujanos criollos, cuyos maestros fueron los médicos y cirujanos españoles encargados de la asistencia en los hospitales». Este escenario evidencia el carácter incipiente y adaptativo de la práctica médica en el virreinato, donde el aprendizaje y la transmisión de conocimientos médicos se realizaban en gran medida en un entorno práctico y asistencial, más que en espacios académicos formales. Como consecuencia, pocas figuras médicas de renombre lograron establecerse en el Perú, y escasas eminencias se formaron bajo la tutela de los pioneros españoles, según lo señala Lastres. Un hito significativo en el desarrollo de la educación y formación médica en el virreinato fue la fundación, en 1551, de la Universidad Mayor de San Marcos por el emperador Carlos V. Este acontecimiento marcó un punto de inflexión al proporcionar un marco institucional para la enseñanza de diversas disciplinas, incluida la medicina, y sentó las bases para la profesionalización del ejercicio médico en el contexto colonial.

En esta etapa, durante la conquista, la medicina tradicional inca continuó siendo practicada por los indígenas y nativos de los Andes. No obstante, el proceso de evangelización y de extirpación de idolatrías, con la finalidad de convertir a los indígenas a la religión católica, dio origen a un sincretismo católico-andino donde se mezclaron elementos de la cultura española y la cultura andina para dar lugar a una hibridación cultural. Un ejemplo de este sincretismo es señalado por Devoto (2016): en el siglo XVIII, la farmacopea andina ya tenía gran influencia en las boticas de Lima. Así, una botica limeña de 1655 expendía productos andinos como la mencionada quina (conocida con el nombre vulgar de «chinchona», usada como expectorante para tratar enfermedades respiratorias y malaria) o el chamico (caracterizado por ser narcótico y venenoso, pero empleado como medicina en las afecciones de pecho, según el Diccionario de la Real Academia Española-RAE). Al respecto, Valdizán (1915) afirma: «Nada puede enorgullecer más a los peruanos en materia de paleo-terapia vegetal, que el portentoso descubrimiento del efecto antimalárico de la corteza peruana de la quina». Esta presencia de productos de tradición indígena sigue vigente a lo largo del siglo XVIII, como lo demuestra el análisis del inventario de la botica del Colegio de San Pablo de la Compañía de Jesús. Según Cáceres (2005), este documento, consignado por Valdizán en su tercer tomo de la medicina popular peruana, constituye una «demostración del intercambio o mestizaje de la terapéutica médica» peruana.

Posteriormente, la medicina peruana en los tiempos de la colonia (1535) y en las primeras décadas de la república (1821) se mantuvo en un estado de atraso casi sin cambios. Según García (2011), todas las observaciones, de extraordinaria agudeza, por Juan Del Calle Caviedes sobre los médicos y la medicina del siglo XVII estuvieron en vigencia durante el siglo siguiente. Las ideas que trajeron los españoles se refieren a las prácticas de atención para la curación de las enfermedades que eran similares a las prácticas de los nativos. En el texto de consulta que por casi siglo y medio tuvo vigencia en Europa, la famosa obra del alemán Johannes de Ketham, en latín, cuya primera edición fue en 1491, allí se demuestra que la sangría era una panacea y se usaba para tratar a los heridos con hemorragias en el campo de batalla. Un segundo método de diagnosticar una enfermedad interna era examinar organolépticamente los orines guardados por 24 horas, metiendo un dedo para detectar por el sabor una diabetes. Las recetas para curar el cáncer o diarreas eran similares a las de los curanderos de los Andes. El mayor aporte de los curanderos nativos a la humanidad fue el descubrimiento de un remedio poderoso para tratar la malaria en base al árbol de la quina que crece en las laderas de media altitud de las zonas selváticas andinas.

En este sentido, durante la colonia (1535-1821) hubo otro tipo de medicina paralela a la oficial o española, quizás de mayor arraigo y extensión que ella. Fueron las prácticas curanderiles de los indígenas. Sus curanderos, fieles a la tradición oral de sus antepasados, siguieron ejerciendo entre los indios prácticas en base a la herbolaria, a pesar de las persecuciones de las autoridades políticas y religiosas. Esto fue algo que los españoles no desdeñaron, pues una de las actividades expoliadoras fue el remitir plantas con propiedades curativas a Europa. En consecuencia, la medicina que España trajo al Nuevo Mundo fue una medicina medieval, una medicina humoral, una medicina de sangrías y purgas que no pudo ser mejor que la medicina de los habitantes de este continente. Incluso podemos afirmar que la medicina aborígen tuvo cierta ventaja respecto a la española, por cuanto ella disponía de mucha mayor variedad de plantas medicinales.

Al realizar las entrevistas a una curandera del distrito de Huácar, provincia de Ambo del departamento de Huánuco, la informante (1) tiene presente la figura del Dios cristiano en sus prácticas de curación, haciendo una diferenciación entre enfermedades que vienen de Dios, que se conocen en el diagnóstico de la hoja de coca y se pueden curar, y, por otro lado, enfermedades provocadas por brujería, que alguien ejerce sobre otro, por maldad, envidia, odio, etc. Quien causa el mal tiene poderes sobrenaturales para hacerlo y trabaja con la energía de montañas altas (Apus o Hircas) usadas especialmente para causar daño a una persona. Este hecho, señalado por la informante, nos demuestra

la herencia del sincretismo que se dio durante la colonia, como producto de la evangelización. En consecuencia, Menéndez (2022) destaca el gran papel de lo sobrenatural, que proviene de las sociedades prehispánicas, afros e hispanas, y especialmente en los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, por lo menos entre los siglos XVI y XIX, afirmando que, en dichas sociedades, el papel de lo sobrenatural operaba en todos los sectores sociales y en todos los tipos de curadores, lo cual es fundamental para entender los procesos transaccionales que se dieron en las relaciones coloniales. Actualmente lo sobrenatural es un elemento relevante en la medicina tradicional peruana.

Al respecto, el antropólogo Polia (1996) sostiene que el motivo más importante que estimula la actividad del malero es la envidia; el malero, por lo tanto, es un catalizador social de la envidia a través del daño que produce, mientras que el curandero realiza el control ritual del daño. En este sentido, el autor sostiene que la relación mítica entre curanderos y maleros representa el dualismo cosmogónico andino del uju-pacha-hanan pacha. Los maleros representan al uju pacha, al mundo de abajo-dentro, asociado al ejercicio negativo y a la producción del contagio, la enfermedad y el daño, mientras que los curanderos representan al hanan pacha o el mundo de arriba (cerros y lagunas) y realizan un ejercicio mágico positivo, para propiciar la suerte y la salud. En consecuencia, existe una clara distinción entre malero o brujo y curandero. El primero, mediante brujerías, produce daño, enfermedad y muchas veces causa la muerte a las personas usando magia negra. El segundo, a través de tratamientos sana, devuelve la salud y el equilibrio físico y emocional del paciente con la ayuda de magia blanca.

Con el advenimiento de la República, la indiferencia hacia la práctica médica tradicional andina, que ya se encontraba presente en la centuria iluminista (siglo XVIII), se acentuó y por ello no encontramos mayores referencias al respecto hasta mediados del siglo XIX, cuando un extranjero nos hizo recordar el valor de la curación con plantas andinas (Devoto, 2016). De esta manera, en esta época, la práctica de la medicina tradicional cayó en el olvido y la indiferencia, aunque se dieron acontecimientos relevantes como la llegada al Perú del italiano Antonio Raymondi (1826-1890), quien se quedó maravillado por la riqueza de recursos existentes en ese país, lo cual le llevó a decir: «El Perú es un mendigo sentado en un banco de oro». Raymondi valoró los saberes curativos ancestrales cuando vivió en carne propia la experiencia de ser curado por la medicina tradicional. En 1857, en Tingo María, fue curado de un reumatismo de la rodilla por el uso del Ajo sachá a través de la utilización de sus hojas en forma de emplastos sobre la zona afectada. Los compuestos presentes en esta planta son: flavonoides, saponina, alcaloides y estigmasterol, que tienen propiedades antioxidantes y

antiinflamatorias. Este hecho, despierta en Raymondi el interés por el estudio de las plantas medicinales basado en el conocimiento tradicional peruano. Debe destacarse su obra máxima, *El Perú*, publicada en seis tomos entre 1874 y 1913. Un valor particular de la obra de Raimondi es que es quizás el primero que intenta darle un valor científico moderno a la sabiduría curativa andina. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando se encuentra en el norte del país con una práctica médica extraña: el uso de las heces de aves *Steatornis* o guácharos para curar las fiebres terciarias. Luego de analizar a estas aves, el sabio italiano llegó a la conclusión de que la razón científica de ese uso medicinal era la alimentación de las aves con las semillas de una planta del género *Nectandra* que contiene un alcaloide usado en Inglaterra junto con nuestra quinina para curar esas fiebres. Como dice Varese; «Otra vez la medicina de los indios se demuestra válida y racional, no supersticiosa como había creído Humboldt» (Varese, 1965), citado por Devoto, 2016.

Otro evento significativo en el ámbito de la medicina tradicional peruana fue la irrupción en la escena nacional del médico Hermilio Valdizán (1885-1929), ampliamente reconocido como el más destacado investigador de la medicina peruana. En su obra *Nuestra medicina popular*, Valdizán realizó un análisis profundo de la medicina tradicional del país y subrayó la importancia de que los médicos peruanos comprendieran los secretos de esta práctica ancestral para desempeñarse de manera efectiva en las distintas regiones del Perú. El autor enfatizó los riesgos inherentes a la ignorancia médica respecto a los prejuicios y creencias del público cuya salud les era confiada, una advertencia que refleja su compromiso con la integración de conocimientos científicos y populares (Valdizán, 1911b: 1).

En esta etapa, correspondiente a la primera mitad del siglo XIX, se observa un avance significativo en la investigación farmacológica, particularmente con la incorporación de la anestesia en procedimientos quirúrgicos. Un hecho destacado en este ámbito tuvo lugar en 1847, cuando el doctor Julián Sandoval Bravo, profesor de patología, empleó por primera vez la anestesia general inhalatoria con éter en una intervención quirúrgica. Este procedimiento fue realizado en las inmediaciones de la botica de Mr. Remy, ubicada en la calle de los Mercaderes, actualmente la cuadra cuatro del Jirón de la Unión, en el cercado de Lima (Álvarez, 1911). Este hito posicionó al Perú como el primer país en Sudamérica en utilizar anestesia en intervenciones quirúrgicas, marcando un precedente en el desarrollo de la medicina en la región.

A lo anteriormente expuesto, cabe añadir la actividad profesional del médico Daniel A. Carrión, sacrificado profesional de la salud del siglo XIX; sus aportes científicos lo llevan a ser considerado como un mártir de la medicina peruana. Nació en Cerro de Pasco, Perú. Estudió

medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), donde ingresó en plena guerra del Pacífico. A los 18 años, en 1885, se interesó por un mal que acabó con varios obreros que construían el tren de Lima-La Oroya. A esa enfermedad se la conocía con el nombre de la fiebre de La Oroya. Carrión indagó sobre la etiología de la verruga peruana y decidió inyectarse secreciones de un paciente diagnosticado con ese mal en el hospital Dos de Mayo. Empezó a documentar todo lo que vivía con la enfermedad, las reacciones en su cuerpo, su estado anímico, los síntomas, entre otros. El 5 de octubre, a los 28 años, Carrión entró en estado de coma y murió al final del día abatido por la infección. En sus últimas anotaciones descubrió similitudes en los síntomas de la enfermedad entre la fiebre de La Oroya y la verruga peruana. El médico sacrificó su vida para conocer los orígenes de la verruga peruana, una enfermedad que afectaba a los pobladores de la Oroya, en Junín, en el siglo XIX. Es por ello, que el 5 de octubre de cada año se conmemora el Día de la Medicina Peruana.

En la actualidad, la medicina tradicional es parte importante de nuestros pueblos y sus representaciones culturales. Así como los curanderos constituyen un importante sector de la atención informal de la salud en el Perú, se conforman en agentes comunitarios de salud; contribuyen al fortalecimiento de la identidad local y regional, a la cohesión grupal, el orden social y moral de la comunidad. Según un estudio del uso de medicina alternativa y factores asociados en pacientes de un establecimiento de salud en Huánuco, Perú, de los autores Meza y Trinidad (2024), sostienen que las personas con mayor nivel educativo tienden a usar más la medicina tradicional, al igual que las personas católicas (78,4%), mientras que (21,6%) recurre a la medicina convencional. Además, la prevalencia de uso de medicina alternativa es notablemente alta en pacientes con ciertas afecciones: problemas musculoesqueléticos, cardiovasculares, pulmonares con un (92,5%), (94,4%), (98,2%), respectivamente.

La medicina tradicional continúa vigente en la sociedad contemporánea, a pesar de la creciente influencia y predominio de la medicina moderna-convencional, basada en la evidencia científica y considerada oficial en los contextos actuales. Esta persistencia se debe, en gran medida, a su eficacia tanto simbólica como pragmática, ya que aborda los problemas de salud no solo en el ámbito físico, sino también en las esferas emocional y espiritual. Esta práctica tradicional contribuye a restablecer la estabilidad emocional del paciente al ofrecer soluciones a inquietudes personales que lo aquejan, tales como conseguir empleo, recuperar a un ser amado o ganar una disputa legal. De esta manera, el curandero no solo actúa como sanador, sino también como mediador en los conflictos emocionales y sociales del individuo.

En este sentido, Aguirre Beltrán (1986) señala que las comunidades indígenas se caracterizan por la búsqueda constante de equilibrio en los principales procesos que configuran su vida cotidiana. Dentro de este marco, la medicina tradicional identifica el equilibrio/desequilibrio como una de las principales causas de enfermedad y problemas comunitarios, al considerar que una ruptura en la relación armónica entre el paciente, la naturaleza y su entorno genera afecciones que trascienden lo físico y afectan el bienestar integral del individuo. Este enfoque holístico y su capacidad de integrar dimensiones culturales, emocionales y sociales explican la vigencia y relevancia de la medicina tradicional en diversas comunidades, incluso en contextos extremadamente influidos por la modernidad.

Asimismo, Holland (1963) sostiene que el grupo protege el valor de la curación mágico/religiosa. Tratando en forma integral al paciente, tomando en cuenta, sobre todo, el espíritu, dado que el origen y solución de las enfermedades está en el espíritu. En este entender, lo simbólico en la medicina tradicional está presente a través de un conjunto de símbolos o significados que los curanderos otorgan a los elementos relacionados al tratamiento y curación, como el ritual, invocaciones al Apu, los sueños, la hoja de coca, entre otros. Al respecto, Polia (1989) señala que el curandero andino de hoy, a pesar del largo proceso de *«deculturación»*, osmosis cultural y sincretismo sufrido, es depositario y continuador de la teoría y prácticas chamánicas tradicionales. Su función requiere un carisma; él es un «llamado»: una enfermedad, un sueño, un acontecimiento con valor de signo sobrenatural, una visión otorgada por el espíritu de las plantas «que hacen ver», el éxito de una terapia por él mismo llevada a cabo. Lo pragmático de la medicina tradicional incluye la utilidad que los pacientes le otorgan, no solo para solucionar problemas de salud, sino problemas diversos. Al respecto, sostiene Polia (1989): El curandero responde a la expectativa de su gente no solamente curando, sino también adivinando el porvenir, rastreando, es decir, investigando el pasado para detectar responsables humanos o sobrenaturales de daños, desgracias, descubriendo ladrones, asesinos, maridos y mujeres infieles, detectando cosas y personas escondidas o fuera del alcance de la vista física; influyendo con el poder de sus compactos—sus espíritus auxiliares— sobre la fecundidad de personas, plantas, animales y los fenómenos atmosféricos; visualizando en una forma de «superconsciencia», tal es «la vista en virtud», los remedios aptos a curar.

Este tratamiento integral implica el apoyo emocional y social que los curanderos dan a sus pacientes por el tiempo dedicado a escuchar, entender y tratar al enfermo, lo que la diferencia de la atención en la medicina convencional. Por tanto, la medicina tradicional es parte sustantiva del «buen

vivir» que han generado los pueblos originarios y que, entre otros objetivos, busca no solo legitimar los saberes y las formas de vivir indígenas, sino que los mismos logren la mayor autonomía posible, cultural y también económica/política (Cunningham, Mendizábal y Martínez, 2016). El saber indígena ayuda a proteger la biodiversidad y el cuidado del medio ambiente, así como a reducir los efectos del calentamiento global. Así se propone como objetivo, en forma explícita o implícita, aprender de los saberes indígenas (Menéndez, 2023). Según este autor, «Los pueblos indígenas solo representan el 5% de la población mundial; pero no obstante protegen el 80% de la biodiversidad del planeta y administran alrededor del 22% de carbono forestal» (*La Jornada*, 25 de septiembre de 2019). Lo anterior, debido a que sus usos y costumbres ayudan a la conservación del medio ambiente, ya que «El respeto a la tierra, la reforestación con plantas nativas y la protección de las especies es parte de su herencia cultural» (*La Jornada*, 8 de septiembre de 2017), citado por Menéndez, 2023.

Todo ello es parte de las enfermedades culturales que la biomedicina no puede resolver, porque la medicina convencional trata enfermedades biológicas, cuyos síntomas se pueden comprobar científicamente. A esto se añaden los límites y brechas culturales infranqueables entre el médico y el paciente, existiendo enfermedades de médicos y enfermedades de los curanderos. Estos últimos tratan los síndromes culturales, conocidos como «*culture bound syndroms*»¹, enfermedades basadas en las creencias de las personas y en los modos de ver la vida. Los curanderos utilizan recursos de la zona de origen —animales, vegetales y minerales— para tratar las enfermedades y devolver la salud invocando a fuerzas sobrenaturales conocidas como «Hircas» en Huánuco y «Apus» en Cusco, que son cerros considerados «vivos» y como un segundo «Dios» que ayudan y acompañan al curandero en el momento de la curación. De este modo, la enfermedad y la cura como procesos no pueden ser explicados solo biológicamente, sino también como procesos sociohistóricos.

El proceso histórico al que se hace referencia línea atrás está caracterizado por relaciones de hegemonía-subalternidad que operan entre los sectores sociales. Según Gramsci, citado por Pizza 2005, hegemonía² es un poder que ejerce del Estado y que tiene un accionar coercitivo, el poder no se

¹ Es una forma de enfermedad, llamada también «folk illness» (Simons & Hughes, 1985). Es una categoría de enfermedad específica para ciertas sociedades, como susto, dhat, mal de ojo, etc. Decenas de estudios en los años transcurridos han utilizado este concepto, para poner en primer plano las diversas formas en que las personas entienden, expresan, detectan y responden a la angustia, fuera de los marcos biomédicos (Abramowitz, 2010; Guarnaccia et al. 2003; Keys, Kaiser, Kohrt, Khoury y Brewster, 2012; Hinton y Lewis-Fernandez, 2010; Yarris, 2014).

² El concepto de hegemonía está presentado en Gramsci en toda su amplitud, es decir, como algo que opera no sólo sobre la estructura económica y la organización política de la sociedad, sino, además, específicamente, sobre el modo de pensar, sobre las orientaciones teóricas, y hasta sobre el modo de conocer (Gruppi, 1978).

limita solo al Estado, sino que se mantiene a través de la sociedad civil mediante la generación de consensos. De este modo, existe una dominación cultural, porque las clases dominantes no solo ejercen el poder por medio de la fuerza, sino también influenciando ideológica y culturalmente.

Al respecto, Menéndez (1994) afirma que los conceptos de hegemonía/subalternidad, así como otros procedentes de diferentes corrientes teóricas, asumen la existencia de desigualdades estratificadas, pero incluyendo como parte sustantiva de las mismas a los procesos socioculturales que operan favoreciendo la cohesión/integración opacando las causales que establecen las desigualdades o promocionando procesos de oposición o de otro tipo de transacciones, que posibilitan el desarrollo autónomo de sectores subalternos.

La hegemonía también puede entenderse como una política de transformación que actúa sobre los sujetos, modificando sus cuerpos y produciendo subjetividades. Este fenómeno se manifiesta de manera clara en lo que Menéndez (2003) definió como el Modelo Médico Hegemónico (MMH), un sistema compuesto por prácticas, saberes y teorías surgidas del desarrollo de la medicina científica desde finales del siglo XVIII. Este modelo situó en una posición subordinada a otras formas de conocimiento y prácticas médicas, consolidándose como la única perspectiva legítima para entender y tratar la enfermedad. Dicha legitimidad se fundamenta tanto en criterios científicos como en su respaldo por parte del Estado, entendido este último como una estructura social, política y económica que opera a través de un conjunto de instituciones soberanas encargadas de regular la vida en sociedad.

En este contexto, en el Perú, la medicina tradicional, sigue siendo marginada por parte de los profesionales de la salud, quienes la perciben como no empírica o la asocian exclusivamente con prácticas indígenas. Esta percepción contribuye a profundizar la brecha entre los médicos y los curanderos. Los médicos, guiados por su formación profesional, adoptan un enfoque técnico, científico y objetivo, que, como señalaría Foucault (1966), se inscribe dentro de una perspectiva basada en evidencias. En el marco de este modelo hegemónico, la relación médico-paciente suele caracterizarse por su verticalidad, en la que el profesional asume una posición de autoridad sobre el paciente. Por el contrario, la medicina tradicional peruana presenta una lógica distinta. Los curanderos, al compartir los saberes y tradiciones de sus pacientes, establecen una relación horizontal, basada en la empatía cultural y humana. Esta práctica no está mediada por la tecnología, pruebas diagnósticas ni protocolos estandarizados que a menudo generan distancia entre médico y paciente en la medicina contemporánea. Es más, se sustenta en los saberes transmitidos por tradiciones orales locales y en el uso de la farmacopea natural. La medicina tradicional podría calificarse como una «medicina integral»,

ya que aborda tanto el cuerpo como el «espíritu» en el acto médico. El término «espíritu», derivado del latín spiritus (soplo, aire respirado, aliento) y del griego pneuma, representa un concepto complementario al de «alma». En este sentido, la salud se concibe como un estado de bienestar completo que abarca dimensiones físicas, emocionales, mentales y espirituales.

Los curanderos responden a las expectativas de sus pacientes, les dan confianza, seguridad y su comunicación es dialógica, sencilla y simple, aunque eso no excluye que, al igual que ocurre con los médicos convencionales, prefieran que sus pacientes cumplan con las indicaciones que les dan. Los profesionales médicos que practican en el marco de la medicina convencional generan una serie de estereotipos, prejuicios y estigmatizaciones dado que desconocen a sus pacientes que provienen de sector rural —personas que pueden oler mal, que no se bañan o no pueden describir sus dolencias con claridad—. Con ello ponen de manifiesto un claro desconocimiento del entorno cultural del paciente y, más aún, de las condiciones materiales de su existencia, ya que, en muchos sectores del Perú y Huánuco, las poblaciones vulnerables no tienen, por ejemplo, cobertura de agua ni alcantarillado o sistema de tratamiento de aguas residuales.

En este sentido, los médicos en la medicina convencional tienen un modelo cultural, distinto al de los pacientes y, más aún, una forma de proceder en circunstancias extremas, afirma Comelles, su imposible aplicación al conjunto de personas que piden ayuda a los profesionales: si lo cultural y lo social pueden venderse como accesorios, en tomas de decisiones vitales no es menos cierto que en ciertas tomas de decisiones vitales en circunstancias críticas, surgen expresiones como: «la salvaremos porque es joven y tiene dos hijos, si tuviese más de cincuenta»...Negar lo cultural, -y lo social- en la medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir una cultura profesional específica. (Comelles, 2003).

Esta racionalidad pragmática de la medicina científica está influenciada por lo que Menéndez (2003) denominó el Modelo Médico Hegemónico, cuyas características más relevantes son: el biologismo, la tendencia de tratar solo el órgano enfermo, que incluye la anomalía o disfunción de los órganos a los que la antropología médica ha denominado «disease», el individualismo, el hecho de tratar a cada paciente de acuerdo a su particularidad y a la naturaleza de la enfermedad, donde el cuerpo está individualizado; el a-historicismo que no toma en cuenta el aspecto social de la enfermedad, como señala Menéndez: «No es casual que el modelo preventivista que, con algunas modificaciones, domina tanto en la práctica médica de países capitalistas como de los socialistas, sea el de Leavell y Clark, es decir, la propuesta de *Historia Natural de la Enfermedad*. Para la práctica médica la enfermedad es en

primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia» (Menéndez, 1988).

Menéndez es enfático cuando dice: «Quiero subrayar que cuando nos planteamos la posibilidad de incluir la dimensión histórica para analizar el padecer como construcción social, no pensamos en un saber despreocupado de las condiciones actuales dentro de las que opera dicho padecer, sino por el contrario pensamos en una historia de causalidades y procesos que nos permitiría entender las características adquiridas por dicho padecimiento» (Menéndez, 1998). De este modo, se omite el reconocimiento de los determinantes sociales de la enfermedad. Todo ello en un ambiente hospitalario donde la mirada etnográfica del contexto del paciente está ausente, el conocimiento intersubjetivo no existe, acentuado por la deslocalización del enfermo de su medio.

En este sentido, Fábrega, un médico con formación antropológica, que había realizado trabajo de campo entre los indígenas del Sureste mexicano, elabora una primera propuesta teórica y define la Antropología de la medicina: «(a) *elicit*³ los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel en o influyen la forma en que individuos y grupos están afectados por o responden a las «iones» y «disease»; y (b) examina estos problemas con un énfasis en patrones de conducta. «El énfasis principal debe darse en estudios que son conducidos en grupos no- occidentales y que descansan en el concepto de cultura» (1972:67), citado por Comelles (2003).

Como vemos, el autor, al estudiar a Fábrega, realiza una escisión entre el espacio antropológico y el biomédico con una demarcación clara del primero al universo indígena y con la distinción entre dos dimensiones de la enfermedad así: «*Disease*, designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental». Se presume que este estado tiene una extensión temporal. Este estado puede o no coincidir con un estado de *illness* (1972:2013). *Illness*, designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y, lógicamente, separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...) Se asume que los distintos tipos de *illness* producirán la organización de actividades médicas (...) Que en una extensión indeterminada las unidades socioculturales proveerán modelos para tales *illness*. Bastante a menudo el etnógrafo puede utilizar el término folk para calificar una *illness* particular. Estrictamente, sin embargo, todas las *illness*

³ Elicitar se refiere a una adaptación innecesaria del verbo inglés *elicit*, que aparece a veces en textos de psicología con el sentido que corresponde a los verbos españoles provocar, suscitar u obtener, según los casos, tal y como se recoge en el Diccionario de la RAE.

son folk en el sentido de que las categorías nativas siempre estructuran la forma, contenido e interpretación dada a un *illness*» (1972:2013).

En este contexto, la noción de *disease* ocupa un papel hegemónico dentro del modelo biomédico, al estar asociada predominantemente al biologismo y al estudio de las alteraciones físicas y orgánicas del cuerpo. En contraste, el concepto de *illness*, entendido como el padecimiento subjetivo que incluye un conjunto de pensamientos, sentimientos y emociones que generan desequilibrios en la salud, es propio de la medicina tradicional y es abordado de manera integral por los curanderos. Ejemplos de *illness* pueden incluir experiencias como la pérdida de un ser querido, la ruptura de una relación sentimental, el desempleo o el estrés crónico, que a menudo provocan manifestaciones físicas en el cuerpo.

En la medicina tradicional, estos desequilibrios emocionales y físicos son tratados mediante diversas prácticas culturales. Entre ellas destacan los baños de florecimiento, la pasada de huevo o cuy, y la «chaccha», procedimiento que consiste en masticar hojas de coca mientras se mentaliza el problema que se desea resolver. Durante este proceso, el sabor percibido de la hoja adquiere un significado diagnóstico: un sabor dulce indica la ausencia de problemas de salud, mientras que un sabor amargo señala la existencia de desequilibrios. Otro método consiste en interrogar a las hojas de coca: estas se lanzan sobre una superficie y su interpretación depende de la posición en la que caen (cara o envés), así como de características como el color, tamaño o integridad de la hoja. Estas prácticas, profundamente arraigadas en la cosmovisión incaica, han sobrevivido al paso del tiempo y continúan vigentes en la actualidad.

Por otra parte, la medicina basada en la evidencia ha aportado conocimientos valiosos sobre el impacto del trabajo subjetivo en la relación médico-paciente, especialmente a través del estudio de los efectos placebo y nocebo. Estas investigaciones han demostrado cómo las expectativas, creencias y emociones de los pacientes influyen directamente en su experiencia de la enfermedad y en los resultados del tratamiento, subrayando la importancia de los aspectos subjetivos en el proceso de curación. En este sentido, aunque la medicina prioriza la objetividad y la tecnología, comienza a reconocer que factores psicosociales como la confianza en el médico, la empatía y la comunicación también desempeñan un rol crucial, lo que encuentra resonancias con los enfoques holísticos de la medicina tradicional (Vallejo Pareja y Vallejo-Slocker, 2020).

Con todo ello, el médico no debería dejar de tomar en cuenta los factores socioculturales, aunque, en la práctica, parece ocurrir lo contrario. Por ejemplo, un médico serumnista que realiza su Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM)⁴ en Perú en diferentes distritos y provincias tiene que enfrentar una serie de dificultades entre las que cabe citar el choque cultural, el desconocimiento de los símbolos culturales, de los estilos de vida de estas áreas, los hábitos alimenticios y de higiene precarios y sus valores y creencias. ¿Cómo hacer para que los campesinos reconozcan la autoridad del médico, crean en él y no lo consideren «mentiroso» como señala la informante (A), médico serumnista en una entrevista? La única forma sería tratar de involucrarse en su cultura, participar en actividades con la población e intentar integrarse. El médico se ve obligado a lidiar con estas circunstancias y ha de realizar una serie de estrategias para cambiar ese estado de cosas, porque, además, el gobierno peruano le exige metas⁵, cumplimiento en porcentajes mediante fuentes de verificación. Muchas veces, incluso tiene que encargarse de la dotación de infraestructuras como hacer llegar agua donde no llega o construir cocinas mejoradas donde no las hay.

De este modo, el Estado se exime de su responsabilidad. Si el médico serumnista renuncia, es inhabilitado durante tres años para el ejercicio de la carrera. Por otro lado, los médicos serumnistas están expuestos a una serie de riesgos y daños en su salud que pueden comprometer hasta su propia vida. En Huánuco, se dio el caso de una médica que para llegar a su centro de salud cruzaba el río Huallaga en un auto, siendo sumamente peligroso, un día las aguas del río estaban muy crecidas, y el auto al cruzar el río comenzó a hundirse, la médica no pudo abrir la puerta del auto y se ahogó juntamente con el chofer, otro caso, de un médico serumnista que murió ahogada tras volcadura de una camioneta en río Caychihue-Barranca en la provincia de Manu, Madre de Dios. (Perú 21, 2020). Según el Diario Perú 21, 33 serumnistas han muerto entre 2008 y 2017, siendo el servicio SERUMS muy cuestionado, por las denuncias de robos, hostigamiento laboral, violaciones y accidentes a la que están expuestos los profesionales de la salud.

En este sentido, Menéndez (1998) señala que la antropología médica reconoce que las condiciones de vida tienen que ver con la causalidad, desarrollo, control o solución de los problemas

⁴ El SERUMS es un programa de servicio de salud a la comunidad realizado por profesionales de medicina titulados y colegiados, quienes brindan sus servicios como médicos, dando prioridad a las poblaciones más pobres y alejadas.

⁵ El SERUMS es un servicio que los médicos realizan en forma voluntaria, en una plaza no presupuestada o Ad honorem, que es cumplida en un horario de 18 horas semanales (turnos de 6 horas, tres veces por semana o similar), hasta por 12 meses calendario y al finalizar el servicio deben presentar un Informe final., según establece la Ley N°23330.

de salud. De este modo, la antropología reconoce la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud. Varios autores han desarrollado este concepto como: Milton Terris define el concepto de multicausalidad a través de lo que denominó «red causal» que incluye procesos biológicos, culturales, económicos, políticos, dentro de una dimensión diacrónica y sincrónica. (Terris,1988). Por otro lado, Cassel también desarrolla el concepto de multicausalidad, intentando generar una articulación entre epidemiología y antropología social a partir de su propia formación y un trabajo interdisciplinario comenzado en Sudáfrica (Cassel, 1955), su planteamiento parte de la multicausalidad de los padecimientos, pero también de considerar que las mismas causas, pueden dar lugar a diferentes enfermedades. No solo cuestiona la noción de causalidad específica, sino que propone la existencia de un «medio» común, a partir del cual pueden desarrollarse diferentes padecimientos, en función de la mayor o menor vulnerabilidad de cada sujeto y de su grupo. Recupera la noción de causalidad básica, que asociada a las características del sujeto/grupo se expresarán en diferentes padecimientos (Cassel, 1976; Renaud, 1992).

De todos los conceptos que refieren a la importancia de las condiciones de vida como causalidad y mantenimiento de los padecimientos, el concepto estilo de vida es el que ha tenido mayor visibilidad y aplicación en las últimas décadas por parte de los salubristas (Bauer, 1980; Berlinguer, 1981; Blaxter, 1990; Davidson et al., 1992; Gottlieb y Green, 1984; Pill y Stott, 1987; Syme, 1978). Este concepto fue aplicado por las ciencias sociohistóricas al análisis de las características y de los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales. (Menéndez 1998: 50). Así, las clases sociales más bajas están menos orientadas hacia el futuro en relación con la salud, por lo que es menos probable que tengan prácticas de prevención (Fitzpatrick y Scambler, 1990:73) citado por Menéndez. La clase obrera británica es catalogada como fatalista (Davison et al, 1992) siendo uno de sus rasgos de sus estilos de vida el hábito del tabaco. Una interpretación global de la cultura de la clase obrera se caracteriza por el: hábito de fumar, beber cerveza, practicar violencia física, considerar el pub (cantina) como parte central de su vida social, son «hábitos» constitutivos de su modo de vivir, de su forma de estar en el mundo, de relacionarse con las otras clases y por supuesto con los servicios de salud (Hoggarth, 1990), citado por Menéndez (1988).

Siguiendo con su análisis, Menéndez describe un conjunto de comportamientos como parte de los estilos de vida, como hacer ejercicio, realizar dieta, tomar medicamentos, mientras que son considerados riesgos de estilos de vida: el fumar, tomar alcohol, la gula, no dormir lo suficiente, entre otros. Teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas del paciente que facilitan o dificultan

dichos comportamientos, así como su clase social mencionada líneas atrás. Ya Weber (1964) había aplicado el concepto de estilo de vida a través de lo que él denomina «acciones individuales»; es decir, son estas acciones de las personas las que influyen en la estructura social y determinan un tipo de comportamiento. Pero el autor va más allá del comportamiento objetivo y se enfoca en la parte subjetiva de la gente: sus creencias, actitudes, valores y sus motivaciones, teniendo en cuenta al actor social, lo que le lleva a plantear el concepto alemán de «*Verstehen*»⁶ que quiere decir «comprensión con empatía». Estas acciones individuales conducían según Weber a una mayor racionalización, así este hecho se podía ver en varios aspectos de la vida social como: el capitalismo, las burocracias y el conocimiento científico. Weber estudió por mucho tiempo el protestantismo, esta rama del cristianismo surgida de la Reforma regulaba la conducta de los individuos y les otorgaba un orden en su vida cuando señala: «las manos ociosas son el taller del demonio» o «el despilfarro es un pecado» llevando a la gente a tener el hábito de trabajar, ahorrar y acumular riqueza. Posteriormente el término estilos de vida fue utilizado para interpretar problemas de salud.

Como ya se ha mencionado, el entorno natural (clima, temperatura, ubicación geográfica) y el contexto social, influyen en el comportamiento. Así, por ejemplo, las mujeres de Tingo María se caracterizan por un comportamiento propio del ambiente de selva, ya que este lugar es la zona de selva de Huánuco perteneciente a la provincia de Leoncio Prado y está considerado como «la puerta de entrada a la Amazonía peruana». Un entorno que se caracteriza por su biodiversidad y por tener la Bella Durmiente, una montaña con la forma de una mujer acostada. Su temperatura fluctúa entre 27°C y 35°C, sus mujeres son consideradas extrovertidas y hospitalarias, usan prendas ligeras y su dieta se basa en productos de la zona como plátanos, yuca, pescado y bebidas preparadas con frutos de la zona como aguaje, coco, maracuyá entre otros. Según Martínez (2017) por nuestra experiencia cotidiana sabemos que cada individuo se caracteriza por un conjunto de hábitos, que en cierta medida nos permiten predecir su comportamiento: los rasgos de carácter, por ejemplo. Así, hay hábitos propios de vagos, de meticulosos, de desordenados (...) es decir, las personas manifiestan costumbres en su comportamiento o manera de ser que reaccionan coherentemente en múltiples situaciones.

⁶ Verstehen se refiere a comprender el significado de la acción desde el punto de vista del actor. Es entrar en la piel del otro, y adoptar esta postura de investigación que requiere tratar al actor como sujeto. Esta palabra se traduce como: «comprensión significativa» o ponerse en el lugar de los demás para ver las cosas desde su perspectiva (empatía). Está basada en la Sociología interpretativa que estudia la sociedad a partir de los significados que las personas asocian a su mundo social. Fue utilizada posteriormente por Wilhelm Dilthey (1894) para describir la perspectiva participativa de las personas sobre su experiencia individual, así como su cultura, historia y sociedad.

El concepto de hábitos da un paso más allá del simple hábito (Bourdieu 1984:268). Es un conjunto de principios de percepción, valoración y de actuación debidos a la inculcación generada por el origen y la trayectoria sociales. Estos principios generan tanto disposiciones como hábitos, característicos de dichas posiciones, sincrónicas y diacrónicas en el espacio social, que hace que personas cercanas en tal espacio, perciban, sientan y actúen de forma parecida ante las mismas situaciones y cada uno de ellos de forma coherente ante diferentes situaciones (Martínez, 2017).

Martínez hace una revisión analítica del concepto de Bourdieu. Cuando habla de condicionamientos y condiciones de existencia se refiere a las condiciones sociales, los recursos económicos y culturales de los que se dispone, junto con la experiencia vital, las relaciones con las instituciones y con otras personas que llevan a patrones de comportamiento. (...) Como conclusión el autor señala que el *habitus* según Bourdieu es producido por la posición social del agente (Martínez, 2017:1-14).

Dicho, en otros términos, en el *habitus* se conecta la realidad subjetiva de la conciencia social con la objetiva de las determinaciones que la estructuran, asignándole a cada cual un lugar, una pauta (Protzel, 2006:145). El mencionado autor señala que Bourdieu pone énfasis en la reproducción cultural y que el *habitus* cultural en el Perú debe ser contemplado como una disposición dinámica, creadora y no solo por su simple mutabilidad (...) Protzel se pregunta por qué vale la pena seguir empleando el concepto de *habitus* y se responde que por dos razones: la primera, debido a las regularidades encontradas en los comportamientos y criterios de gusto y, la segunda, porque el análisis del *habitus* permite retirar del centro del análisis los modelos estadísticos de clasificación (...) El *habitus* es una disposición individual que, como los cristales de un caleidoscopio, muestra en cada caso una configuración distinta sobre un juego determinado de combinaciones (Protzel, 2006: 141-193).

De lo anterior se desprende que el *habitus* está relacionado con los estilos de vida, las formas de pensar y de actuar que los antropólogos han denominado representaciones y prácticas culturales, pero que no necesariamente van de la mano en la realidad. Para ilustrarlo, se ofrece un ejemplo de un contexto referido al ámbito de la salud: un paciente diabético que acude a la consulta le dice a su médico que hace ejercicio, dieta y toma los medicamentos que le ha prescrito, pero el doctor observa que el paciente está obeso, lo que significa que no ha realizado ejercicio ni dieta y que probablemente solo ha tomado los medicamentos porque le resultaba más fácil.

Ante la diversidad humana reflejada en las formas de pensar, actuar y comportarse, la antropología surge como la disciplina que estudia al ser humano en su complejidad. Desde su nacimiento, ha evolucionado para abarcar múltiples perspectivas y ramas, como la antropología social, cultural, lingüística y la paleoantropología, cada una explorando distintos aspectos de la experiencia humana. Clyde Kluckhohn (1944, p. 9) describe la antropología como «la ciencia de las similitudes y diferencias humanas». Según este autor, esta disciplina ofrece una base científica indispensable para enfrentar el dilema crucial de nuestro tiempo: ¿cómo pueden convivir pacíficamente personas de apariencias distintas, lenguas mutuamente ininteligibles y formas de vida diversas? Para Kluckhohn, el papel fundamental de la antropología radica en su capacidad de servir como un espejo para la humanidad, permitiéndole contemplar su diversidad infinita (Kluckhohn, 1944, p. 16, citado por Phillip Kottak). Por tanto, la antropología es una ciencia holística que consiste en hacer visible lo invisible, lo que no se ve, lo supracultural. Etimológicamente —del griego antiguo *anthropos* («hombre») y *logos* («conocimiento»)— es el estudio o tratado del hombre. Harris decía que la antropología es el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos, y de sus estilos de vida. (...) lo que diferencia a la antropología de las otras ciencias es su carácter global y comparativo (Harris, 1990: 2-3).

La antropología estudia las culturas y sociedades en forma diacrónica a través del tiempo o en forma sincrónica en un momento determinado de la historia. Los antropólogos explican las semejanzas y diferencias que existen entre culturas para conocer cómo funcionan y los mecanismos a través de los cuales las culturas cambian. Dicho de otro modo, es el estudio integral de los patrones culturales para identificar las causas y los efectos que rigen su funcionamiento. La principal tarea del antropólogo es percibir las cosas desde el punto de vista de la otra persona. Esta perspectiva se denomina relatividad cultural que consiste en aceptar, respetar los valores y normas de una cultura y, es opuesta al etnocentrismo, que consiste en una visión del mundo; según la cual nuestro propio grupo es tomado como centro de todo; y todos los demás son percibidos de una forma ordinal a través de nuestros valores, nuestros modelos y nuestra propia definición de la vida. Al respecto, un informe de *Lancet Commissions* puso en evidencia el peligro que representaba el racismo para la paz mundial, criticando el etnocentrismo cuando: Advierte contra el determinismo genético, revela las falacias del etnocentrismo y el evolucionismo cultural facilón, defiende los derechos de las pequeñas sociedades a la supervivencia cultural y se deleita con los entresijos de los sistemas simbólicos de las sociedades a la mayoría de sus lectores. En 1952, a petición de la UNESCO, Levi Strauss escribió *Raza e Historia*, que se convertiría en un clásico de la literatura antirracista (Napier et al., 2014).

En los años ochenta surge un concepto relevante para la antropología, el de «alteridad», que puede entenderse como posibilitar incluir la palabra del otro. En este sentido, la antropología trabaja con los conjuntos sociales para recoger el punto de vista del actor social⁷, en este caso, referido al actor individualizado dentro del conjunto social; para estudiar su discurso, narrativa. Permite un análisis a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo perciben la realidad.

Pero es la antropología cultural que se ocupa de la descripción y análisis de las culturas, las tradiciones socialmente aprendidas del pasado y del presente (...) siendo la cultura el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta) (Harris, 1990: 4). Esta definición está sustentada por Edward Burnett Tylor, el fundador de la antropología académica cuando señala que la cultura: es todo aquel complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que es miembro de la sociedad (Tylor, 1871), citado por Harris.

En este sentido, en todos los entornos culturales, locales, nacionales, mundiales, inclusive biomédicos, resulta crucial, la necesidad de comprender la relación entre cultura y salud, especialmente los factores culturales que afectan los comportamientos que mejoran la salud (Napier *et al.*, 2014). En dicha comisión se revisó los problemas de salud, las prácticas de salud en relación con la cultura, las competencias culturales y las desigualdades en salud, estableciendo una serie de recomendaciones, entre ellas tener en cuenta a la cultura.

El sistema médico tiene su propia cultura: sus prácticas y valores, una forma de percibir la vida, la enfermedad y la muerte, asume un grado de responsabilidad⁸ en su accionar y una forma de tratar y curar las enfermedades. El acto médico no solo es un acto técnico sino un acto social, la forma como el médico se relaciona con su paciente; es una relación social de carácter terapéutico con la finalidad de devolverle la salud al paciente, durante la que además se ejerce control sobre él, ya Menéndez

⁷ El actor social son los protagonistas de las acciones que construyen los distintos espacios o territorios. Se refiere a los sujetos de la vida social, sean estos individuales o colectivos, públicos o privados, comunitarios o institucionales.

⁸ Todo sistema médico, y no sólo los sistemas etnográficos o populares o no «occidentales» forman parte de sistemas socioculturales. Debe asumirse que no solo las relaciones médico-pacientes, las costumbres médicas ocupacionales o las reglas institucionales evidencian la presencia de normas sociales, sino que las actividades técnicas y científicas también refieren a sistemas socioculturales dentro de los cuales establecen su marco de representaciones y de prácticas. Debe asumirse en toda su significación que características del MMH como a-historicidad, a-sociabilidad, división cuerpo-mente, exclusión del sujeto, etc. Constituyen parte de un sistema médico específico, pero que refiere a un sistema cultural y económico-político más amplio que incluye el saber médico (Comarof, 1978; Fitzpatrick, 1990; Young, 1976; Menéndez y Di Pardo 1995).

mencionó las funciones básicas de la Biomedicina: preventivas, curativas, normalización y control, así como la medicalización (Menéndez, 1988: 451-464).

El autor realiza severas críticas al denominado modelo medico hegemónico que caracteriza a la biomedicina, como son el incremento del costo de la enfermedad, el aumento constante del consumo de fármacos —especialmente aquellos que son nocivos para la salud—, el incremento de la «intervención médica» en los comportamientos sociales (esto se refiere a la normalización de determinadas prácticas como la extirpación de amígdalas o el ligado de las trompas uterinas que se practicó a las mujeres de sectores vulnerables durante el gobierno de Fujimori), el incremento de la iatrogenesis médica, referido a malas prácticas por negligencia médica (en Perú, han tenido lugar muchos casos de iatrogenesis con sucesos como la operación de una pierna sana del paciente en vez de la enferma o una intervención en el cráneo donde quedó comprometida el área de Broca del paciente que lo dejó imposibilitado para hablar). Menéndez, frente a esta situación, realiza tres propuestas: a) los padecimientos más frecuentes pueden ser atendidos en el nivel primario, b) reforzar la autonomía de los grupos intermedios respecto al Estado, sobre todo, a partir de concepciones autogestionarias, c) deben cuestionarse las prácticas que directa o indirectamente favorecen el control social o ideológico de los conjuntos sociales (Menéndez, 1998: 451-464).

Con todo lo dicho líneas atrás, podemos considerar la cultura como un conjunto de prácticas y comportamientos definidos por costumbres, hábitos, lenguaje y geografía que comparten grupos de individuos. En este sentido, el multiculturalismo, las competencias culturales, la diversidad cultural y la biodiversidad son importantes a la hora de abordar los problemas de salud. En un contexto marcado por la globalización, esa libertad de movimiento de capitales, de bienes y de servicios auspiciada por el desarrollo de la tecnología moderna que acorta el tiempo y la distancia permite que muchas culturas se abran mediante el proceso de la «difusión», que permite incorporar a sus culturas elementos de otras culturas. Así sucede, por ejemplo, con los Otavalo, una comunidad nativa ubicada al norte de Ecuador conocida como la «capital intercultural del Ecuador» por su riqueza cultural e histórica. Está constituida por campesinos famosos por sus habilidades textiles y comerciales y que, sin haber perdido su identidad cultural, están embarcados en la globalización. Su vestimenta se caracteriza por un pantalón negro, camisa blanca, sombrero negro. Los varones llevan una trenza larga y viajan por diferentes partes del mundo haciendo transacciones comerciales, llevando su computadora portátil y su teléfono celular tocados de esa guisa.

Lo contrario a esta comunidad son aquellas culturas cerradas que están en proceso de abrirse o todavía no se han abierto del todo a la globalización como por ejemplo la de los Qeros, comunidad nativa ubicada en Cusco, en la provincia de Paucartambo. Este colectivo vive en las altas cumbres de la cordillera de los Andes, se dedica al cultivo de la hoja de coca, la papa y elabora el chuño y la moraya. La primera expedición que llegó a los Qeros lo hizo en 1955 de la mano del antropólogo Oscar Núñez del Prado. En estas comunidades no hay hospitales ni farmacias, ni médicos y, para curarse, utilizan plantas medicinales, recursos de la zona y recurren al «Altumisayoc», que es la máxima autoridad, es una figura a la que se le atribuye la posesión de la sabiduría ancestral y ha tenido que pasar una serie de duras pruebas para convertirse en «curador» o «sanador», como el relato de la experiencia real que vivió este hombre al haberle caído el rayo y haber sobrevivido. De este modo, en una entrevista a una curandera peruana por un programa de televisión rumano, la informante señala: «Mi madre me ha criado en cierta tradición desde recién nacida. He sido destinada a ser Altumisayoc y no es muy fácil; me han puesto a prueba en esta tierra: ha explotado del cielo una estrella y me ha enviado un rayo luminoso que me ha caído y yo he pasado esta prueba y por eso estoy viva. Tengo la asistencia del rayo que es mi Altumisayoc, de la Pachamama (madre tierra), de la madre agua, del viento. Tengo energías sagradas de las montañas sagradas del Collority y Ausangate. Mi iniciación no ha sido fácil, con mucho trabajo, haciendo ofrendas y más trabajo. Para las sanaciones usamos elementos de la naturaleza, no usamos mucho el dinero, vivimos de nuestros telares y nos alimentamos con lo que cultivamos. «Vivimos en armonía, nos queremos mucho, nos tratamos de mamá, papá, y ayudamos mucho a nuestros hermanos y así es nuestra vida» (María Apaza. 83 años. Altumisayoc. Palabras pronunciadas en su *Gira por la Paz*, en Rumania, 2020).

La de los Querós es la última civilización inca. Se trata de un pueblo que no se ha mezclado con nadie. Vive en armonía con la naturaleza, sus miembros están volcados en la colectividad y su vida se explica en su relación equilibrada con las montañas, los árboles, la laguna, el sol, el rayo, los vientos, entre otros, todos ellos considerados «seres vivos». Su cosmovisión andina los lleva a creer en «el tiempo del Taripay Pacha», donde se dará la integración de los tres mundos (el Hanan Pacha o mundo de arriba, el Kay Pacha o mundo terrenal o de los vivos y el Uku Pacha o el mundo de abajo o de los muertos). *Pacha* significaba tiempo o espacio, pero también hace alusión a la tierra. Ese tiempo de integración estaría caracterizado por el amor y la compasión; los incas se ven a sí mismos como la esencia del amor humano. La palabra inca proviene del vocablo quechua «inca», que significa ser

humano, pero también, gobernante, elegido, rey, hijo del dios Sol. Tenían los incas una conexión espiritual con el sol, a quien veneraban como una divinidad.

Por otro lado, los Qeros también creen en el «Pachacuti», que es un tiempo de retorno, el tiempo que vendrá después de transcurridos 500 años a partir de la llegada de los españoles y en el que la ideología andina seguirá viva. El mito de «Incarri» narra la historia de un rey inca que, tras la llegada de los españoles, fue capturado y asesinado por ellos; sus miembros fueron cortados y enterrados en diferentes lugares: su cabeza en uno, el tronco en otro, las extremidades superiores en otro y las extremidades inferiores en otro lugar distinto. Pero, pasados 500 años, llegará un tiempo llamado «Pachacuti» donde todas las partes del cuerpo se juntarán y la ideología andina seguirá viva.

Los Qeros creen que la cultura⁹ es como un ser vivo, que nace, crece, se reproduce y muere, y que así surgieron las ciudades como Qosqo, fundada por Manco Capac, quien portaba un báculo, y Mama Oclo, según cuenta una leyenda, y que posteriormente se fundaría Qero con Incarri y Collari. Por otro lado, los Qeros realizan una clasificación de la humanidad en dos grandes grupos: a) Los hombres águila: aquellos que viven en las ciudades y representan el mundo material, la riqueza y la opulencia, aunque viven en un vacío interior por su desconexión con la naturaleza. b) Los hombres cóndor: los pueblos indígenas, que representan el corazón, los sentimientos, las emociones y el mundo natural donde se relacionan con el mundo vegetal y animal. Según esta concepción, el mundo encontrará su equilibrio cuando el águila y el cóndor vuelen juntos. Entonces, sanarán sus heridas para acabar con la explotación, las injusticias y las desigualdades para arribar a un mundo de paz y reconciliación.

⁹ La cultura entendida como el conjunto de conocimientos, las creencias, el arte, la moral, las costumbres, el derecho y todo hábito adquirido por el hombre en cuanto es miembro de una sociedad (Tylor, 1968).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En el último decenio ha renacido en todo el mundo el interés por el uso de la medicina tradicional o alternativa, como complemento de la medicina convencional. Asimismo, se ha incrementado la atención que se le presta en los medios de comunicación, especialmente en revistas, canales temáticos de TV o plataformas, redes sociales y canales de YouTube (Moreno-Castro, 2023). Sin embargo, el uso de estas técnicas es bastante desigual entre poblaciones. En Chile, la ha utilizado el 71% de la población, y en Colombia el 40%. En la India el 65% de la población rural recurre a las terapias ayurvedas¹⁰ y a las plantas medicinales para tratar sus dolencias de atención primaria de salud. En los países desarrollados, se están popularizando los medicamentos tradicionales, complementarios y alternativos. Por ejemplo, el porcentaje de la población que ha utilizado dichos medicamentos al menos una vez es del 48% en Australia, el 31% en Bélgica, el 70% en el Canadá, el 42% en los Estados Unidos de América y el 49%, en Francia (OMS, 2003).

Asimismo, en España, las personas usuarias de la homeopatía tienen un perfil que se corresponde con una mujer, de clase media/alta, con estudios superiores universitarios y con una ideología política progresista, según un estudio de Cano-Orón et al. (2019). Este estudio fue una muestra del primer barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas, que, por primera vez en España, preguntó a la población si hacía uso de terapias alternativas. Asimismo, en España, el uso de estas terapias alternativas está relacionado con un poder adquisitivo medio o alto, ya que los tratamientos y productos de herbolarios y parafarmacias son más caros que los principios activos de los medicamentos, que mayoritariamente están financiados por Sistema Nacional de Seguridad Social.

¹⁰El Ayurveda es un sistema terapéutico originario de la India que se usó durante miles de años. La meta es limpiar el cuerpo y restaurar el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Se utilizan regímenes de alimentación, hierbas medicinales, ejercicios, meditación, fisioterapia y otros métodos. Es un tipo de tratamiento de Medicina Complementaria y Alternativa (MCA), según se recoge en el Diccionario de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de EE. UU.

La información sobre fármacos está regulada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta agencia hace campañas institucionales sobre el uso de pseudoterapias, no basadas en la evidencia científica. Como, por ejemplo, la campaña #EsPopularPeroNoCiencia, que lanza preguntas como: ¿Gotitas de limón? ¿Disfraz de frambuesa? ¿Una bufanda blanca? E indica que las pseudoterapias pueden ser inútiles y peligrosas y en ningún caso deben sustituir a tratamientos basados en evidencia científica sólida y rigurosa. Explica, por ejemplo, qué es el efecto placebo¹¹ y recomienda a los usuarios que se informen en sitios fiables y, que, si tienen dudas, consulten con un profesional sanitario. En Occidente, la permeabilidad de las terapias alternativas es muy desigual, dependiendo de los sistemas de salud y de la idiosincrasia de los países, según Moreno-Castro y Cano Orón (2019).

Es por ello por lo que, la medicina tradicional complementaria se utiliza en todo el mundo y se aprecia su valor por diversos motivos. En la Conferencia Internacional sobre medicina tradicional para los países de Asia Sudoriental, celebrada en febrero de 2013, la directora general de la OMS, la Dra. Margaret Chan, declaró que «las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de la salud». Según la OMS, el 88% de todos los países hacen uso terapéutico de prácticas como la medicina indígena, la fitoterapia, acupuntura y otras terapias alternativas. Los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria y, a veces, es la única (Moreno-Castro y Cano-Orón, 2019). Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchas personas (OMS- Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023). Asimismo, hay colectivos que no encuentran respuestas o diagnósticos a sus problemas de salud a través de la medicina científica y acuden a este tipo de tratamiento como forma de aliviar sus síntomas físicos o mentales (Moreno-Castro, 2017).

Estas formas de curación tradicionales o indígenas del mundo están arraigadas en su cultura e historia. Algunas formas de medicina tradicional, como el ayurveda, la medicina tradicional china y la medicina unani, se practican de modo extenso en amplias zonas del mundo. También se utilizan otras

¹¹ El efecto placebo es un fenómeno en el que una persona siente una mejoría en su salud tras recibir un tratamiento sin efectos terapéuticos reales. Cfr. León, F., Silva, D., & Villagrán, J. (2021). El rol del placebo frente a los antidepresivos y aportes a la relación médico-paciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 334-342. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400334>

formas de medicina complementaria, a saber, terapia antroposófica¹², quiropráctica, homeopatía¹³, neuropatía y osteopatía (OMS). Por ejemplo, en Alemania, más de 3.700 médicos titulados practican la «medicina antroposófica» en todo el mundo, aunque los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias europeas consideran esta doctrina una pseudociencia. No obstante, buen parte de estos terapeutas «alternativos» han recibido su formación en la Universidad de Witten/Herdecke, fundada por antropósofos, que, con 38 millones de euros de presupuesto anual, es la primera universidad privada de Alemania (Malet, 2018). En los sistemas de salud mundiales, los niveles de enfermedades crónicas y los costos de atención sanitaria son cada vez más elevados. Tanto los pacientes como los dispensadores de atención de la salud están exigiendo la revitalización de los servicios de salud y haciendo hincapié en la necesidad de atención individualizada centrada en la persona (Roberto di Sarsina, 2012). Esto incluye la ampliación de acceso a productos, prácticas y profesionales de medicina tradicional complementaria. Más de cien millones de europeos utilizan actualmente la medicina tradicional complementaria, una quinta parte de ellos recurre regularmente a la medicina tradicional. El número de usuarios de medicina tradicional complementaria es mucho mayor en África, Asia, Australia, y América del Norte (Barnes, 2008).

El sector tradicional tiene una presencia importante en la mayoría de los países latinoamericanos, con diferentes formas de expresión según región y localidad, siendo uno de sus nichos «naturales» las zonas rurales, habitadas primordialmente por poblaciones indígenas. Sin embargo, existen evidencias de la existencia de una expansión de la medicina tradicional hacia zonas urbanas (Nigenda et al., 2001), simultánea a la aparición de otras prácticas terapéuticas no originarias de la región.

¹² La Antroposofía, es la ciencia que descubre, los misterios de este mundo oculto, significa un saber que el humano recibe a través de una capacidad innata que cualquiera puede desarrollar para intuir y conocer más allá de lo terrenal. El concepto de Antroposofía fue propuesto por Rudolf Steiner, quién fundó esta corriente, basada en el esoterismo y la actividad psíquica, como lo señala Florín: «Los procesos de iniciación hacen evolucionar al hombre desde la forma normal de conciencia diurna hasta una actividad psíquica en la que dispone de órganos especiales para sus percepciones espirituales». (Florín, Xavier en Opúsculo sobre Biodinámica). Más de 3,700 médicos titulados practican la «medicina antroposófica» en todo el mundo, aunque muchos profesionales de la salud consideran esta doctrina una pseudociencia. Buena parte de estos terapeutas «alternativos» han recibido su formación en la universidad de Witten/Herdecke, fundada por antropósofos, que, con 38 millones de euros de presupuesto anual, es la primera universidad privada de Alemania.

¹³ La Homeopatía es un sistema médico que empezó a practicarse hace 200 años en Alemania; fue Samuel Hahnemann su descubridor y divulgador. Su principio básico consiste en aplicar la «Ley de la Semejanza», es decir, toda sustancia capaz de producir en el hombre sano una serie de molestias o síntomas. Esta misma sustancia utilizada en «dosis infinitesimales» tiene la capacidad de curar. En los países europeos como Suiza, Francia, Reino Unido, etc., llevan años conviviendo con la Homeopatía; por ello se dictó una ley europea de obligado cumplimiento, en la que se reconoce y regula el medicamento homeopático y se pide la armonización de estos. Sin embargo, en España esta ley no se aplica.

En el Perú existe un pluralismo médico, donde diferentes sistemas médicos coexisten en una misma área geográfica; en este caso, la gente recurre para tratar sus problemas de salud tanto a la medicina científica como a la medicina tradicional. Sus prácticas y agentes constituyen un importante sector de atención informal de salud en el país. No solo cubre eficazmente con bajo costo y efectividad, la atención de salud de la población en zonas donde no llegan los servicios oficiales del estado, cuya cobertura a nivel nacional alcanza a un 60% de la población del país, sino que además se constituyen en eficientes recipientes y transmisores, agentes psicosociales y comunitarios, aportando decididamente al fortalecimiento de la identidad local y regional, la cohesión grupal y el orden social y moral de la comunidad (Quevedo, 2009:3).

Frente a todo este panorama de la medicina tradicional, las personas continúan recurriendo al curandero, debido al trato afectivo y al soporte emocional que ellos reciben, mientras que cuando acuden a la biomedicina, encuentran generalmente en los médicos un mal trato a los pacientes. Carmen Quijada Diez, traductora y profesora de filología alemana en la Universidad de Oviedo, coincide en que «existe una falta grave de formación en el trato», y destaca la falta de empatía que puede darse, tras extenuantes horas de trabajo. Para esta especialista (...) algunos médicos y enfermeros manifiestan un destacable sesgo social y una tendencia a infantilizar. Tendemos a pensar que los usuarios son incompetentes o sin sabiduría o interés ninguno por aprender y eso no es así. Enfermamos todos, subraya. Quijada Diez cree que la jerga médica también se usa como barrera y se asemeja al lenguaje jurídico. La barrera que impone es un poco corporativista, como todos los lenguajes especializados (García Rada, 2022).

Otro aspecto que aleja a los pacientes de los médicos es el marcado biologismo de la biomedicina centrada en el tratamiento del órgano enfermo, que deja de lado los aspectos emocionales, personales y sociales del paciente. Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los contenidos referidos a procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos. El biologismo del MMH (modelo médico hegemónico) se expresa no sólo en la práctica clínica, sino —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica (Menéndez, 1988).

Al determinismo biológico, se añade la tendencia de los médicos a cosificar a los pacientes y personificar la enfermedad. Este hecho se conoce como *reificación*, la tendencia a considerar a un ser humano como si fuera un objeto o cosa no consciente ni libre, también referida a la cosificación de las relaciones humanas y sociales, según explica Michael Taussig en su libro *Reification and the Consciousness of the Patient*, donde se subraya la capacidad de enmascaramiento de la biomedicina. En este caso, y siguiendo los trabajos de Lukács (1990:90) sobre el problema de la reificación y la conciencia del proletariado, el autor discute sobre la cosificación de una paciente/informante de clase obrera de cuarenta y nueve años diagnosticada de polimiositis (una enfermedad muscular). Con tono polémico, Taussig nos dice que los signos y los síntomas de una enfermedad, así como la tecnología médica, no son «cosas en sí mismas». Tampoco son realidades exclusivamente biológicas o físicas, sino «signos de las relaciones sociales» que han sido disfrazados como realidades naturales (1980:1). De esta manera, Taussig entiende los síntomas y los signos como fenómenos que condensan componentes contradictorios de la cultura y las relaciones sociales que los profesionales de la biomedicina tienden a invisibilizar y a observar como realidades individualizadas y, por tanto, *deshistorizadas* y *desocializadas*, e insisten en ello a la hora de transmitir esta información al paciente. Al negar el componente social de los signos y síntomas, la biomedicina introduce una reificación de las relaciones humanas que permite lo que Luckács definía como una «objetividad fantasma», una mistificación por la que el mundo se convierte en una serie de objetos apriorísticos que responden a su propia fuerza y ley natural (Martínez, 2011).

Los pacientes recurren también a la medicina tradicional por sus bajos costos, frente a la tendencia del médico a lucrarse a costa del tratamiento de la enfermedad. Al respecto, Menéndez señala que, frente a la crisis sostenida que soporta Latinoamérica, ha sido en parte relacionada con la crisis financiera de un Estado que necesita reducir su gasto y, en particular, su gasto social. La opción neoliberal aparece como la opción frente al estado burocrático. Considero que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del modelo médico hegemónico (MMH), que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad (Menéndez, 1988:5).

Otro problema que caracteriza la relación médico paciente es la deficiente comunicación entre profesionales de la salud y el paciente. Según Román los obstaculizadores de la comunicación son las barreras lingüísticas, diferencias culturales y problemas psicosociales de los pacientes. Y los facilitadores son la formación de los profesionales sanitarios en aspectos culturales e idiomáticos.

(Román López-et al., 2015). Estas diferencias culturales generan barreras socioculturales entre médicos y pacientes, como lo señala Cabieses en su libro *Apuntes de Medicina Tradicional. La racionalización de lo irracional*. No es frecuente, por otro lado, que el médico rechace (abierto u ocultamente) el marco cultural de creencias y costumbres, lo que profundiza la brecha que lo separa de su paciente y contribuye a aumentar la ansiedad y el sufrimiento, y a disminuir la colaboración de los familiares y amigos sanos. (Cabieses, 1993: 130). A este hecho, debe añadirse que, si bien el acto médico es un acto técnico, también es un acto social e ideológico¹⁴, en esta relación de carácter terapéutico está ausente la relación afectiva entre el galeno y el paciente, lo que no sucede con el curandero. «El curandero ejerce una presencia paternal de afectuoso y amoroso contacto personal, con actitud receptiva y cariñosamente comunicativa, lo que dista frecuentemente de la actitud del médico, distante, impersonal, que se limita a recoger la sintomatología y a prescribir medicamentos» (Cabieses, 1993: 130).

El mencionado autor también analiza la incompreensión entre médico y paciente, marcada por un ambiente distante, que aleja al galeno del enfermo por el lenguaje técnico que usa. Este hecho es explicado por Cabieses cuando señala que «El médico, en cambio, casi siempre es foráneo, frecuentemente es migrante y aun en el caso de haber nacido en la misma comunidad, su formación científica en un distante hospital moderno lo ha alejado intelectual y emocionalmente de su cuna sociocultural. Con gran frecuencia no habla la misma lengua y su cosmovisión y causalidad médica es muy alejada del grupo étnico que tiene que atender. Su permanencia en la zona geográfica es efímera y poco interesada» (Cabieses, 1993).

Por todo lo expuesto, la comunicación y empatizar culturalmente dentro de la medicina tradicional, hace que el paciente se identifique con el curandero, tenga una buena adherencia al tratamiento y logre curarse. Al respecto Hipócrates, el Maestro de la Escuela de Coz, acerca de la obra que nos ocupa, es una colección de siete «libros» numerados del I al VII reunidos con el título común de «Epidemias» dentro del Corpus Hippocraticum. Existe consenso en atribuir al mismo Hipócrates algunas de las obras del Corpus, en particular, parte de las «Epidemias». «Para Hipócrates la medicina

¹⁴ En las últimas décadas, por diversas razones, se ha reconocido la necesidad de que se enseñe al médico a generar una buena relación con el paciente, dado que puede favorecer la eficacia de los tratamientos, la adhesión a ellos. Estas tendencias suelen entrar en conflicto con la fuerte demanda de atención en la APS, que reduce el tiempo real de la consulta médica de primera vez y, sobre todo, el de las consultas subsecuentes. Recordemos que el tiempo de la consulta es uno de los principales indicadores de una buena relación médico-paciente (entrevista a Eduardo Menéndez por Triana Ramírez, 2017).

es también un arte y se apoya sobre tres conceptos: enfermedad, médico y enfermo. Por otra parte, él es el primero en diferenciar dos grandes orientaciones de la investigación médica: la curativa y la preventiva; esta última le llevará a dar una gran importancia a la dietética, en el sentido más amplio, es decir, como género de vida. Así el tratamiento servirá para devolver la salud al enfermo, pero también, y no menos importante para que las personas sanas puedan conservarla. Su actitud profesional se regirá por dos preceptos: el amor al hombre y el amor al arte» (Zaragosa, 2000). Este hecho, la falta de amor por el enfermo ha sido dejado de lado por la medicina centrada en tratamientos farmacológicos y en la medicina científica basada en las evidencias (Foucault), por lo que los pacientes seguirán acudiendo al curandero para el tratamiento de sus enfermedades, sin confiar en la medicina científica usada por los médicos.

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las razones por las cuales se justifica la presente investigación son:

Relevancia académica

En el departamento de Huánuco existen pocos estudios sobre la medicina tradicional que se centren en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes influida por el entorno sociocultural, así como por las experiencias, las creencias, los valores y costumbres de la localidad de que se trate. Por lo que un estudio de esta naturaleza es pertinente para aportar información sobre la comunicación y la cultura que repercute en la medicina tradicional, utilizando teorías existentes a fin de comprender, describir y explicar la problemática de estudio.

Relevancia social

Se justifica ya que la medicina tradicional es una alternativa de bajo costo y de eficacia simbólica y práctica para solucionar los problemas de salud. La comunicación está presente en la interacción entre curandero y paciente, en el tratamiento y cura de la enfermedad, así como los factores culturales que influyen en el proceso de sanación.

Relevancia metodológica

El presente trabajo se diferencia de los estudios que existen en la actualidad sobre este tema por la utilización del enfoque cuantitativo con el uso de métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos

(cuestionario en base a escala de Likert), así como el enfoque etnográfico. El mismo que servirá de apoyo metodológico y científico para estudios posteriores relacionados a la influencia de la cultura en la comunicación entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana que quieran usar la metodología cuantitativa.

1.3 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Fue posible realizar la presente investigación gracias a que se tuvo acceso directo a las fuentes de información en la Región Huánuco, ubicado en el centro norte del Perú, constituido por 11 provincias: Huánuco (la capital), Puerto Inca, Leoncio Prado, Marañón, Huamalíes, Pachitea, Lauricocha, Huacaybamba, Ambo, Dos de mayo y Yarowilca. A través de la aplicación de 90 encuestas a pacientes que se trataron con la medicina tradicional y, la realización de entrevistas a 4 curanderas. Así mismo, se contó con acceso a bibliografía especializada sobre el tema objeto de investigación. Los costos accesibles de la investigación permitieron realizar el trabajo de campo, la sistematización de datos y contar con el juicio de cuatro expertos, así como con las orientaciones y recomendaciones de mi directora de Tesis Doctoral.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Después de haber descrito la problemática, nos hacemos las siguientes preguntas:

1.4.1 Problema General

¿Cuál es la influencia que tiene la cultura ancestral¹⁵ en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco?

¹⁵ La cultura ancestral es el legado de los pueblos originarios; la herencia tangible e intangible de sus tradiciones, costumbres, manifestaciones artísticas y saberes. Se relaciona con el Sumak Kawsay o el «buen vivir» que implica el respeto a la naturaleza y al ser humano. Se fomenta el rescate, la preservación y la divulgación de los conocimientos ancestrales (Gonzales, Jorge; Galindo, Nora; Galindo, José; Gold, Michele, 2013). Se denomina conocimiento, saber ancestral y tradiciones a todos aquellos conocimientos que los pueblos antiguos poseen, y que han sido transmitidos de generación en generación por siglos. (Cortez, 2013). Los conocimientos ancestrales forman parte del patrimonio de un país y su valor no se limita a las comunidades originarias, sino que ese conocimiento es un recurso importante para toda la humanidad,

1.4.2 Problemas específicos

¿De qué manera influyen los conocimientos populares de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco?

¿De qué forma influyen las creencias de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco?

¿Cómo influyen las costumbres de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco?

1.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Analizar la influencia que tiene la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco.

1.5.2 Objetivos Específicos

Determinar la influencia de los conocimientos populares de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Describir la influencia de las creencias de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Relatar la influencia de las costumbres de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

ya que enriquece el conocimiento mutuo a través del diálogo y permite la preservación del amplio espectro de la diversidad cultural en un territorio determinado (Bozu y Canto Herrera, 2009), citado por Carranza et al. 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En primer lugar, cabe citar la tesis doctoral *Las hierbas remedios para la cura de salud en un entorno rural* (2017) de Salvadora Blanch Callau en la que señala que, en el entorno rural, las plantas medicinales han estado incorporadas en la cura de las enfermedades según un saber popular basado en la tradición que actualmente se está perdiendo. No obstante, el consumo de hierbas como remedios está aumentando considerablemente en muchos lugares del mundo. La OMS propone estrategias para integrar los servicios de la medicina tradicional y autoatención en el sistema de salud. El objetivo de su estudio es conocer y analizar el significado de la trascendencia de la utilización de las hierbas como remedio en relación con la cura de la enfermedad. Este conocimiento hará posible integrar los remedios eficaces hechos a base de hierbas en el sistema sanitario y así facilitar una atención de enfermería óptima que pueda dar respuesta a ciertas necesidades de salud. La metodología empleada fue cualitativa con la aplicación de 52 entrevistas realizadas en el ámbito rural en base a un muestreo intencional para llegar a una saturación informativa. El tratamiento de los datos se ha realizado mediante análisis del contenido. La apropiación de la cultura otorga a la enfermería una mayor sensibilidad y oportunidad para poder trabajar desde una visión holística. El conocimiento del saber popular de la población sobre plantas medicinales para integrar a la consulta de enfermería representa un avance valioso en la carrera de enfermería.

Otro estudio de caso que se considera pertinente mencionar es *¿Medicina popular o prácticas New Age? Un estudio de caso sobre el curanderismo en Cataluña de hoy* (2014) de Issabella Riccó. El objetivo de este artículo es establecer la relación que existe entre medicina popular y espiritualidad a través de un estudio de caso, el de Josep, un curandero de Reus (Tarragona, Cataluña). La medicina popular se

caracteriza como aquellas prácticas terapéuticas propias de las zonas rurales que explotan la eficacia empírica y simbólica de hierbas, oraciones, signos, masajes, amuletos y cataplasmas. El curandero Josep tiene 60 años, por la mañana trabaja en una frutería y por las tardes sube a su despacho, situado en una de las trastiendas, para atender a sus pacientes. Josep trabaja con las energías de las personas, expulsa la negatividad a partir de los dedos y devuelve energía positiva. Su concepción de la enfermedad está relacionada con el mundo espiritual, por lo tanto, es espiritista¹⁶, vinculado a la presencia del espíritu. Al respecto, Riccò (2017) señala que el espíritu es el que decide y crea su destino, evolucionando mediante reencarnaciones o quedándose parado en un mismo estadio por mucho tiempo sin progresar. Cada uno de nosotros tiene y tuvo muchas existencias, solo que nos olvidamos de ellas y nos seguimos reencarnando. Así, el hombre estaría dotado de tres partes: el alma (inmortal), el cuerpo físico y el «peri-espíritu». Este último representa el eslabón de unión entre espíritu y materia. Una vez muerto, el individuo se libera de la materia y se queda con el peri-espíritu, forma mediante la cual el alma sobrevive al cuerpo, tanto que, para los espiritistas, el alma se considera inmortal.

En este sentido en relación con el movimiento *New Age*, el papel del médium que en trance se relaciona con los espíritus y le permite expresarse a partir de él, el objetivo es lograr la transformación de la persona. Las conclusiones muestran un conjunto de terapias realizadas por el curandero como son las terapias con hierbas y parches (herpes zóster y diferentes enfermedades que se presentan) terapias con energías tales como imposición de manos (dolores musculares), masajes (dolores musculares), tarot (preguntas y consejos), terapias simbólicas (airada), terapias espirituales (trance para videncia y para sacar espíritus que se sitúan delante de las personas y les provocan malestares, trance para mandar espíritus hacia la luz). Estas terapias expresan el holismo en el mundo de la sanación, la relación entre medicina y espiritualidad, donde las prácticas pertenecen a mundos diferentes: curanderismo, espiritismo, espiritualismo, *New Age*¹⁷. Este último, implica la transformación individual

¹⁶ El espiritismo es una doctrina fundada por Allan Kardec en 1857, que estudia la naturaleza, origen y destino de los espíritus y, sus relaciones con el mundo corporal. En el caso del curandero Josep, como médium, establece contacto con el inconsciente de sus pacientes, de manera tal, que le permite acceder a realidades no ordinarias y a poder comunicarlas. Esta facultad extrasensorial le permite producir fenómenos parapsicológicos y comunicarse con los espíritus para conocer el mal de sus pacientes, expulsar la negatividad a través de sus manos y devolverles la salud.

¹⁷ *New Age* es un sistema alternativo de salud. A pesar de las dificultades de definición, buena parte de las terapias denominadas alternativas y *New Age* revelan un elemento en común en la forma de considerar el cuerpo, la salud y la enfermedad. En particular, el concepto de holismo y el de responsabilidad individual son dos elementos que comparten las MAC-NA (Riccò, 2018). Acerca de Josep: «En los últimos 40 años de sanación se ha dado un evidente cambio en sus prácticas. Se evidencia un solapamiento de identidades (curandero-oyente-médium) que lo convierten en una figura de soporte a la illness y a la sickness de una sociedad en constante mutación» (Riccò, 2016).

de quien acude al canalizador (Gordon Melton, 1992). El canalizador es un médium, quienes no se limitan simplemente a ponerse en contacto con las entidades desencarnadas, sino también a sanar o a aconsejar a través de ellas y, en consecuencia «lo aprendido o dictado va a servir para hacer un bien social» (Velázquez, 2006), citado por Riccó.

Volviendo la vista hacia Ecuador, resulta de gran interés un estudio *Medicina convencional frente a medicina tradicional: preferencias de uso en una comunidad rural de Ecuador* (2019) de Yanchaguano Taco, J y Francisco Pérez, J. Este estudio tenía como objetivo analizar las preferencias del tratamiento convencional frente al tratamiento con plantas medicinales en una comunidad rural de Ecuador. La metodología fue cuantitativa, no experimental, descriptiva, transversal. Se aplicó un cuestionario de 22 preguntas a 49 informantes, uno por cada hogar de la comunidad. Se cumplieron todas las consideraciones éticas en la obtención y manejo de la información. Los resultados mostraron que los pacientes tienen una concepción de causalidad para diferenciar las enfermedades físicas de otras de origen sobrenatural, cuya curación corresponde exclusivamente a la medicina tradicional. Reconocen la efectividad de la medicina convencional para tratar problemas agudos de tipo somático y traumático, así como también, para curar y prevenir complicaciones de enfermedades crónicas. Sin embargo, en dolores viscerales, la población prefiere el tratamiento con plantas medicinales, por su mayor accesibilidad y rapidez de acción. Las conclusiones señalan que la medicina convencional es elegida en la mayoría de los problemas físicos de salud. No obstante, se valora a la medicina tradicional para tratar problemas de origen sobrenatural y se promueve el respeto por las cosmovisiones del proceso salud-enfermedad.

Otro estudio en Ecuador, una tesis intitulada *Análisis semiológico del discurso verbal y los símbolos que usan los curanderos en la parroquia Pacayacu de la provincia de Sucumbios* realizada por Wilmer Alexander Torres Peña en 2012. Esta tuvo como objetivos específicos analizar la práctica del curanderismo en Pacayacu para detectar todos los sentidos de su obra ritual mediante estudios de caso verificados mediante experimentación y exploración bibliográfica; demostrar como el discurso ancestral mítico y cargado de simbolismo repercute en la psiquis social de los ciudadanos de esta parroquia, con el afán de estructurar mecanismos de influencia para ejercer su tarea de curación; demostrar desde el estructuralismo como los discursos, rasgos y creencias culturales son determinantes para la credibilidad de los curanderos y la necesidad de ratificarlos en el acto de curación. La metodología empleada fue mixta, de carácter cualitativo y cuantitativo, utilizando el enfoque estructuralista y el método semiológico. Las conclusiones señalan que las personas de la localidad buscan eminentemente

felicidad, salud, resolver los problemas familiares. Los curanderos modernos tratan de satisfacer vacíos emocionales, dependiendo de los resultados, el estilo de vida de los pacientes puede cambiar. Los diferentes tipos de discurso que manifiesta el «guachumero» como el discurso dialógico, basado en la comunicación con sus pacientes e intercambio de información, han incidido para quienes visitan y confían en estas prácticas adopten normas y conductas diferentes a personas que no comparten estas normas locales. El discurso verbal, no verbal y gestual del yerbatero de Pacayacu se relaciona con las convencionalidades que viven los pobladores.

La investigación que se debe tener en cuenta es *Dialogo con las deidades: Etnografía de la comunicación en el ámbito de la curación entre los wixaritari, en el contexto de la medicina tradicional* (2012). Fue realizado en México por la investigadora Karina Ivett Verdín Amaro. El objetivo del estudio fue demostrar que el uso de la lengua wixarika, aparte de ser un medio para comunicarse entre los habitantes de la citada etnia, es el vehículo por excelencia para sanar. El curandero mara'akame usa la palabra para comunicarse con los ancestros, dialoga con ellos, con el cuerpo del enfermo y, en caso necesario, con brujos, para restablecer el equilibrio individual y comunitario. El brujo, por su parte, dialoga con entes malignos para poder meter el mal al cuerpo de la persona. La persona enferma escucha a su cuerpo cuando le dice que algo no está bien; alcanza a vislumbrar que sus sueños son mensajes enviados por las deidades para decirle que se ha roto el equilibrio y comprende que la aparición de entes malignos en su entorno solo indica que alguien le ha puesto un mal. También decide si, por medio de la palabra, solicita ayuda, primero a su familia y luego a la mara'akame. Una vez solicitada y otorgada la ayuda sigue dependiendo de la persona si el dialogo con las deidades se lleva a buen término o no. Es la persona enferma quien decide si cumple con lo requerido por ellas para complacerlas. En su dialogo interno valora si vale la pena luchar por el alma o es mejor dejarla ir. Entonces, se restablece el orden. La palabra sea del cantador, del paciente, de los dioses es la parte primordial de la cura. Sin palabra no habría cura. El hecho de que la cultura y la lengua wixárika hayan resistido el contacto con el español tiene mucho que ver con que se siga considerando como el medio para aliviar. Se puede prescindir de todos los demás elementos en el proceso curativo, pero de la palabra jamás.

En Nicaragua nos hemos fijado en un estudio *Comunicación intercultural en la transmisión de conocimientos, saberes y prácticas culturales de la medicina tradicional en el pueblo mestizo costeño de Siuna* (2019) realizado por las investigadoras Dayling del Socorro Torres Jarquin y Angélica Leonor Ruiz Calderón. Este se realizó bajo el paradigma cualitativo con enfoque etnometodológico e interaccionismo simbólico. Cada uno de los datos obtenidos son el resultado del proceso de convivencia y de las

conversaciones mantenidas con abuelos, curanderos, parteras, sobadores. A través de ellas, se visibilizan conocimientos, saberes y prácticas culturales de la medicina tradicional del pueblo mestizo para el cuidado de la salud durante las etapas más importantes de la vida del ser humano. Así mismo, se describen las prácticas de comunicación propias en la transmisión de esta herencia cultural; se evidencia la oralidad a través del dialogo intergeneracional; se reconoce el papel de la mujer en estos procesos dinámicos de comunicación y transmisión de conocimientos desde el rol que desempeña en la comunidad y la familia, donde abuelas y madres son las guardianas del bienestar familiar.

En Chile, resulta destacable una tesis titulada *Estudio de caso de Salud Intercultural del Centro de Salud Mapuche Huincul Lawen de Puerto Saavedra, Región de Araucanía*, realizada por Tania García Zagal en el año 2014. El propósito de este trabajo fue comprender el modelo de salud intercultural chileno a partir de un modelo único de caso chileno, utilizando metodología cualitativa y entrevistas. Los resultados muestran que en el centro de salud mapuche trabajan cinco curanderos (machis), cinco ayudantes de machi (kellu), un coordinador, una secretaria, tres Longko (profesor bilingüe), un técnico paramédico. Los usuarios, según sexo, son el 62% mujeres y el 38% hombres. Según etnia, el 68% son mapuches y el 32% no mapuches. Los casos más frecuentes de atención son: empacho, dolores de cabeza, apéndice, resfríos, tensión arterial y enfermedades espirituales. Con respecto a la medicina mapuche versus la medicina convencional según usuarios, los mapuches creen que su medicina es mejor y el resto opina que las dos medicinas se complementan. Sin embargo, de los 21 entrevistados, cinco se atienden en el centro de salud mapuche y 16 acuden a la medicina convencional y mapuche. En las conclusiones se muestra que Chile está inmerso en una reforma del sistema sanitario donde una de las prioridades es el modelo de atención integral con un enfoque intercultural que ha asumido la necesidad de incluir una mirada diferente de mantener y mejorar la salud, incorporando el respeto a la cultura y la participación de las comunidades, organizaciones y autoridades indígenas. Se recomienda ampliar el número de prestaciones y crear nuevos centros interculturales en lugares con alta tasa de población mapuche, e invertir más en investigaciones que indaguen en las necesidades de los pueblos originarios de cada localidad, para realizar políticas de salud más pertinentes.

Otro ensayo chileno que se debe tomar en consideración es *El arte de sanar de la medicina mapuche. Antiguos secretos y rituales sagrados*, de Ziley Mora, (2012). En él se señala que la enfermedad no es un fenómeno aislado, dado que se considera que el cuerpo biológico nunca está aislado de los otros cuerpos, y menos, de la interacción con la naturaleza. Los mapuches estiman que la irrupción de la enfermedad física se explica cuando las personas están muy vulnerables, lo que implica dominar la

posesión de sí mismo, un yo (conocido como inche). Piensan que sí, una vez, todo salió de una mente que engendró el mal a través de un encantamiento verbal, el único modo eficaz de actuar sobre esa materialización nociva e inteligente (autónoma) que constituye la enfermedad mapuche, será precisamente mediante la virtud mágica de la palabra hablada, del exorcismo, del ül y del tayülñ; es decir, a través del canto sagrado de la mujer-machi, destinado a apoderarse de la enfermedad. Por lo tanto, estar sano es «ser dueño del estado guerrero». Para ellos, la salud es orden (cosmos)¹⁸ y bajo esta visión la enfermedad mapuche es un caso de entropía. El ampin¹⁹, que es el acto de medicinar al segundo yo, el cual no se rige por el metabolismo celular, sino por sugestión mental. Los mapuches utilizan una serie de plantas mágicas, sagradas, como el canelo (*Drimys winteri*), que se considera un árbol virtuoso, y se asocia al mundo superior que armoniza los opuestos y las contradicciones.

Según ellos, tiene una naturaleza mágica, medicinal, contra las verrugas mediante transferencia mágica para neutralizarlas: se corta la verruga y con un trazo de árbol se hace una cruz en la piel para luego ser enterrado a los pies del árbol canelo. El Palqui (*Cestrum parqui*), del cual extraen el remedio para hacer regresar la energía al cuerpo, es un arbusto de olores intensos con sustancias alcaloides que explican sus efectos sobrenaturales. Su uso popular en las zonas rurales consiste en colocarlo en forma de cruz en la puerta de las casas para ahuyentar la brujería. También sirve para hacer infusiones contra la tuberculosis. Otra planta prodigiosa es la frutilla araucana (*Fragaria chilensis*), de penetrante fragancia como la ruda (*Ruta chalepensis*) que defiende el chonchón, pájaro mal agorero. Se utiliza para tratar diarreas, hematurias, prevención de partos prematuros y también como abortivo. También cuenta con plantas alucinógenas como el árbol latué (*Latua pubiflora*) —considerado como la deformación siniestra de la realidad— que es un árbol tóxico, alto en atropina, utilizado por los brujos por sus efectos alucinógenos. Por otro lado, para los mapuches, el perro indígena es considerado guardián y compañero en los dos nacimientos del hombre. La curandera mapuche llamada machi, se considera la

¹⁸ Al mapuche le afecta todo lo que ocurre en la naturaleza; cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los seres se ven afectadas. Si alguien rompe el equilibrio al transgredir leyes de la naturaleza, sufre las consecuencias del desequilibrio que ha provocado: la enfermedad tanto física como espiritual (Marileo, 2002). Este desequilibrio se manifiesta en el plano físico o psicológico y es conocido como kutran o enfermedad. «Para los mapuches, la enfermedad ocurre cuando el hombre se encuentra en su estado más vulnerable, es decir, cuando su condición de «che» (persona) se ha debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan en un momento dado como una sola voluntad de ser y hacer, con una única e íntegra intención, se toma en nido atractivo para que lo posesionen o cohabiten en él espíritus. (Mora, 1991), citado por Díaz Mujica et al.

¹⁹ El Ampin asociado al «yo» se relaciona con el vocablo «am» que quiere decir principio de vida que otorga identidad y perfección, es sinónimo de vida o alma. El sistema médico mapuche es uno de los patrimonios intangibles más antiguos y tiene por objetivo la búsqueda permanente del equilibrio del «che» tanto en su entorno familiar como con la naturaleza, ese equilibrio se transforma en los equilibrios ideales del sistema médico mapuche (Diccionario Mapuche).

intermediaria entre los hombres y el mundo espiritual; entre las terapias que realiza están un masaje místico al paciente con hojas y zumo de foiyé (*Drimys Winteri Forst*). Practican la terapia solar más remota llamada Antülawen: que quiere decir conectarse con el sol (antu) que tiene un vínculo místico y real con la preservación de la salud y con la calidad de vida del ser humano mapuche. Se concluye que cada elemento como parte de la medicina mapuche tiene una naturaleza mágico-religiosa para el tratamiento de la enfermedad. El fin de la medicina mapuche es devolver el yo al ser, los cánticos en la lengua madunpugun son esenciales para las ceremonias de curación. Los elementos de origen animal, aunque poco conocidos y practicados en la actualidad, también tienen gran simbolismo en la cultura mapuche.

2.1.2 Antecedentes nacionales

En primer lugar, se referencia el artículo «Un estudio acerca de Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana» publicado en la *Revista Peruana de Medicina Integrativa* en 2017 por Mejía J. Gálvez entre otros autores. El estudio que se describe en él tuvo como objetivo determinar los conocimientos, aceptación y uso de la medicina tradicional peruana y la medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa de atención primaria en centros de salud de Lima Metropolitana. La metodología empleada fue cuantitativa: se realizó una encuesta validada en 351 usuarios de consulta externa de ocho establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social de Salud (EsSalud) en la que se evaluaron los patrones de uso, conocimiento y aceptación de terapias de medicina tradicional peruana (MTC) y medicina complementaria/alternativa (MAC). Los resultados muestran que la terapia de MTP más conocida, aceptada y usada fue la pasada de huevo (71,5%, 67,5% y 58,1%), mientras que en el caso de las terapias de MAC fue la fitoterapia (63,8%, 72,1% y 59,5%). La MTP fue usada en la mayoría de los casos solo 1-2 veces al mes y un 29,6% refirió el uso de MAC, como la fitoterapia, en todos sus episodios de enfermedad. La razón más frecuente que se esgrimía para su aceptación era la «integración a la medicina convencional» (20,5% en MTP y 29,9% en MAC) y los motivos para la no aceptación fueron el no tener bases científicas (14,8% en MTP) o no estar reconocida legalmente (29,9% en MAC). Las conclusiones mencionan que la terapia de MTP más conocida, aceptada y usada era la pasada de huevo, mientras que, en el caso de MAC, era la fitoterapia. Las terapias de MTP suelen ser menos usadas que

las terapias MAC por los encuestados. Estos procedimientos suelen ser realizados en el domicilio del paciente y son aceptados por la posibilidad de integración con la medicina convencional.

La tesis titulada *Concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana* realizada por Diego Graña León en 2013 también resulta destacable. La investigación de esta tesis tuvo como objetivo explorar las concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana. Los participantes fueron dos curanderas y ocho curanderos de las ciudades de Pucallpa, Tarapoto e Iquitos. Se trabajó desde la metodología cualitativa y se llevaron a cabo entrevistas individuales para poder recoger y analizar la información generada. Las conclusiones señalan que la medicina tradicional amazónica reconoce las múltiples dimensiones del ser humano, y en la práctica, se habla del cuerpo energético y del cuerpo espiritual, además del cuerpo físico. Así, se resalta la capacidad de los curanderos ayahuasqueros para trabajar paralelamente a nivel orgánico, psicológico y espiritual. Podemos afirmar entonces que la medicina tradicional amazónica representa un sistema terapéutico de carácter holístico.

Su concepción de la salud incluye cinco dimensiones: espiritual, emocional, corporal, mental y vincular²⁰. La espiritualidad resalta como un elemento transversal que acompaña el entendimiento y la práctica concreta de los curanderos en el campo de la salud. Asimismo, el cuerpo destaca como el lugar donde se concretan todas las demás dimensiones. Esta mirada multidimensional expresa la concepción integral que los curanderos tienen acerca de la salud. Siendo conscientes de los lazos inquebrantables entre la medicina tradicional de la selva peruana y su contexto cultural y natural. Como ya hemos expuesto, la espiritualidad y el contacto con el mundo de las plantas maestras son pilares fundamentales dentro de la concepción de la salud y el ejercicio de los curanderos. Furst (1980), señala que la comprensión de la medicina tradicional está en relación con el conocimiento del contexto

²⁰ Aquí se explican de forma más extensa cada una de las dimensiones: La **dimensión espiritual** se relaciona con las enfermedades sobrenaturales vinculadas a la intromisión de fuerzas espirituales, como espíritus malos que causan daño y están asociados a la maldad o brujería, enfermedad que sufre a menudo la gente de la selva. La **dimensión emocional** agrupa al conjunto de emociones y su influencia en el organismo; se incluye toda la gama de emociones y el efecto positivo o negativo que puedan tener en la salud, como el odio, rencor o tristeza. Esta última puede causar un bulto en el estómago, según refiere el informante. La **dimensión corporal** se refiere al estado del cuerpo y sus distintas manifestaciones físicas en el estar sano o enfermo, se relaciona con las enfermedades naturales, que son enfermedades producidas a nivel orgánico, como caídas, accidentes, dolencias corporales, heridas, infecciones, tumores, etc. La **dimensión mental** referida a los procesos mentales, como los pensamientos que pueden enfermar a la persona, cuando existe exceso de pensamiento, preocupación frente a los problemas, estrés, causando bloqueos. De este modo, se valora el pensamiento positivo como un factor importante que contribuye a una buena salud. La **dimensión vincular** se refiere a la correspondencia entre los vínculos y la salud: la calidad de las relaciones, las dinámicas familiares, la relación con la naturaleza, la relación con el «otro». Por ejemplo, separación de la pareja, orfandad, etc., siendo la amistad y las relaciones sociales valoradas para el buen mantenimiento de la salud.

cultural y la cosmovisión en la cual se desarrolla, por lo que resulta imprescindible reconocer y valorar los diversos contextos bajo los que se da esta práctica en nuestro país.

Por último, se trae a colación «Repensar la antropología de la salud. Una perspectiva crítica e intercultural en el altiplano de Puno», un artículo publicado en la *Revista de Pensamiento Crítico Aymara* basado en un estudio que llevó a cabo Richar Apaza Vilca, en 2020.

En el altiplano de Puno, la medicina tradicional generalmente se asocia con plantas medicinales, y no existe un fundamento suficiente, adecuada y significativa y las diferentes formas de las utilizadas en la medicina convencional, en donde la medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarias, para lograr esto, es necesario deconstruir el pensamiento positivista, a partir de la reflexión del pensamiento crítico y de la Escuela de Frankfurt. El objetivo de la presente investigación fue aproximar el concepto de la antropología de la salud y hacer visible la medicina tradicional como un conocimiento científico, desde una perspectiva crítica e intercultural. La metodología de investigación fue a través del enfoque cualitativo; tipo básico; nivel descriptivo y cuasi-explicativo; se aplicaron técnicas tales como: el análisis de literatura clásica, actualizada, especializada, y la observación participante de la realidad; los instrumentos utilizados fueron: fichas textuales, fichas de comentario, guía de observación participante y cuaderno de campo. Es evidente que, desde la visión de la antropología crítica, la medicina tradicional se vuelve invisible desde la misma población puneña; todo esto debido a la falta de identidad, la no institucionalización, la pérdida de la práctica ancestral de la medicina tradicional» (Apaza 2020).

El autor llega a las siguientes conclusiones: 1. La antropología de la salud en el altiplano puneño juega un papel importante, sobre todo en la medicina tradicional y su práctica en la actualidad sigue vigente; 2. La medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarias con una mirada intercultural, es decir, tener una relación de manera abierta, participativa, equitativa, horizontal, incluyente, practicando el respeto mutuo; 3. La antropología de la salud intercultural es un tema que hoy en día amerita ser tratado y puesto en práctica en sociedades multiculturales como la peruana, específicamente en el altiplano puneño, para comprender el enfoque intercultural de la salud y generar una sociedad más justa y democrática reconociendo la sabiduría del pueblo; 4. El pensamiento crítico y la Escuela de Frankfurt nos ayuda a entender y visibilizar la importancia de la medicina tradicional en la medicina convencional y su relación mutua de ambos; relacionado con los distintas miradas y pensamientos, para una adecuada aplicación y entendimiento de la cotidianidad de la medicina tradicional en la medicina convencional.

2.1.3 Antecedentes locales

Fijándonos ya en la región objeto de este trabajo, cabe citar una tesis realizada en el año 2017 *Uso de medicina alternativa y su relación con el nivel socioeconómico, el estado de salud del paciente y el nivel de satisfacción de la medicina convencional en pacientes que acuden a consultorio externo de medicina general del hospital II ESSALUD Huánuco durante el periodo de agosto a octubre del 2015* escrita por Xi- omara Wilda Meza Villaneda y Heiddy Jeanette Trinidad Guzmán. El objetivo fue determinar la prevalencia del uso de medicina alternativa y su relación con el nivel socioeconómico, el estado de salud del paciente y el nivel de satisfacción de la medicina convencional en pacientes que acuden a consultorio externo de Medicina General del *Hospital II EsSalud Huánuco*, 2015. El diseño consistía en realizar un estudio observacional, transversal, retrospectivo, en pacientes que acuden a consultorio externo de Medicina General del *Hospital II EsSalud Huánuco* en el 2015 para determinar los factores relacionados con el uso de medicina alternativa. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas. Se contó con una muestra de 278 sujetos obtenida mediante muestreo probabilístico aleatorio simple para estudios descriptivos transversales. Se estableció asociación estadística ($p < 0,05$). En las conclusiones destaca la prevalencia del uso de medicina alternativa en pacientes de consultorio externo que fue de 255 sujetos (91,7%). No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el uso de medicina alternativa y las variables nivel socioeconómico, el estado de salud del paciente y el nivel de satisfacción de la medicina convencional.

Así mismo, resulta relevante la tesis *Nivel de conocimiento sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en los adultos mayores con artrosis, usuarios de la municipalidad provincial de Huánuco 2019* realizada por Joyce Kelly Barahona Santa Cruz. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en los adultos mayores con artrosis, usuarios de la Municipalidad Provincial de Huánuco 2019. La metodología consistió en llevar a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo que se realizó con adultos mayores con artrosis, usuarios del Programa Pensión 65 de la Municipalidad Provincial de Huánuco en noviembre del 2019. Se trabajó con una población de 100 adultos mayores no asegurados. Se entregó un consentimiento informado previo a aplicar la encuesta. Se empleó un cuestionario dividido en dos aspectos importantes: guía sociodemográfica y encuesta para determinar el nivel de conocimiento sobre la medicina complementaria y alternativa, esta última referida a tres aspectos, el conocimiento de la medicina complementaria y alternativa, el conocimiento de la fitoterapia y el conocimiento de la acupuntura. Se recategorizó la variable principal para clasificarlo como «adecuado» (mayor o igual al

60% (5,4) de las preguntas referentes al conocimiento del tema) e «inadecuado» (menor al 60% (5,4) de las preguntas referentes al conocimiento del tema). En los resultados se encontró que el conocimiento sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en los adultos mayores con artrosis es inadecuado en un 81% de los participantes. En las conclusiones destaca el conocimiento sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en los adultos mayores con artrosis, usuarios de la Municipalidad Provincial de Huánuco 2019 es inadecuado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. La Cultura

2.2.1.1 *Definición de Cultura*

Según Augusto Salazar Bondy, la cultura peruana puede ser tipificada como una cultura de dominación (...) esta cultura es plural, híbrida, carente de integración, no existe una cultura orgánica peruana. El Perú comparte con los demás países del Tercer mundo la condición de dominado, con su secuela de alienación y pérdida creciente de la libertad sin embargo también los peruanos que sienten la necesidad de ser auténticos, lo cual, es a la vez, una necesidad de bienestar y una necesidad de cultura integrada y vigorosa, no de una cultura simplemente peculiar en cuanto a ejemplar folklórico, sino de una cultura capaz de contribuir a las grandes empresas del hombre de hoy, tienen ante sí el imperativo de liberar a su país de toda dependencia que conlleve sujeción a poderes extranjeros, y por tanto, alineación de su ser» (Salazar Bondy 1969: 75-76), citado por Galimberti.

La cultura es todo aquel complejo que incluye conocimientos, creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todo hábito adquirido por el hombre en cuanto es miembro de una sociedad (Tylor, 1968).

Se llama cultura al sistema integral de patrones de conducta aprendidos, característicos de los miembros de una sociedad. Ella constituye la forma de vivir de cualquier grupo social dado. Es también una herencia social que se transmite de generación en generación y que se infiltra en la mente de los jóvenes, no solo por medio de la educación e iniciación, sino por el condicionamiento prolongado e inconsciente, mediante el cual cada individuo se convierte en la persona que es, en definitiva (Lewis, 1969).

Al mencionado sistema de patrones sociales, integrado por formas de pensar y de actuar, los antropólogos lo denominan representaciones y prácticas culturales respectivamente. La cultura está

relacionada con los estilos de vida, con las costumbres que se hacen hábitos, según Bourdieu, los hábitos es una disposición, influenciada por las condiciones sociales y económicas de existencia y por la posición del individuo (estatus).

La cultura de cualquier sociedad es la suma total de las ideas, las reacciones emotivas condicionadas y las pautas de conducta habitual que los miembros de esa sociedad han adquirido por instrucción o imitación y que comparten en mayor o menor grado (Linton, 1972). Por otro lado, Geertz, considera que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie (Geertz, 2003).

Para Marvin Harris, la cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar. Marvin Harris Antropología cultural (Canclini, 2001) define la cultura como el conjunto de los procesos sociales de significación, de otro modo, la cultura abarca el conjunto de los procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social.

Madeleine Leiniger según el modelo transcultural, describe al ser humano como un ente integral que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social. La influencia antropológica permite visualizar al hombre como un ser integral que vive dentro de una estructura social y cultural determinante en su estado de bienestar y salud. «La autora plantea la Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural, la teoría procede de la Antropología y de la Enfermería la cual desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial de la Etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos o experiencias locales o émic, para después contrastarlo con los factores étic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la Enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales. El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del paciente; es decir, la visión émic» citado por Restrepo, 2014)

Según Plaza del Pino, el papel de la cultura es fundamental en el proceso salud- enfermedad, en la sociedad en las que conviven personas que tienen diferentes referentes culturales, los

profesionales de enfermería deberán estar capacitados para comunicarse eficientemente con estos pacientes y, además, deberán conocer y tener en cuenta sus condicionantes culturales respecto al proceso salud-enfermedad. Considerando imprescindible la adquisición por parte del personal de enfermería estos conocimientos culturales, se ha llevado a cabo una investigación con el objeto de conocer los contenidos en competencia cultural y competencia comunicativa intercultural la formación reglada de los futuros profesionales enfermeros. Los resultados de esta informan de un déficit de estos conocimientos en los programas y en las formaciones que reciben estos futuros profesionales (Plaza del Pino 2009).

Un aspecto importante es la significación en la cultura, o una cultura de significaciones, que, según Martínez, están mediadas por las formas simbólicas circundantes en el medio social, constituyendo lo que podemos comprender como realidad, pues todos aquellos elementos asimilables a nuestro campo cognoscitivo configuran nuestra comprensión del mundo. De igual forma, en este proceso de socialización, la creación de los significados es un proceso en continuidad, donde un entorno es permanentemente interpretado, con la finalidad de apocar la ambigüedad y adquirir concepciones colectivas para un actuar común (Martínez, 2007), citado por Carrera (2017). En este sentido, se habla de un sistema simbólico, un lenguaje simbólico, del uso de metáforas, donde el mito, el lenguaje y lo imaginario son elementos centrales de la conducta humana y la cultura, existiendo así paradigmas lingüísticos en antropología y semiótica; Cassirer (1944; 2013); Lévi-Strauss (1964; 2014); Barthes (1956; 2012); Geertz (1973; 1992).

Así mismo, la significación social y su complejidad no deben estar al margen de las prioridades socio antropológicas, es esa inherencia natural de concebir una *antropología semiótica* como una área de investigación pertinente en un mundo hablado, significado, interpretado, y simbolizado, pues la dimensión interpretativa y *significacional* nos conduce a los sentidos colectivos en los procesos semióticos de los grupos socioculturales, donde la carga imaginaria y semántica (folklore, mitología, moral, etc.) constituyen el sustrato de las significaciones, y donde podemos configurar el teorema que explicaría las interrelaciones socio-conductuales de comunidades culturales, cuya realidad no es sino, la reverberación de su semántica en relación estructural con otros elementos propios de un orden cultural (Carrera, 2017).

En este entender, del autor mencionado anteriormente, la perspectiva del interaccionismo simbólico representada por Herber Blumer (1969) establece tres premisas para conocer cómo funciona la relación entre los actores sociales y la significación que ellos otorgan a las cosas:

- a) Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.
- b) La significación de estas cosas deriva, o surge de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.
- c) Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso.

En este sentido, en la relación terapéutica entre el médico y el paciente, los pacientes otorgan significado a la enfermedad y esta se constituye en un universo simbólico, lo que para ellos implica dolor, sufrimiento, discapacidad, muerte, etc. Son muchas las interpretaciones en el proceso salud-enfermedad que están influidas culturalmente y por factores económicos, sociales y políticos.

En un contexto de interculturalidad, se reconoce la existencia de sujetos diferenciados culturalmente, lo que implica reconocer la existencia potencial de relaciones de solidaridad, complementariedad, cooperación, simetría, equidad; pero también de opresión, competencia, enfrentamiento y lucha. Estas relaciones culturales han funcionado según Menéndez en contextos de dominación, explotación, hegemonía, subalternidad. La antropología se plantea actualmente problemas de interculturalidad que ya han sido solucionados en la práctica por los propios grupos sociales (Menéndez, 1981).

Con todo lo anteriormente dicho en el proceso salud-enfermedad surgen dos propuestas:

- a) Autonomía cultural: política impulsada por grupos étnicos como ocurrió con el levantamiento de Chiapas impulsado por el subcomandante Marcos.
- b) En la década de los noventa, impulsados por organismos como el Banco Mundial o la organización Panamericana de la Salud, se comienza a tomar en cuenta la situación de pobreza y salud de los pueblos indios afectados por la situación estructural

Desde los años noventa, hablamos de varios usos del término interculturalidad:

- a) Los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una práctica complementaria. La antropología intercultural, entiende las relaciones culturales en términos de malas condiciones de comunicación cultural que hay que modificar para posibilitar una mejor interrelación.

b) El objetivo, según la antropología intercultural, se coloca en la modificación de saberes más que una autonomía cultural. «Mientras el principio de autonomía conlleva al reconocimiento de la diversidad, la interculturalidad expresa la necesidad de comunicación e interlocución entre sociedades con matrices culturales distintas» (Sariego, 2002:204), citado por Menéndez.

El tema de la «pertinencia de contar con las particularidades culturales de cada grupo» es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social como un factor importante en todo proceso de salud enfermedad. El respeto a esa diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente (Alarcón 2003).

Las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes están influenciadas por diversas representaciones y prácticas culturales que pueden afectar negativamente la relación médico-paciente. Los médicos, respaldados por su conocimiento científico, a menudo adoptan una posición dominante que puede llevar a la cosificación del paciente, enfocándose más en la enfermedad desde una perspectiva biológica y en los signos medibles, mientras que los síntomas subjetivos y las experiencias personales del paciente son frecuentemente subestimados (Gurfein, 2020). Este enfoque promueve la medicalización, donde el objetivo principal es alcanzar un estado de «salud» mediante intervenciones médicas, sin considerar plenamente las narrativas y contextos individuales de los pacientes. Como resultado, los pacientes pueden ser percibidos como meros usuarios o consumidores de servicios de salud, despojados de su historia personal y contexto social (Cardona García, 2024).

Desde la perspectiva del paciente, el médico es visto como una autoridad científica, lo que puede generar una relación de subordinación. Muchos pacientes enfrentan dificultades para comprender el lenguaje técnico y la terminología científica utilizada por los profesionales de la salud, lo que incrementa su confusión sobre las causas de su enfermedad y su necesidad de información adicional. Esta dinámica puede conducir a una comunicación ineficaz y a una atención despersonalizada, donde las necesidades y preocupaciones individuales del paciente no son plenamente atendidas, afectando la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente (Gimeno Ferrer et al., 2024).

2.2.1.2 Características de la Cultura

Según Serena Nanda (1987) las características de la cultura son las siguientes:

- Es aprendida. Uno aprende a través de agentes de socialización como la familia. «La cultura son ideas basadas en el aprendizaje cultural de símbolos» (Geertz, 1992).
- Es compartida. Compartimos creencias, valores, costumbres, moral, idioma, religión, rituales etc.
- Es simbólica. Los símbolos conforman un sistema de significados que las personas utilizan para definir su mundo y expresar sus sentimientos. El símbolo es algo verbal y no verbal. Por ejemplo, el agua bendita, como símbolo del catolicismo.
- La cultura somete a la naturaleza. Es la cultura que le dice al hombre como producir, que producir, cómo alimentarse. No todo lo que existe es comible, por cuestiones culturales.
- Es pautada. La cultura es un sistema pautado integrado: las costumbres, instituciones, creencias y valores están interrelacionadas, si uno cambia, los demás también cambian.
- Es creativa. La gente utiliza creativamente la cultura, existe:
 - a) Cultura ideal. Nos dice que hacer y cómo hacerlo.
 - b) Cultura real. Es el comportamiento en la realidad.
- Es adaptante y mal adaptante. Una característica común del hombre es su adaptación a un medio ambiente natural y social. Sin embargo, muchas de estas adaptaciones pueden ser mal adaptantes, amenazando la existencia del grupo, de la sociedad o la naturaleza. Por ejemplo, el consumismo desmedido, la contaminación, la caza de animales para extraer el marfil, etc.

2.2.1.3 Componentes de la Cultura

- a) **Símbolos.** Son todo aquello que tiene un significado. Los seres humanos no vemos y experimentamos del mismo modo el mundo que nos rodea. Los seres humanos creamos una

realidad propia, un mundo de significados y esto lo hacemos transformando los elementos de la vida social. Por ejemplo, el color rojo, como símbolo del amor; el negro, como símbolo de luto; el blanco, como símbolo de la paz. Cuando desconocemos los símbolos de una cultura nos produce un choque cultural dado que no podemos comprender ni interpretar ese universo simbólico lleno de significados. Los símbolos permiten a las personas entender la sociedad y también darle una imagen de sí mismos. Sirven para entender y construir sus vidas. Empleando correctamente los símbolos una persona puede actuar en forma eficiente con la otra.

- b) **Lenguaje.** Es una pieza fundamental del universo cultural, es un sistema de signos: orales, gestuales, escritos, que permite a los individuos comunicarse entre sí. Es el mecanismo más fundamental de reproducción cultural que asegura la trasmisión de una cultura de generación en generación. El lenguaje abre las puertas al conocimiento. Los pueblos fueron transmitiendo su cultura a través de la palabra, lo que los antropólogos denominan tradición cultural.
- c) **Normas.** Son pautas, normas, a través de las cuales una sociedad regula la conducta de sus miembros. Son de dos tipos:
 - Prescriptiva: indican lo que se debe hacer. Por ejemplo, ceder el asiento a mujeres embarazadas o ancianos, respetar a los padres.
 - Proscriptiva: indican lo que no se debe hacer, norma que prohíbe hacer determinadas cosas. Por ejemplo, no fumar en lugares cerrados, no robar, no matar, etc.
- d) **Valores.** Son modelos culturalmente definidos, que establecen lo que las personas consideran que es bueno, deseable o bello, haciendo una jerarquía de valores de acuerdo con sus prioridades.
- e) **Cultura material e inmaterial.** La cultura material son los elementos tangibles como los artefactos, las construcciones, la tecnología. La cultura inmaterial son elementos intangibles como la gastronomía, la música, la danza, las leyendas, los mitos, etc.

2.2.1.4 Representaciones Culturales

Son actividades mentales que favorecen la relación con situaciones, acontecimientos de cómo las personas conciben la realidad que se originan en la vida diaria, los pensamientos, valores, que tienen significados culturales. Las representaciones son producto de lo social y sirven para construir la realidad social. Las representaciones posibilitan el desarrollo y discurso de legitimación propia y se redefinen de acuerdo con las imágenes, valores, modelos y creencias. La concepción de salud se entiende necesariamente dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que ésta se experimenta, lo mismo ocurre con la enfermedad. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad.

2.2.1.5. Prácticas culturales

Son las manifestaciones en acciones concretas de una cultura en relación con las prácticas tradicionales y consuetudinarias. Están relacionadas con la práctica, lo que las personas hacen, las acciones concretas que realizan. Dentro de un sistema social debemos preguntarnos qué contribución aporta una práctica cultural al conjunto de la vida social y al funcionamiento de todo el sistema. Encontraremos entonces que el sistema regula las relaciones de todos los individuos en esa sociedad, proporciona una adaptación tal al medio físico, que hace posible una vida social ordenada; en resumen, es un método para subsistir (Lewis 1969).

2.2.1.5.a) El ritual de salud

Una práctica cultural muy importante son los rituales de salud. En este sentido, un aporte relevante del padre del interaccionismo simbólico, Irving Goffman, fue la conceptualización del ritual. De acuerdo con Goffman, el ritual es parte constitutiva de la vida diaria del ser humano (...) En este sentido los rituales aparecen como cultura encarnada, interiorizada, cuya expresión es el dominio del gesto, de la manifestación de las emociones y la capacidad para presentar actuaciones convincentes frente a otros (Rizo, 2004).

Los rituales de salud que realizan los curanderos en Huánuco son una expresión de su cultura, son parte de un intercambio de dones entre el Hirca y el hombre, a través de la ofrenda, que es un regalo que se realiza al dios montaña, mediante el cual la persona deposita toda una intencionalidad: sus deseos, sus sueños, anhelos de verlos cumplidos. Le pide al Hirca que le mande salud, amor,

trabajo, una casa, un viaje y todo aquello que forma parte de sus expectativas. A cambio le entrega al Hirca lo que más le gusta — cigarrillos, caramelos, coca, aguardiente, vino, galletas— así como una serie de granos: —arroz, lentejas, frijol, cebada, entre otros—. Es una relación mágica de intercambio y de reciprocidad. En la realización del ritual, los participantes deben «chaqchar» (masticar la coca haciendo bolas en la boca) para que el Hirca reciba el regalo. Si se ha chaqchado bien y se ha realizado el procedimiento adecuadamente, el Hirca lo recibe y los beneficios se ven en el corto plazo. Las cosas en la vida comienzan a fluir, las puertas se abren y, el paciente mejora, se sana, o la persona consigue estar con su alma gemela, consigue trabajo, tiene libertad financiera y todo es prosperidad y abundancia. Si el Hirca no acepta, quiere decir que las cosas irán mal.

En este sentido, las curanderas de la ciudad de Huánuco reconocen y aplican las leyes y principios de la cultura andina. Para el proceso de la curación se relacionan con dos fuerzas: la del cosmos, que viene del cielo y está representada por los Hircas o Apus, y la fuerza telúrica de la tierra, que es la Pachamama. Ellas invocan estas fuerzas para tener poderes y gozar de su protección a la hora de combatir el mal y conseguir la recuperación del paciente. En la relación con sus pacientes, practican la reciprocidad, donde no solo está el pago que reciben por la curación, sino que, adicionalmente, las curanderas realizan lecturas en hoja de coca o en maíz y dan una serie de pautas a seguir por el paciente de acuerdo con el diagnóstico que ha arrojado la lectura: qué debe hacer, qué debe evitar, qué debe prevenir. También proporciona yerbas a sus pacientes para que ellos tomen en infusiones; si su enfermedad es fría, le da plantas calientes como eucalipto, matico, y otros; si su enfermedad es caliente, le proporciona yerbas frías como hinojo, manzanilla, valeriana entre otros. La relación intercultural con sus pacientes se basa en una buena comunicación, confianza y fe. La curandera no solo es la sanadora, es la amiga, la confidente, la aliada que está disponible en todo momento para sus pacientes, no solo para curarles, sino para ofrecer consejos ejerciendo un liderazgo en la vida de estos. Así, les ayuda a tener éxito en todos los aspectos de su vida: en el amor, la salud, el trabajo, la prosperidad, el progreso y la abundancia.

Goffman relacionó la conducta ritual interpersonal con la microsociología que son las interacciones cara a cara como son el desafío, el ofrecimiento, la aceptación, el agradecimiento, entre otros. En dichas interacciones quedan expresadas las reglas de etiqueta social y los atributos de las personas, tales como el orgullo, el honor, la dignidad y la posición social (Rizo, 2004).

Del concepto de ritual de Goffman, surgen dos ideas importantes:

- a) Relaciona los rituales con el proceso de comunicación, ya que estos son actos humanos expresivos que se constituyen en un código de conducta y un complejo de símbolos que transmiten información significativa para otros.
- b) Relaciona los rituales con los movimientos del cuerpo, ya que la ritualización actúa sobre el cuerpo produciendo la obligatoriedad y asimilación de posturas corporales específicas en cada cultura.

2.2.1.6. Importancia de la cultura

- La cultura es el eje fundamental para la estructura de la sociedad basada en la diversidad cultural.
- Permite conocer los patrones sociales y formas de conducta de cada grupo humano, explicando el por qué actúan de una manera u otra.
- Para el antropólogo, la cultura es la explicación más importante de las diferencias entre los grupos humanos.
- La antropología cultural estudia la cultura para explicar cómo los fenómenos socioculturales influyen en la conducta del individuo, por lo tanto, la cultura debe ser tomada en cuenta en todos los aspectos de la vida social.
- La cultura aporta identidad cultural a cada grupo humano de la sociedad.
- Aporta una perspectiva humanista centrada en el ser humano y sus culturas para el estudio de la sociedad.
- La perspectiva de relatividad cultural permite estudiar y conocer las culturas teniendo en cuenta sus valores, normas, costumbres y creencias, lo que posibilita reconocer la pluriculturalidad de la sociedad y la existencia de varias racionalidades²¹.

²¹ La necesaria relación entre reglas y significado revela que no hay una sola racionalidad, sino, potencialmente, tantas racionalidades distintas como comunidades de hablantes. Esa relación entre lengua y racionalidad tiene un precedente dentro de la tradición occidental en el concepto griego de logos. En forma aproximada, logos puede traducirse como discurso y como razón. Así, este concepto ilustra la estrecha relación que los antiguos griegos percibían entre el habla y el proceso por el cual los sujetos humanos captan la realidad. La racionalidad es entonces la lógica informal de vida compartida por una comunidad de hablantes o una tradición cultural. Del mismo modo, los sujetos de investigación antropológica son sujetos que comparten reglas intersubjetivas o juegos de lenguaje, por medio de los cuales se constituye lo que consideramos como la realidad social (Ulin, 1990).

2.2.1.7. Conocimiento popular

Definición. El conocimiento popular se refiere al conjunto de experiencias, sensaciones y reflexiones que conllevan al razonamiento y el aprendizaje. A través del conocimiento, los individuos podemos reconocer el contexto donde nos encontramos y desenvolvemos, tras realizar diversas interpretaciones y análisis de todo aquello que experimentamos y sentimos. (Martínez 1971).

Históricamente, los conocimientos populares son valiosos, puesto que implican un proceso de transmisión de conocimientos como son los ritos, las cosmovisiones, las religiones, etc. Forman parte del patrimonio cultural, porque en esos conocimientos se incluyen prácticas, representaciones culturales, expresiones, habilidades, uso de instrumentos y objetos de los grupos sociales que mantienen una estrecha relación con la naturaleza²². La relación con la naturaleza es de carácter recíproca y bidireccional, de diálogo afectivo que se expresa en la agricultura, que simboliza el cultivo de la vida misma y de principio de crianza mutua entre el hombre y la naturaleza. Además, la relación con la naturaleza es de carácter religioso y ritual. Nada más vivo que la descripción que hace Arguedas a los ritos de la siembra:

«En los meses de la siembra, por las noches un canto lígubre y agudo se oye desde todas las chacras. En la oscuridad o en la luz de la luna, ese canto parece salir de dentro de la tierra, o bajar del cielo frío y hundirse a lo más hondo, en lo más duro del suelo... El ruego profundo de estos cantos establece: Recuerda que somos tus criaturas; acuérdate, madre nuestra, que sufrimos; oye la voz de tus hijos que lloran; recibe en tu corazón cariñoso esta semilla que hemos sembrado; dale tu aliento... Solo la voz y la emoción del hombre que habita sobre la tierra, sabiendo que esta es viviente puede dar una fuerza a tan extraña, verdaderamente infinita, a una imploración...» Para iniciar la siembra los campesinos realizaban el Pampachay llenan una chuspa nueva (bolsa tejida de lana) con una serie de productos y de otras especies significativas, maíz blanco, maíz rojo, una grasa de llama, papel dorado y papel de plata... El más caracterizado de los campesinos que intervienen en la siembra toma el atado y le da su aliento varias veces, y mientras todos presencian el acto de rodillas, entierra la ofrenda en un extremo de la chacra: implora porque la semilla sea bien recibida en el seno de la tierra, porque la

²² El hombre andino ha desarrollado una profunda conciencia ecológica de carácter holístico como resultado de su responsabilidad colectiva, de su actitud seminal hacia la naturaleza y de su percepción del orden cósmico. Esta visión puede ser definida como agro-cosmo-etnocéntrica, pues la agricultura es la base de su vida misma y de las actividades conexas a ella, y que le han permitido desarrollar saberes sobre astronomía, biología animal y meteorología (García, 1996). El hombre occidental busca el control y dominio de la naturaleza. El andino busca más bien la convivencia con la naturaleza y la inmersión en su seno como fuente de vida y renovación. El respeto al uqhu pacha, la realidad invisible pero latente, es símbolo de esa actitud (Villena, 2022).

cosecha sea buena, para que abuyente las heladas y las enfermedades que castigan a las plantas.
(Arguedas, 1989)

2.2.1.7. a) Características del conocimiento popular

- Pertenece al común de la sociedad y se adquiere directamente a partir de la experiencia del mundo, fruto de la costumbre, del sentido común o de la vida comunitaria. En este sentido, Rengifo define las características del saber andino: es recíproco con la naturaleza, es agro céntrico, es sensitivo y es holístico. (Rengifo, 1993). En la cultura andina, la cualidad de vida es compartida por los hombres, los animales, los cerros, las plantas, los ríos, las deidades, etc., es decir, por todo cuanto puebla el mundo. No existe la noción de seres inertes o sin vida; el universo es vivo e importante. En la vida andina, la noción lineal de principio a fin, de nacimiento y muerte, carece de sentido. Todo surge y resurge de modo incesante, animado por una vitalidad fecundante (Van Kessel, 1989).
- El conocimiento popular se entiende también como saberes ancestrales, de origen local, transmitidos de una generación a otra de manera oral. En este entender, el saber andino, no tiene como propósito irrumpir en la realidad para transformarla, sino que, como forma parte de ella, lo que hace es vivificarla, vigorizarla y enriquecerla a través de la chacra y el rito. La cultura andina no concibe el saber como una entidad separada de la vida. Como señala Grillo:
«Vive nomás y sabe más quien vive más. No hay un cuerpo de conocimiento almacenable. Para saber hay que vivir, y la vida es mucho más que comunicación de información entre los miembros que pueblan el cosmos. En el mundo andino, no siempre el que mejor está informado sabe más, sino el que vive más, es decir, aquellos que ejercitan en forma concreta, constante e intensa sus facultades de criar y dejarse criar» (Grillo, 1990).
- El conocimiento popular es una herramienta de entendimiento mutuo entre individuos de culturas distintas. Contribuye a formar una identidad común, especialmente cuando se refiere a relatos, mitos y creencias, en los cuales existen fragmentos de una verdad histórica compartida. Como menciona Rengifo: «En la cultura andina el saber se recrea a través del mito y el rito. Los mitos son textos orales y narran la visión que la sociedad andina tiene del mundo. El relato oral es una versión en continua recreación, es de naturaleza dinámica y da cuenta de manera total del vivir de una cultura: así, confiere sentido y organicidad a las actividades de las colectividades. En los relatos, que son de una diversidad y multiplicidad asombrosas, encuentran orden, adecuación y explicación cada uno de los miembros del cosmos» (Rengifo, 1993).

- El conocimiento popular hace referencia a los saberes ancestrales de origen local que son transmitidos de una generación a otra oralmente.
- El conocimiento popular es holístico; el cosmos es concebido por la cultura andina como una totalidad, en la que todo está enlazado y donde nada es percibido al margen de los otros seres vivos, pues, como ya se señaló, la visión andina concibe que en el mundo todo es consustancial e inmanente. Todos los miembros de la comunidad son importantes e iguales y entre ellos rige el principio de reciprocidad y equidad. Nada es adjetivo o no esencial (Grillo, 1990).

2.2.1. 8. Creencias populares

Definición. El significado de creer proviene del latín *credere*, que significa «confiar» y «entregar» «prestar». Según N. Belmont, «la creencia es ciertamente ese movimiento hacia el exterior, hacia una divinidad, a quien se ofrece algo, una ofrenda en dinero, un cirio o simplemente palabras, es decir, una plegaria, con la certeza de conseguir por contra una restitución en forma de un favor». Se fundamentaría, por tanto, en la reciprocidad. El autor habla de la creencia como «movimiento al exterior» que se concreta en el rito, que es una expresión plástica con elementos verbales y cinéticos. Pero también habla de la creencia como «movimiento al interior», cuando se concibe a la creencia como «confiar» y «aceptar algo como verdadero» entonces es una actividad mental como señala la antropología cognitiva (citado por Martín Criado). Por ejemplo, la naturaleza puede ser manifestación de lo sagrado, maravilloso, oculto, como cuando las personas creen que el Apu o Hirca son seres vivos que tienen alma y pueden influir positiva o negativamente en la vida del individuo.

2.2.1.8.a) Características de las creencias populares

- Son un estado psíquico subjetivo, donde el sujeto considera como «verdad» un elemento intelectual²³, generalmente en ausencia de análisis crítico y argumentos de validez.
- Están arraigadas en nuestra forma de pensar, acostumbran a ser inconscientes.
- Es un tipo de creencia tradicional y ampliamente difundida en una comunidad. Se aprende y es transmitida de generación en generación.

²³ Lo intelectual se asocia al pensar, a la actividad reflexiva. En otras palabras, todo saber tiene un componente de creencia, de subjetividad. Estoy refiriéndome ahora a la creencia como idea, también denominada creencia reflexiva. Si nos atenemos a esta consideración, la pregunta que debemos hacernos entonces no es qué es la realidad, sino cuál es la realidad, y para responder hay que tener en cuenta el contexto sociocultural (Diez, 2017).

- Es una actitud mental que consiste en la aceptación de una experiencia, una idea o una teoría consideradas como verdaderas.
- Las creencias actúan simbólicamente de manera, consciente o inconsciente en el sujeto, a través de las representaciones culturales de las personas.
- No puede ser sometida a ningún tipo de verificación porque forma parte del saber empírico de la realidad.
- Las creencias provocan determinadas actitudes y estados fisiológicos en la persona que las tienen, que, a su vez, generan y son la base de muchos de nuestros comportamientos.
- Son resistentes al cambio.

2.2.1.9 Costumbres

Definición. Es la manera habitual de obrar de una persona establecida por la repetición de actos en la vida social. Se refiere al conjunto de prácticas y hábitos que se adquieren por la constancia y forma parte de su idiosincrasia e identidad familiar. La palabra costumbre deriva del latín *consuetudo*, que significa «tomar globalmente el hábito o la práctica de algo». Sonia Comboni Salinas (2006) señala que «el *habitus* es un sistema de disposiciones durables interiorizados por los individuos a partir de sus condiciones objetivas de existencia, y que funciona como principio (esquemas) inconsciente de acción, de percepción y de reflexión. Las disposiciones son actitudes, inclinaciones, para percibir, sentir, hacer y pensar, interiorizadas por los individuos desde sus condiciones objetivas de existencia, y funcionan como principios inconscientes de su acción, percepción y reflexión». Bourdieu describe el *habitus* como una estructura modificable debido a su conformación permanente en los cambios de las condiciones objetivas. Es decir, en las relaciones sociales, tenemos una cierta regularidad; son formas de identificación, pero también de diferenciación, puesto que en cada campo se van formando conglomerados sociales. De ahí que el papel del sociólogo también sea distinguir las actividades humanas en un nivel social, ya que el *habitus* sistematiza el conjunto de las prácticas de cada persona y cada grupo, y garantiza su coherencia al desarrollo social más que cualquier condicionamiento (Bourdieu, 1984).

2.2.1.9.a) Características de las costumbres

- Son formas de comportamiento compartidas por una sociedad.
- Aquello que por carácter o propensión se hace más comúnmente.

- Se transmiten de generación en generación de forma oral.
- Pueden existir de manera formal o informal, es decir institucionalizadas o libres.
- Es particular, cada grupo social tiene sus propias costumbres que forman parte de su idiosincrasia.
- Se diferencian entre las que tienen aprobación social como las «buenas costumbres» y aquellas consideradas «malas costumbres» que son relativamente comunes y están asociadas a los vicios.
- Surgen en forma espontánea.

2.2.2 La Comunicación

Definición. La comunicación es la puerta que nos permite el acceso al mundo de la cultura. El verbo comunicar proviene de la voz latina *communicare*, puesta o poner en comunes todo proceso en el que ocurre una transferencia de información. Es el intercambio de ideas, sentimientos, emociones entre un comunicador y un receptor (Gortari de Flores, Sergio y Orozco 1987).

En los años cuarenta del siglo XX surge una visión interdisciplinaria de la comunicación conocida como la Escuela de Palo Alto representada por Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Don Jackson, quienes plantearon una teoría general de la comunicación humana conocida como «modelo orquestal de la comunicación» que prioriza la participación, la comunión y la puesta en común. Para estos autores, la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas.

Las premisas de la Escuela de Palo Alto son:

- a) La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción.
- b) Todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo
- c) Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación entre el individuo portador del síntoma y sus allegados.

En este sentido, la comunicación es un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento, tales como la palabra, el gesto, la mirada y el espacio interindividual (Marta Rizo). Para estos autores, el objeto de la comunicación no estaría en las personas, sino en la relación e interacción. Así, entonces, «la comunicación en tanto que sistema no debe pues concebirse según el modelo elemental de la acción y la reacción, por muy complejo que sea su enunciado. En tanto que sistema, hay que comprenderla a nivel de un intercambio» (Birdwhistel, 1959: 104, citado por Rizo).

Recogiendo los planteamientos de la Escuela de Palo Alto, Alex Mucchieli (1998) señala que «una acción, una comunicación, es decir, una interacción, si se analiza por sí misma, carece de sentido». Por consiguiente, se debe tomar en cuenta el contexto para entender el sistema o escenario en el que se lleva a cabo. Mucchieli arguye: «hay que aprender a mirar todo el entorno de un fenómeno comunicativo para poder percibir el conjunto de autores implicados».

Por otro lado, Watzlawick plantea además una comunicación *hic et nunc* basada en la interacción en el presente, el aquí y el ahora, donde lo importante es el momento actual. Weakland, por su parte, realiza un planteamiento antropológico al centrarse en el qué y el cómo de la situación:

«La perspectiva interaccional es algo nuevo (...) examina los acontecimientos y los problemas en términos de comportamientos entre individuos de un sistema de relaciones sociales (...) Se dirige hacia «el qué» y «el cómo» de la situación en vez de (hacia el por qué o el quién) (...) Le interesa menos el origen y los fines últimos que la situación actual, así como el modo en el que se perpetua y se podrá modificar» (Weakland 1977:456), citado por Rizo.

2.2.2.1 Comunicación interpersonal

La comunicación interpersonal afectiva es orgánica y no mecánica, y genera nuevas maneras de conducta y nuevas posibilidades para el desarrollo de los participantes (Interiano 1999). Es el tipo de comunicación bidireccional en la cual se lleva a cabo un proceso de intercambio, de información, sentimientos, emociones, entre personas o grupos.

La comunicación interpersonal es la llave que abre los caminos de las relaciones humanas, de la convivencia entre los individuos, del progreso y desarrollo social, de la procreación de la familia y, por ende, de la conservación y multiplicación de la especie. Es el producto de la necesidad humana de intercambiar palabras²⁴ para realizar sus tareas cotidianas.

Se define como un «lenguaje de la relación», así como, un medio principal para expresar y comunicar emociones

²⁴ El lenguaje es la capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de la palabra. Asimismo, es un sistema de signos que utiliza una comunidad para comunicarse oralmente o por escrito. Identifica además al hombre desde la perspectiva cultural, para que se sienta parte sustancial del lugar que ocupa en el universo. Por lo tanto, el lenguaje es parte de nuestra identidad, que se ve reflejada en nuestra cultura, tradiciones, historias, raíces comunes, ideales, valores, costumbres, que nos diferencia de cualquier otro ser humano, lo que nos hace ser únicos e irrepetibles, y tener un sentido de nacionalidad y pertenencia (Martínez et al., 2021).

Para la variable comunicación interpersonal se tomarán en cuenta los planteamientos de Hellriegel y Slocum (2004). Para estos autores, la comunicación interpersonal es la transmisión y recepción de pensamientos, hechos, creencias, valores, actitudes y sentimientos, mediante uno o más medios de difusión que generan una respuesta.

2.2.2.1.a) Características de la comunicación interpersonal

Según Zayas (2011) son las siguientes:

- Interrelación entre fuente y receptor.
- Participantes activos.
- Intercambio directo o cara a cara.
- Intercambio verbal y no verbal.
- Diálogo entre dos o más sujetos.
- Retroalimentación.
- Es un espacio para contenidos subjetivos: opiniones, sentimientos, motivaciones deseos y objetivos (conocimientos, datos)
- Poco grado de reglamentación en las frecuencias, formas y contenidos de los mensajes.

2.2.2.1.b) Elementos de la comunicación interpersonal

De acuerdo con Hellriegel y Slocum (2004), para que haya una comunicación interpersonal correcta, los pensamientos, hechos, creencias, actitudes o sentimientos que el emisor intenta transmitir tienen que ser los mismos que el destinatario comprende e interpreta. En este proceso intervienen diversos elementos que interactúan entre sí para hacer efectiva la comunicación. Los elementos básicos de la comunicación interpersonal son los siguientes:

- a) **Emisor y destinatario.** Los intercambios entre personas son un elemento de la comunicación interpersonal. Por tanto, denominar a una persona como emisora y a otra como destinatario es arbitrario. Estos papeles se intercambian, según el lugar y el rol que cumplan las personas durante el proceso. Cuando el destinatario responde al emisor, el destinatario original se convierte en emisor y el emisor que inició la comunicación en destinatario.

- b) **Transmisores y receptores.** Los transmisores (usados por el emisor) y los receptores (usados por el destinatario) son los medios disponibles para enviar y recibir mensajes. Por lo general, participan uno o más de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato y gusto. La transmisión puede realizarse tanto en forma verbal como no verbal. Una vez que se inicia la transmisión, el proceso de comunicación queda fuera del control directo del emisor. No es posible revertir un mensaje transmitido.
- c) **Mensajes y canales.** Los mensajes incluyen los datos transmitidos y los símbolos codificados (verbales y no verbales) que otorgan significados particulares a los datos. El emisor confía en que los mensajes se interpreten tal como era su intención. Los canales son los medios por los cuales los mensajes viajan del emisor al destinatario. Ejemplos de canales serían el «aire», en las conversaciones cara a cara, el correo electrónico vía internet y el teléfono. Riqueza de los medios. La capacidad de un enfoque de comunicación para transmitir señales y proporcionar retroalimentación, recibe el nombre de riqueza del medio.
- d) **El diálogo.** Cara a cara es el medio más rico, brinda una retroalimentación inmediata, por lo que los destinatarios pueden verificar la corrección de su comprensión y solicitar aclaraciones si es necesario. También permite que el emisor y el destinatario, en forma simultánea, observen el lenguaje corporal, el tono de voz y la expresión facial. Estas observaciones agregan sentido a las palabras habladas. Por último, permite que emisor y destinatario identifiquen con rapidez los símbolos y recurran a un lenguaje que es natural y personal. Por estas características, la solución de problemas importantes y difíciles, en particular, los que conllevan incertidumbre y de contenido emocional, casi siempre requieren un diálogo cara a cara.
- e) **Significado y retroalimentación.** El mensaje del emisor se transmite mediante canales a los cinco sentidos del destinatario. Los mensajes recibidos pasan de su forma simbólica (por ejemplo, palabras habladas) a una forma con significado. El significado representa los pensamientos, sentimientos, creencias (valores) y actitudes de una persona. La codificación le da un significado personal a mensajes que se van a transmitir. El vocabulario y el conocimiento desempeñan un papel importante en la capacidad de codificación del emisor. La decodificación proporciona un significado de interpretación personal a los mensajes recibidos. Mediante un lenguaje común, las personas pueden decodificar muchos mensajes en tal forma que los

significados recibidos resulten razonablemente cercanos a los transmitidos. Con frecuencia la decodificación correcta de mensajes es un reto importante en las comunicaciones. La corrección de la comunicación interpersonal se debe evaluar en relación con el estado ideal, que ocurre cuando el significado que el emisor intenta transmitir y la interpretación del destinatario, son iguales. La respuesta del destinatario al mensaje es la retroalimentación. Le permite al emisor conocer si el mensaje se recibió como deseaba. La comunicación interpersonal se convierte en un proceso dinámico, en dos sentidos, mediante la retroalimentación, en lugar de ser sólo un hecho.

2.2.2.1.c) Los requisitos básicos para la comunicación interpersonal

Zagas Agüero habla de los requisitos básicos para una buena comunicación interpersonal. La transparencia, la autenticidad, la aceptación, la coherencia, la congruencia, la consonancia y la empatía son requisitos fundamentales para la comunicación y son aspectos esenciales de la comunicación interpersonal.

- **La transparencia:** requisito principal de la comunicación, es firme y honesta sin dobleces. Permite que no haya disociación entre el pensar, sentir y actuar. Las frases «Haz lo que yo digo y no lo que yo hago» y «haz lo hago y no lo que yo digo» no tienen cabida en la comunicación transparente.
- **La autenticidad:** transparencia que se manifiesta en el proceso comunicativo, una de sus características es la revelación de información. Cuando la comunicación es transparente y auténtica, la revelación no es usada en contra del otro individuo ya que permite un tono puramente confidencial por su profundidad e intimidad forjado en la confianza.
- **La coherencia:** Acción que existe en el cerebro para producir palabras hacia el otro interlocutor. La lógica permite el entendimiento de ambas partes para que exista un buen proceso comunicativo.
- **La congruencia:** Ser congruente produce coherencia individual. Relación razonable entre lo que se piensa y se dice, posibilita las relaciones transparentes.
- **La aceptación:** Tolerar puntos de vistas distintos, aceptación y respeto de las diferentes formas de pensar de los demás.
- **La consonancia:** La comunicación puede ser resonante y disonante. La comunicación resonante debe crear un entorno emocional positivo sacando lo mejor de las emociones, revirtiéndolas en los demás y recibiendo de estos. Varios estudios han determinado que emociones positivas tales como la

alegría, la cordialidad y el buen estado de ánimo se transmiten rápidamente y repercuten en la eficacia laboral.

2.2.3 Funciones en el acto de la comunicación humana

Según Hybels (1974) las funciones son las siguientes:

- **Referencial.** Define las relaciones entre el mensaje y el objeto al que hace referencia. Su problema fundamental reside en formular, a propósito del referente, una información verdadera, es decir objetiva, observable y verificable.
- **Emotiva.** Define las relaciones entre el mensaje y el emisor. En otras palabras, esta función enfatiza la actitud del emisor con respecto al referente.
- **Conativa o apelativa.** Define las relaciones entre el mensaje y el receptor. Esta función trata de provocar diferentes reacciones en el destinatario.
- **Poética o estética.** Es la que predomina en la obra de arte. En esta función el referente es la obra misma. En otras palabras, lo más importante es la forma en que los signos son distribuidos.
- **Fática.** Por medio de esta función, se afirma, mantiene o detiene la comunicación. En ella entran en juego los signos que sirve para que la comunicación continúe o se interrumpa.
- **Metalingüística.** Define el sentido de los signos que pueden no ser comprendidos por el destinatario.

2.2.4 Tipos de Comunicación

Según Carlos Interiano (1999) la comunicación puede ser:

- a) Cercana. Por ejemplo, cuando dos personas charlan una junto al otro.
- b) Distante. Por ejemplo, la que se establece por medio del celular o radio.
- c) Unidireccional. Cuando el destinatario no tiene posibilidad de intercambiar mensajes con el emisor, por ejemplo, una carta o un periódico.
- d) Bidireccional. Cuando entre emisor y destinatario puede existir un inmediato intercambio de mensajes.
- e) Interindividual. Cuando el alcance de los mensajes se reduce a un pequeño grupo de mensajes.

- f) De difusión masiva. - cuando el mensaje puede alcanzar a gran cantidad de individuos.

2. 2.5 Estilos de Comunicación

Pasiva

- Es evasiva, fingida, conformista, indiferente, negligente y apática.
- Expresa su deseo de evitar tener amigos.
- No enfrenta retos, no tiene estímulos para trabajar, ni metas, ni expectativas claras.
- Se siente culpable si promueve asuntos que necesitan ser resueltos.
- Tiene una mirada vacía, falta de contacto visual, cansado.

Agresiva

- Es brusca, imperativa, irrespetuosa, grosera, dominante, resentida, manipuladora.
- Necesita estar en el tope y disminuir al otro.
- Le falta seguridad en sí mismo y desconfía de otros.
- Hace a la otra persona sentirse resentida y sin méritos, sin confianza en sí misma.
- Su mirada es agresiva, voz dura, ceño fruncido, puños, posición desafiante y boca apretada.

Asertiva

- Habla en primera persona
- Es directo, claro, respetuoso, positivo, comprensivo y responsable.
- Reconoce al otro como una persona de valor, con derechos.
- Sabe escuchar
- El tono es suave, su mirada es directa, hace contacto visual.
- Sabe lo que quiere y lo expresa directamente sin herir.
- Sabe pedir.
- Se siente bien consigo mismo.

Sus amigos saben que cuentan con él, y puede expresar sus sentimientos positivos o negativos.

2.2.6 Importancia de la Comunicación

- La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales las personas se comunican entre sí. Es fundamental para garantizar las relaciones sociales y el acceso a la cultura de una sociedad.
- Nos ayuda a difundir el conocimiento y la información.
- Es un medio efectivo en la socialización entre personas.
- Nos permite conocer y comprender al ser humano en su diversidad cultural.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1 Definición de términos básicos:

- **Saberes ancestrales.** Son todos los conocimientos, prácticas y experiencias que poseen los pueblos y comunidades indígenas que fueron transmitidos de una generación a otra. Un rasgo característico es su relación con la naturaleza a través de ofrendas a la Pachamama o contactarse con el espíritu de los elementos de la naturaleza como: cerros, lagunas, plantas, piedras, entre otros.
- **Experiencias cotidianas.** Son todos los conocimientos, habilidades, prácticas, acontecimientos que tiene una persona a lo largo de su vida y se manifiesta en la interacción social.
- **Paradigmas.** Es un modelo o patrón para seguir, también es una teoría que sirve de modelo para resolver problemas.
- **Respuestas prácticas.** Son respuestas del ser humano a situaciones en concreto que le permite solucionar problemas.
- **Saberes tradicionales.** Conocimientos, prácticas que se transmiten de una generación a otra.
- **Hábitos de curación.** Son acciones que realiza el curandero en forma repetitiva para el tratamiento de la enfermedad. Por ejemplo, el curandero debe chaqchar antes de curar al enfermo para que la curación sea buena y pueda vencer a las fuerzas del mal que dañaron a su paciente.

- **Prácticas culturales.** Son todas las acciones o prácticas que desarrolla el individuo y se diferencia de sus representaciones culturales.
- **Firmeza.** Es una fuerza moral para hacer respetar lo que uno piensa, dice o quiere.
- **Honesta.** Es la persona que hace lo que piensa y dice habiendo congruencia entre ellas.
- **Revelación de información.** La persona da a conocer una información o mensaje a la otra persona.
- **Confianza.** Es tener fe, esperanza, seguridad en la otra persona o situación con la certeza que se llevara a cabo.
- **Frases de acuerdo con el interlocutor.** Es el conjunto de palabras con sentido que emite un individuo dentro de un dialogo.
- **Relación entre lo que se piensa y se dice.** Es el equilibrio que debe existir entre las ideas de la persona y lo que habla.
- **Tolerancia a puntos de vista.** Es el respeto a las opiniones, actitudes o ideas de la otra persona, aunque no coincidan con la propia.
- **Respeto entre personas.** Es la consideración de que algo o alguien es digno y debe ser tolerado.
- **Entorno emocional positivo: cordialidad, alegría y buen estado de ánimo.** Son todos aquellos espacios que producen bienestar, son fuente de felicidad y nos permiten solucionar problemas con facilidad.

2.4. BASES FILOSÓFICAS

La presente investigación ha tomado los aportes de la medicina hipocrática, basada en Hipócrates, el maestro de la Escuela de Cos. Los médicos hipocráticos tomaban en cuenta una serie de aspectos de forma holística para tener éxito con el paciente, como señala Hipócrates: «La medicina es también un arte y se apoya en tres conceptos: enfermedad, médico y enfermo. Él es el primero en diferenciar dos grandes orientaciones de la investigación médica: la curativa y la preventiva (..) Su actitud profesional se regirá por dos conceptos: el amor al hombre y el amor al arte» (Zaragoza 2000:344), citado por Galimberti (2017).

El objetivo de la medicina hipocrática no solo era tratar las enfermedades, sino fundamentalmente prevenirlas. Para ello realizaron el diagnóstico y pronóstico que tenían un sustento racional basado en la observación y en la experiencia, descartando todo tipo de adivinación. En el diagnóstico observaban los síntomas que llevan a la enfermedad para establecer un resultado concreto (hidropesía, disentería, ciática, epilepsia, tisis, entre otros); en la prognosis, a través del conocimiento del cuerpo humano y los signos, podía establecer conjeturas: «los que sanarán, los que vivirán, y los que morirán». Así diferenciaron entre un pronóstico retrospectivo donde la enfermedad se desarrolla en un tiempo anterior a la sintomatología, como la enfermedad sagrada (epilepsia), y el pronóstico actual a partir de los síntomas, indicándole al paciente cómo se le pondrá el órgano afectado (Galimberti, 2017: 48).

La autora Galimberti al realizar un análisis de los Tratados hipocráticos: Aires, Agua y Lugares señala que para Hipócrates «era imposible comprender la naturaleza del cuerpo sin comprender la naturaleza del todo». Hipócrates conocía perfectamente las leyes que rigen el funcionamiento de la naturaleza y de la sociedad y que influyen en la conducta del individuo. El medio geográfico, el clima, así como los hábitos sociales influyen en el proceso salud-enfermedad. Así, la medicina se basa en el conocimiento de las relaciones sujetas a leyes del organismo frente a las fuerzas sociales y naturales, y que influyen en la existencia física del hombre, en el estar sano o enfermo (Galimberti, 2017: 49).

Hipócrates vivió en un momento en el que la etnografía como disciplina moderna aún no existía, por lo que su enfoque era principalmente médico. Sin embargo, sus escritos contienen descripciones de diversas poblaciones y regiones que proporcionan valiosa información etnográfica y geográfica de la antigua Grecia. Relata la descripción física de los lugares y la influencia del medio ambiente en la conducta. Y nos dice que para ser un buen médico y tratar las enfermedades debe conocer la ubicación de una ciudad respecto a los vientos, y la salida del sol, las estaciones, los tipos de agua y el clima. Así como, el modo de vida, el carácter, las costumbres y condiciones de vida de sus pacientes para realizar un diagnóstico y pronóstico adecuados. De igual modo estudia la naturaleza humana, y la diferenciación de los hombres por sexo y edad (...). En el tratado se aprecia una visión racional, objetiva de la medicina basada primero en la observación y reflexión en torno a los síntomas cuyas causas producen enfermedades. Hipócrates propone una medicina técnica, científica, pero al mismo tiempo una medicina ecológica y social basada en las influencias del ambiente y en la conducta del individuo (Galimberti, 2017: 48-51).

Por otro lado, Joana Zaragoza, resalta en un escrito sobre algunos aspectos mágicos de la terapéutica hipocrática, publicada por la Universidad Rovira i Virgili, que la vida social del paciente es un tema a tener en cuenta para diagnosticar correctamente. La relación sexual forma parte de la terapéutica y por tanto del régimen de vida: para favorecer el restablecimiento de la enfermedad que provienen de la flema, la disentería, el constipado etc. (Zaragoza, 1985: 55-59). En este sentido, Hipócrates había prescrito a las mujeres que padecían de locura y se tiraban a los pozos, tener coito, casarse o conseguir una pareja para evitar volverse locas. Pero Zaragoza, señala que el régimen de vida no solo es una terapéutica aplicable a las enfermedades, los griegos entienden que no solo cura, sino que conserva la salud, por lo cual la persona sana debe practicarla también.

2.5. BASES EPISTEMOLÓGICAS

El aporte de la antropología como un sistema de conocimientos se basa en el estudio de las culturas y de la diversidad cultural. Para el caso del presente estudio se tuvieron en cuenta los factores socioculturales que afectan la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana.

2.6. BASES ANTROPOLÓGICAS

La antropología médica reconoce las enfermedades de tipo «tradicional» o de filiación cultural, llamadas también síndromes culturales. Son enfermedades basadas en las creencias de las personas. Poseen una causalidad y una cura, relacional-humana, esto significa, la interacción entre curandero y paciente, para tratar enfermedades culturales como el caso del mal de ojo, la brujería, o susto. Este tipo de padecimientos están relacionados con procesos y factores culturales y están ligados al análisis de los factores de tipo sociopolíticos e ideológicos de la comunidad local.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis General

La cultura ancestral compartida influye directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

3.1.2 Hipótesis Específicas

Los conocimientos populares de la cultura ancestral influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Las creencias compartidas de la cultura ancestral influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Las costumbres aprendidas de la cultura ancestral influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.2.1 Variables e Indicadores

Variable Independiente:

VI: La cultura compartida

Indicadores:

- Conocimientos Populares
- Creencias
- Costumbres

Variable Dependiente:

VD: Comunicación Interpersonal

Indicadores:

- Transparencia
- Autenticidad
- Coherente
- Aceptación
- Consonancia

3.2.2 Matriz de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CULTURA COMPARTIDA	CONOCIMIENTOS POPULARES	• Saberes ancestrales • Experiencias cotidianas • Paradigmas • Respuestas prácticas • Saberes tradicionales
	CREENCIAS	• Representaciones mentales. • Conceptos generales
	COSTUMBRES	• Hábitos de curación • Prácticas culturales
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	TRANSPARENCIA	• Firmeza • Honesta • Piensa siente y actúa
	AUTENTICIDAD	• Revelación de información • Confianza

	COHERENTE	• Frases de acuerdo con el interlocutor • Relación entre lo que se piensa y se dice
	ACEPTACION	• Tolerancia a puntos de vista • Respeto entre personas
	CONSONANCIA	• Entorno emocional positivo: cordialidad, alegría y buen estado de ánimo.

3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- **Cultura.** Es un sistema de patrones culturales que incluyen estilos de vida integrados por formas de pensar y actuar. La cultura incluye un conjunto de conocimientos, creencias, prácticas, saberes, costumbres y todo el cuerpo ideológico que conforma la superestructura de una sociedad.
- **Conocimientos populares.** Es un conjunto de experiencias, prácticas y saberes que se transmiten de una generación a otra, donde se rescata la sabiduría ancestral que se mantiene por la continuidad de estas prácticas.
- **Creencias.** Es la confianza, la fe en algo, que le permitirá a una persona alcanzar un objetivo aceptando algo como verdadero. Es parte del mundo local y se transmite de generación en generación.
- **Costumbres.** Es un conjunto de acciones que se realizan de manera repetitiva en forma de hábitos. Están relacionados con el sentir, hacer y pensar.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio se realizó en la Región Huánuco, Perú, constituida por once provincias: Huánuco (la capital), Puerto Inca, Leoncio Prado, Marañón, Huamalíes, Pachitea, Lauricocha, Huacaybamba, Ambo, Dos de mayo y Yarowilca.

4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde al tipo de investigación aplicada, para investigar la realidad del paciente que acude al curandero para tratar su enfermedad. Así mismo, de acuerdo con Hernández Sampieri (2014) la investigación aplicada es aquella que busca la generación de conocimiento para plantear alternativas o propuestas al problema objeto de estudio.

De acuerdo con Hernández Sampieri (2014), la investigación explicativa es aquella que va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos. Es decir, la investigación está dirigido a responder por las causas de los eventos o fenómenos sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en que pretende explicar porque ocurre un fenómeno o en qué condiciones se manifiesta, o por qué dos o más variables se relacionan. La presente investigación es del nivel descriptivo- explicativo, dado que se describirá la variable independiente (cultura), para luego describir la variable dependiente (comunicación) y a la vez se determinará la influencia que tiene la variable cultura en la variable comunicación entre el curandero y el paciente en la medicina tradicional de la región Huánuco.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Descripción de la población

La población del estudio estuvo conformada por cinco curanderos, quienes han aceptado colaborar de una manera incondicional, y 90 pacientes procedentes de la Región Huánuco que recurren a la medicina tradicional para el tratamiento de sus enfermedades.

4.3.2 Muestra

La muestra estuvo definida por cinco curanderos y 90 pacientes, teniendo en cuenta que cada curandero aportó con la relación de 18 pacientes para ser encuestados. La muestra de pacientes estará precisada por juicio de expertos.

4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes que recurren a la medicina tradicional.
- Residencia en la Región Huánuco.
- Edad entre 23 y 70 años.
- Consentimiento informado, (el paciente que esté dispuesto a colaborar con la encuesta).
- Pacientes que se expresen verbalmente y se encuentren lucidos en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión:

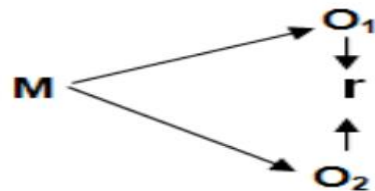
- Pacientes que recurren a la medicina basada en la evidencia.
- Diagnóstico de enfermedades mentales.

- Pacientes que no residen en la Región Huánuco.

4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para determinar el diseño de la presente investigación, se tuvo que recurrir a la siguiente definición citada por Sampieri (2014): «El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema». En este caso, corresponde al diseño **No Experimental de tipo transeccional, descriptivo Correlacional**, porque no hubo grupo de control, ni la variable independiente sufrió manipulación alguna. Es transeccional porque se recopiló la información en un solo momento al conjunto de los encuestados y descriptivo correlacional porque el instrumento nos permitió entender las características de las variables y el nivel de relación entre ellas.

El diseño seleccionado para la presente investigación es:



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V.1.

O₂ = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

Dónde:

O1: la variable independiente (Cultura)

O2: la variable dependiente (Comunicación Interpersonal)

Se combinará el uso de los métodos deductivo e inductivo con la finalidad de generalizar y particularizar las informaciones sobre los indicadores de la cultura y la comunicación interpersonal.

No experimental. Porque el investigador solo observa los fenómenos tal y como ocurren en la sociedad. Es decir, los estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y solo se observan las variables en su ambiente natural.

Transeccional: Porque se aplicará la encuesta en un solo momento a los pacientes dado que vienen a ser el objeto de estudio con sus respectivos cuestionarios.

4.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación en referencia pretende establecer el efecto de la variable independiente (Cultura) sobre la variable dependiente (Comunicación interpersonal). Por ellos se utilizaron los siguientes métodos:

Método Descriptivo. Este método nos ha permitido describir los componentes de la cultura y su relación con la comunicación interpersonal.

Método Analítico. El método analítico se utilizó durante la ejecución del proceso de investigación, con la finalidad de realizar la separación de los componentes de la cultura, así como la comunicación interpersonal.

Método Sintético. Este método nos permitió estudiar en forma holística la sinérgica de la influencia de la cultura en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana.

Método Explicativo. Este método se utilizó para explicar de qué manera la cultura compartida viene modificado la comunicación interpersonal.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta, la entrevista y la observación participante, esta última es una técnica utilizada por la antropología que permite al investigador participar activamente en las actividades y rituales de sanación de los curanderos, de tal manera que la información se obtenga de primera mano y desde dentro del escenario. La otra técnica es la entrevista etnográfica, que nos permite conocer el punto de vista del actor social, teniendo en cuenta el contexto natural y sociocultural. La observación participante implica vivir, experimentar tal como lo hacen los informantes, involucrarse en las actividades realizadas por el grupo social. En este sentido la investigadora de la presente tesis ha participado en rituales de curación y también ha sido curada²⁵ por curanderos, con métodos de curación tradicionales.

Para realizar la observación participante, es importante que el antropólogo tenga que coordinar, consensuar y negociar con el informante y así poder tener acceso a la comunidad, ser aceptado y que se le permita investigar. El modo más exitoso es establecer relaciones de confianza con el otro para, de ese modo, obtener información, explicar los significados de la observación, buscando siempre las causas para explicar los efectos. El otro aspecto fundamental es tener empatía con el informante, para intentar aproximarse al otro.

4.6.2 Instrumentos

Para diagnosticar y analizar la variable independiente: Cultura y la variable dependiente: Comunicación interpersonal, se utilizó el cuestionario para los pacientes, teniendo en cuenta los

²⁵ La investigadora fue curada varias veces por curanderas, mediante el tratamiento del «Shoqpi» o «juveo», que consiste en mudar la enfermedad del paciente a un cuerpo apto receptor, en este caso, un cuy (en España, se le conoce con el nombre de cobayo). El cuy es pasado por el cuerpo del paciente, desde la cabeza hasta los pies, por delante y por detrás. Luego es sacrificado para identificar qué órgano del animal está dañado. Finalmente, se procede a limpiar dicho órgano con remedios, las curanderas le llaman «operar». El paciente, después de la curación, tiene que cumplir una prescripción por encargo de la curandera, como no bañarse, no tocar agua por un día, vestirse la ropa interior al revés y no exponerse al viento.

indicadores y dimensiones de las variables, y así se formularon las preguntas que formaron parte del cuestionario con una escala valorativa de Likert. El cuestionario que constó de 42 ítems a los que los pacientes tuvieron que responder con la escala valorativa del 1 al 5 (1=, totalmente en desacuerdo 2=en desacuerdo, 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=de acuerdo, 5=totalmente de acuerdo).

En el caso de los curanderos, se utilizó la entrevista cuyo instrumento fue la guía de entrevista.

4.7. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos han sido validados por cuatro expertos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Perú, cuyo puntaje fue de 100 puntos. Como sigue a continuación:

Nº	EXPERTO	EXPECIALIDAD	INSTITUCION DONDE LABORA
1	Dra. Sara Nélica Rivero Lazo	Docente	Facultad de Administración
2	Dra. Ana María Matos Ramírez	Docente	Facultad de Ingeniería Civil
3	Dr. Clayton Alvarado C	Docente	Facultad de Economía
4	Dr. Werner Pinchi Ramírez	Docente	Facultad de Economía

4.8. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos recolectados fueron procesados a través del *software* SPSS versión 20.

Se utilizó la estadística descriptiva en sus siguientes técnicas:

- Tabla de distribución de frecuencia.
- Gráficas estadísticas
- Promedios.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Durante el desarrollo de la investigación se tomaron en cuenta los principios éticos estipulados en la declaración de Helsinki-Seúl (2008), la Declaración de Bioética y Declaratoria de los Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Teniendo en cuenta los siguientes principios:

a) **Autonomía**

Protección de la confidencialidad. El trabajo de investigación respeta este principio, en el sentido del derecho del informante a la privacidad de sus datos y por lo tanto a preservar su autonomía.

b) **Beneficios**

Se prevé un beneficio indirecto por la participación de los informantes en el presente estudio en el sentido de que existe un retorno a la comunidad, dado que el presente estudio difunde los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional peruana. Debería ser tomado en cuenta por el Estado peruano a la hora de elaborar las políticas públicas de salud que tengan en cuenta la cultura de sus habitantes.

c) **Sin perjuicios**

Se respetó este principio, ya que en ninguna circunstancia se buscó dañar a los participantes. La intención del estudio fue obtener información con fines de investigación científica.

d) **Justicia**

Todos los participantes del estudio fueron tratados respetando sus derechos y sin discriminación, por distinción de raza, religión, condición social o cualquier otra índole.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. CONOCIMIENTOS POPULARES

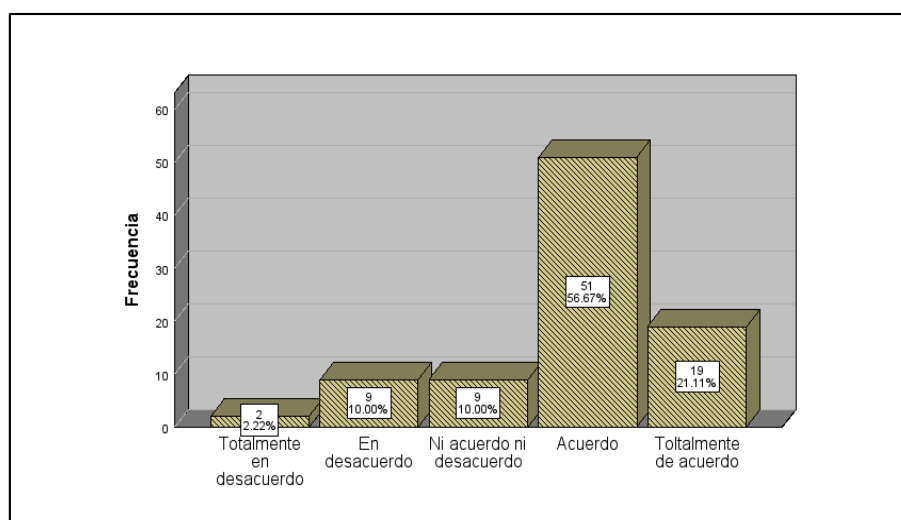
TABLA 1

Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	9	10.0	10.0	12.2	.0	3.2	4.4	16.7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	9	10.0	10.0	22.2	-.3	3.3	4.4	16.7
	Acuerdo	51	56.7	56.7	78.9	.0	5.2	45.6	66.7
	Totalmente de acuerdo	19	21.1	21.1	100.0	.1	4.3	13.3	30.0
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 1

Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 9 señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 9 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 51 pacientes estuvieron de acuerdo con la afirmación. Y 19 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los datos indican que la mayoría de los encuestados (77,78%) tienen una percepción positiva respecto a la afirmación evaluada, ya que el 56,67% están de acuerdo y el 21,11% totalmente de acuerdo. En contraste, solo un 12,22% de los encuestados expresaron desacuerdo o total desacuerdo. Por otro lado, el 10% se posicionaron de manera neutral, indicando, ni acuerdo ni desacuerdo. Estos resultados reflejan una tendencia general favorable hacia la afirmación evaluada, con una minoría de respuestas negativas y un porcentaje reducido de neutralidad.

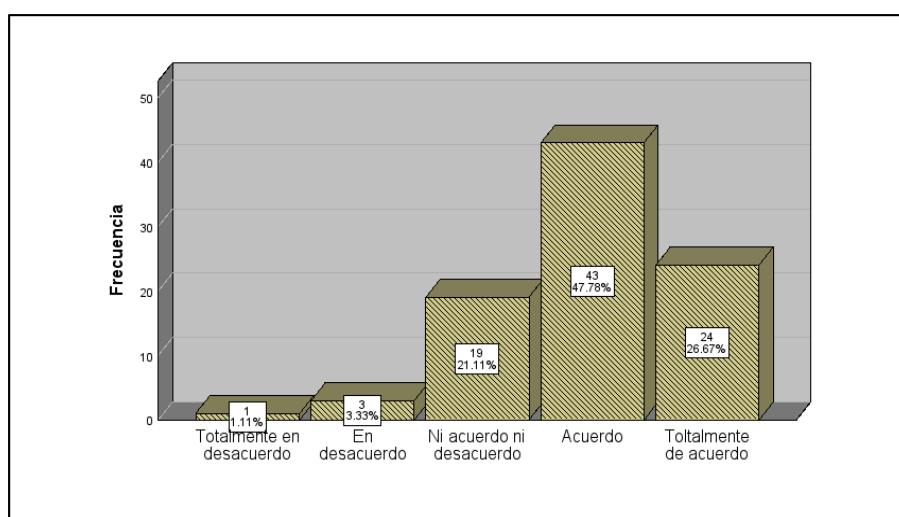
TABLA 2

Los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	1.1	1.1	1.1	.0	1.1	.0	3.3
	En desacuerdo	3	3.3	3.3	4.4	.0	1.9	.0	7.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	19	21.1	21.1	25.6	-.2	4.2	13.3	30.0
	Acuerdo	43	47.8	47.8	73.3	.0	5.4	36.7	57.8
	Totalmente de acuerdo	24	26.7	26.7	100.0	.2	4.7	17.8	36.7
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 2

Los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 1 paciente manifiesta estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 3 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 19 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 43 pacientes están de acuerdo. Y 24 pacientes señalan estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados muestran que una mayoría significativa de los encuestados (74,45%) tiene una percepción positiva respecto a la afirmación evaluada, con el 47,78% en acuerdo y el 26,67% totalmente de acuerdo. En contraste, solo un pequeño porcentaje (4,44%) expresó desacuerdo o total desacuerdo. Además, un 21,11% de los participantes adoptaron una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos sugieren una aceptación predominante de la afirmación, con una minoría que muestra una postura negativa y una proporción moderada de neutralidad.

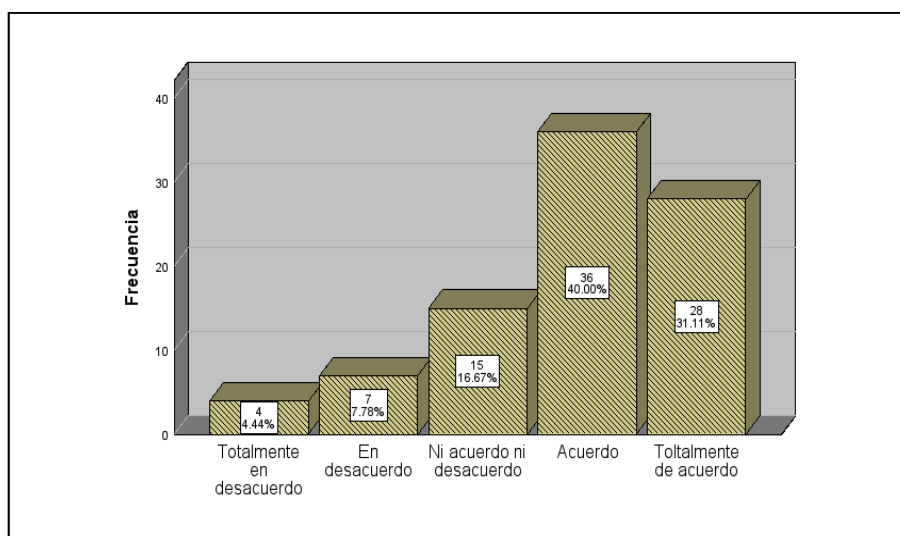
TABLA 3

Las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	12.2	.0	2.8	3.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16.7	16.7	28.9	-.3	3.9	8.9	24.4
	Acuerdo	36	40.0	40.0	68.9	.1	5.2	28.9	50.0
	Totalmente de acuerdo	28	31.1	31.1	100.0	.1	4.9	22.2	41.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 3

Las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 15 pacientes mencionaron que ni de acuerdo ni desacuerdo. 36 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 28 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados reflejan que la mayoría de los encuestados (71,11%) tiene una percepción positiva respecto a la afirmación evaluada, con el 40% en acuerdo y el 31,11% totalmente de acuerdo. En contraste, solo el 12,22% de los participantes expresaron desacuerdo o total desacuerdo. Un 16,67% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos destacan una tendencia mayoritaria hacia la aceptación de la afirmación, aunque existe una pequeña proporción de respuestas negativas y un grupo moderado de participantes neutrales.

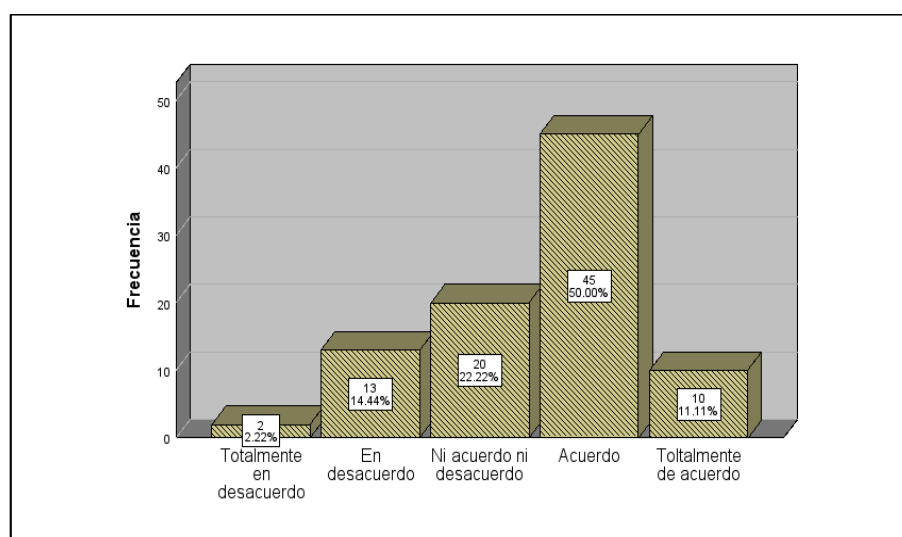
TABLA 4

Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	13	14.4	14.4	16.7	-.1	3.7	7.8	22.2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	20	22.2	22.2	38.9	-.2	4.4	13.3	31.1
	Acuerdo	45	50.0	50.0	88.9	.0	5.3	40.0	60.0
	Totalmente de acuerdo	10	11.1	11.1	100.0	.1	3.2	5.6	17.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 4

Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 13 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 20 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 45 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 10 pacientes señalan estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados (61,11%) tienen una percepción positiva respecto a la afirmación evaluada, con un 50% que están de acuerdo y un 11,11% totalmente de acuerdo. En contraste, un 16,66% expresó desacuerdo o total desacuerdo. Además, un 22,22% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos sugieren una tendencia favorable hacia la afirmación, aunque con una proporción significativa de respuestas neutras y una minoría que se posiciona en desacuerdo.

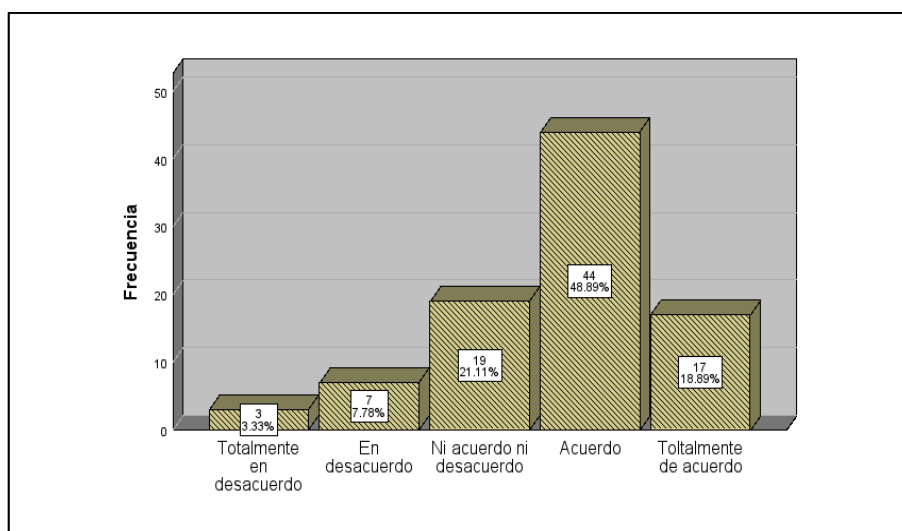
TABLA 5

Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero con mi enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	11.1	.0	2.8	3.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	19	21.1	21.1	32.2	-.2	4.3	13.3	30.0
	Acuerdo	44	48.9	48.9	81.1	-.1	5.3	37.8	58.9
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 5

Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero con mi enfermedad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 3 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 19 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 44 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados reflejan que la mayoría de los encuestados (67,78%) tienen una percepción positiva respecto a la afirmación evaluada, con el 48,89% en acuerdo y el 18,89% totalmente de acuerdo. En contraste, un 11,11% expresó desacuerdo o total desacuerdo. Por otro lado, un 21,11% de los participantes adoptaron una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos evidencian una tendencia general favorable hacia la afirmación, con una proporción minoritaria de respuestas negativas y una cantidad moderada de encuestados que permanecen neutrales.

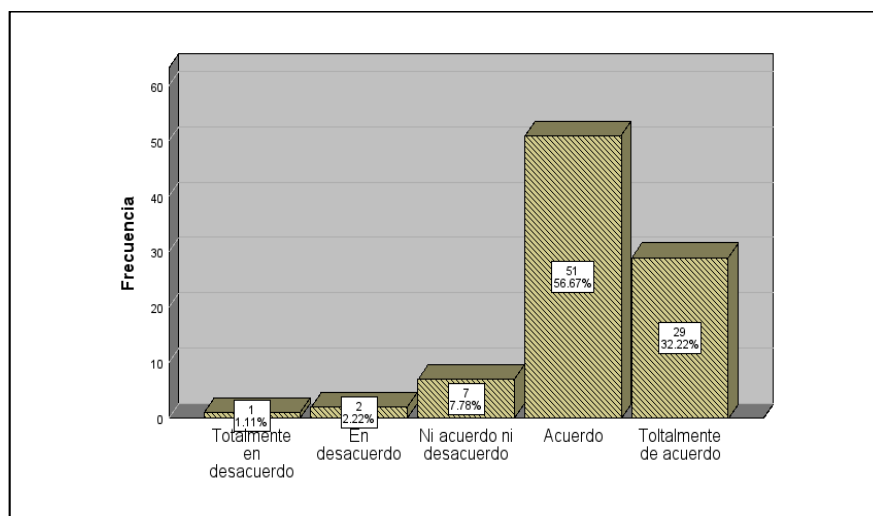
TABLA 6

Respeto los saberes tradicionales del curandero

		Simulación de muestreo para Porcentaje ^a							
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	1.1	1.1	1.1	.0	1.1	.0	3.3
	En desacuerdo	2	2.2	2.2	3.3	.0	1.6	.0	5.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	7	7.8	7.8	11.1	.1	2.9	3.3	13.3
	Acuerdo	51	56.7	56.7	67.8	-.1	5.3	45.6	66.7
	Totalmente de acuerdo	29	32.2	32.2	100.0	.0	5.0	23.3	42.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 6

Respeto los saberes tradicionales del curandero



Resultados: Del total de 90 encuestados, 1 paciente manifestó estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 2 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 7 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 51 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 29 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados indican una fuerte tendencia positiva hacia la afirmación evaluada, ya que el 88,89% de los encuestados manifestó estar de acuerdo (56,67%) o totalmente de acuerdo (32,22%). En contraste, solo un 3,33% expresó desacuerdo o total desacuerdo. Además, un 7,78% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto refleja un consenso mayoritario entre los encuestados a favor de la afirmación, con una muy baja proporción de respuestas negativas o neutrales.

5.2. CREENCIAS

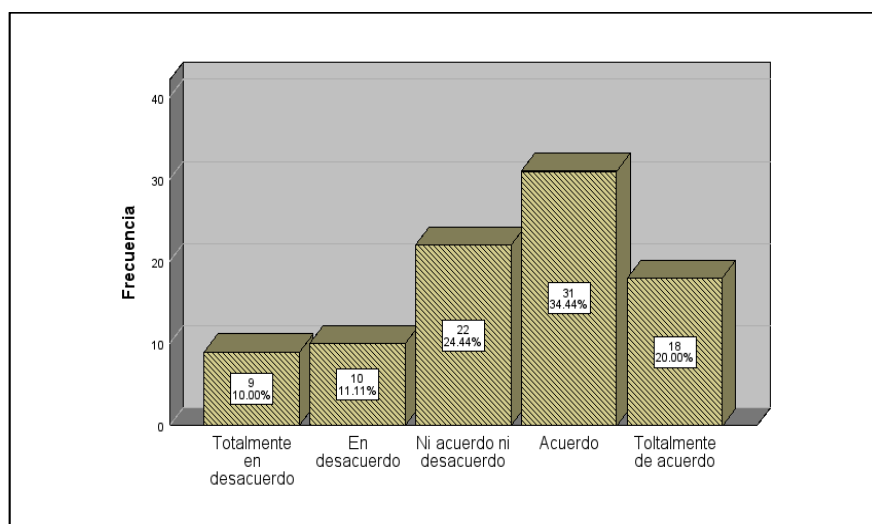
TABLA 7

Estoy enfermo porque me hicieron daño

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	9	10.0	10.0	10.0	.1	3.1	4.4	16.7
	En desacuerdo	10	11.1	11.1	21.1	-.3	3.2	4.4	17.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	22	24.4	24.4	45.6	.0	4.5	15.6	33.3
	Acuerdo	31	34.4	34.4	80.0	.0	5.0	24.4	44.4
	Toltalmente de acuerdo	18	20.0	20.0	100.0	.1	4.2	12.2	28.9
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 7

Estoy enfermo porque me hicieron daño



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 9 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 10 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 22 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 31 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 18 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. Los resultados reflejan una diversidad de opiniones entre los encuestados, con una mayoría (54,44%) que tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, sumando un 34,44% que está de acuerdo y un 20,00% que está totalmente de acuerdo. Sin embargo, un 21,11% expresó desacuerdo (11,11%) o total desacuerdo (10,00%), lo que indica una proporción considerable de respuestas negativas. Además, un 24,44% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto sugiere que, aunque existe una tendencia general favorable, también hay una parte significativa de encuestados con opiniones contrarias o neutrales.

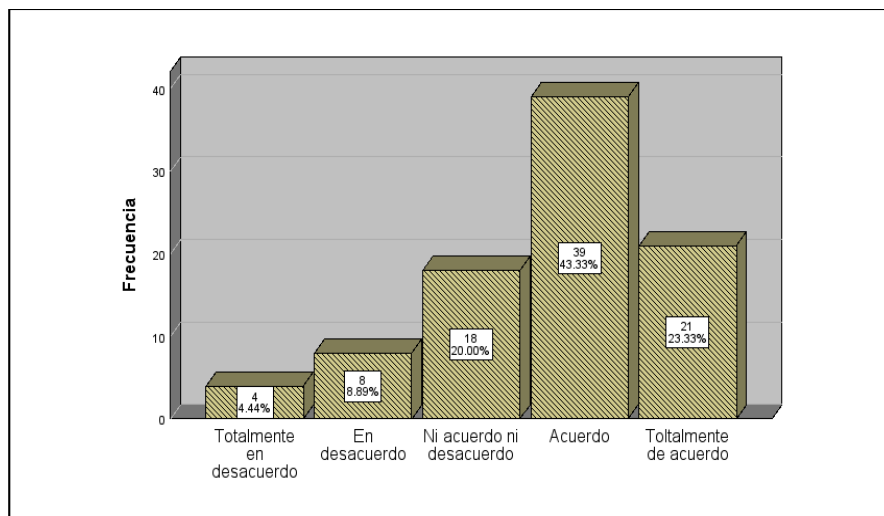
TABLA 8

El mal que me hicieron será curado por el curandero

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	8	8.9	8.9	13.3	.0	3.0	3.3	15.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	18	20.0	20.0	33.3	-.2	4.3	12.2	28.9
	Acuerdo	39	43.3	43.3	76.7	.0	5.3	32.2	53.3
	Totalmente de acuerdo	21	23.3	23.3	100.0	.2	4.5	14.4	32.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 8

El mal que me hicieron será curado por el curandero



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 8 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 18 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 39 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 21 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran que una mayoría significativa de los encuestados (66,66%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 43,33% que está de acuerdo y un 23,33% totalmente de acuerdo. Por otro lado, un 13,33% expresó desacuerdo (8,89%) o total desacuerdo (4,44%), lo que representa una minoría. Además, un 20,00% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto sugiere una tendencia general favorable hacia la afirmación, con una proporción moderada de opiniones neutras y una minoría de respuestas negativas.

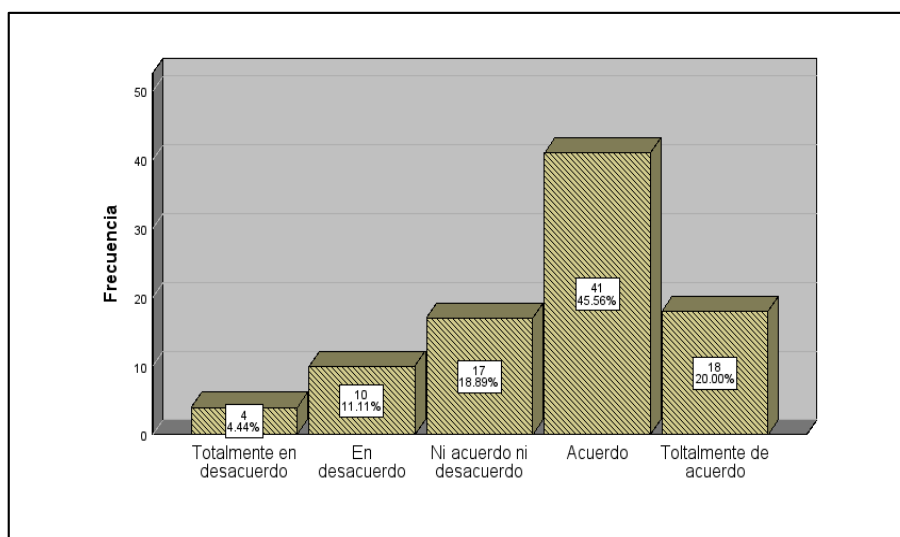
TABLA 9

El espíritu del cerro ayudará a la curandera a vencer las fuerzas del mal

		Simulación de muestreo para Porcentaje ^a						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%
								Inferior Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1 8.9
	En desacuerdo	10	11.1	11.1	15.6	-.1	3.3	5.6 17.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	17	18.9	18.9	34.4	-.2	4.2	11.1 26.7
	Acuerdo	41	45.6	45.6	80.0	.1	5.3	34.4 55.6
	Totalmente de acuerdo	18	20.0	20.0	100.0	.1	4.2	12.2 28.9
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0 100.0

CUADRO 9

El espíritu del cerro ayudará a la curandera a vencer las fuerzas del mal



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 10 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 17 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 41 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 18 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados (65,56%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 45,56% que está de acuerdo y un 20,00% totalmente de acuerdo. En contraste, un 15,55% expresó desacuerdo (11,11%) o total desacuerdo (4,44%). Además, un 18,89% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto sugiere una tendencia mayoritariamente favorable hacia la afirmación, aunque con una proporción relevante de respuestas neutras y una minoría con opiniones negativas.

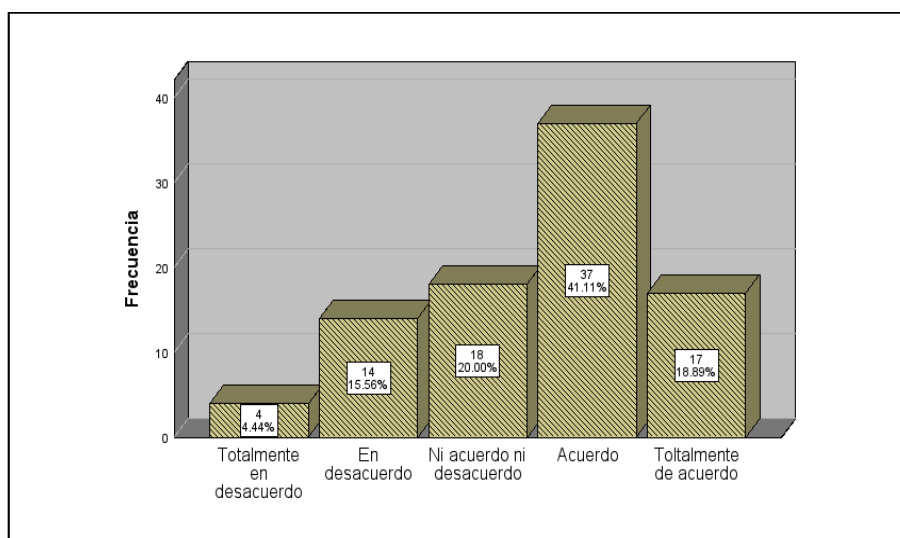
TABLA 10

La chaqcha de coca garantizará mi curación

		Simulación de muestreo para Porcentaje ^a							
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	14	15.6	15.6	20.0	-.2	3.7	8.9	23.3
	Ni acuerdo ni desacuerdo	18	20.0	20.0	40.0	.0	4.2	12.2	28.9
	Acuerdo	37	41.1	41.1	81.1	.0	5.2	31.1	51.1
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 10

La chaqcha de coca garantizará mi curación



Fuente: Elaboración propia

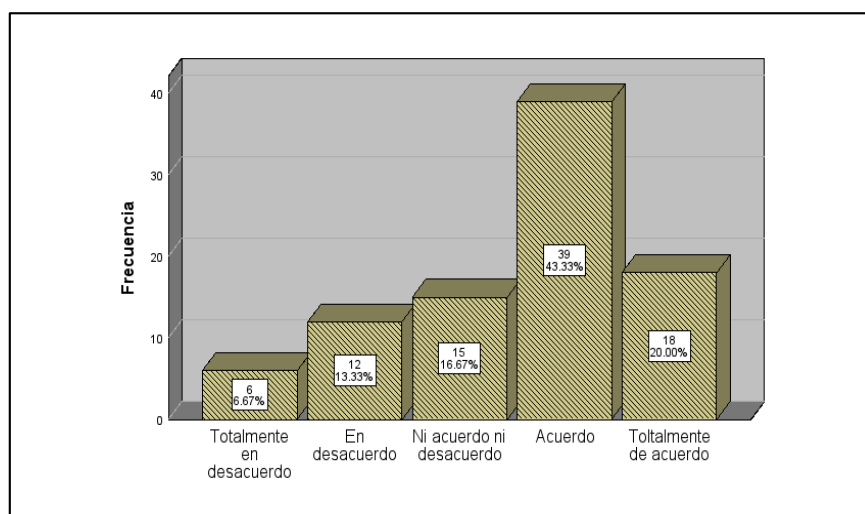
Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 14 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 18 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 37 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran que una mayoría relativa de los encuestados (60,00%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 41,11% que está de acuerdo y un 18,89% totalmente de acuerdo. Sin embargo, un 20,00% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Por otro lado, un 20,00% expresó desacuerdo (15,56%) o total desacuerdo (4,44%). Esto refleja una tendencia mayoritaria hacia una opinión favorable, aunque con una proporción notable de respuestas neutras y una quinta parte de los encuestados con percepciones negativas.

TABLA 11
El color del cigarro indicará si mejora o empeora mi salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	6.7	6.7	6.7	.1	2.5	2.2	12.2
	En desacuerdo	12	13.3	13.3	20.0	-.3	3.5	6.7	20.0
	Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16.7	16.7	36.7	.0	4.0	8.9	24.4
	Acuerdo	39	43.3	43.3	80.0	.0	5.3	32.2	53.3
	Totalmente de acuerdo	18	20.0	20.0	100.0	.1	4.2	12.2	28.9
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 11
El color del cigarro indicará si mejora o empeora mi salud



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 6 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 12 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 15 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 39 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 18 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan que una mayoría de los encuestados (63,33%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 43,33% que está de acuerdo y un 20,00% totalmente de acuerdo. Sin embargo, un 20,00% expresó desacuerdo (13,33%) o total desacuerdo (6,67%). Además, un 16,67% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto evidencia una tendencia mayoritariamente favorable, aunque con una proporción significativa de respuestas neutrales y una minoría que expresó opiniones negativas.

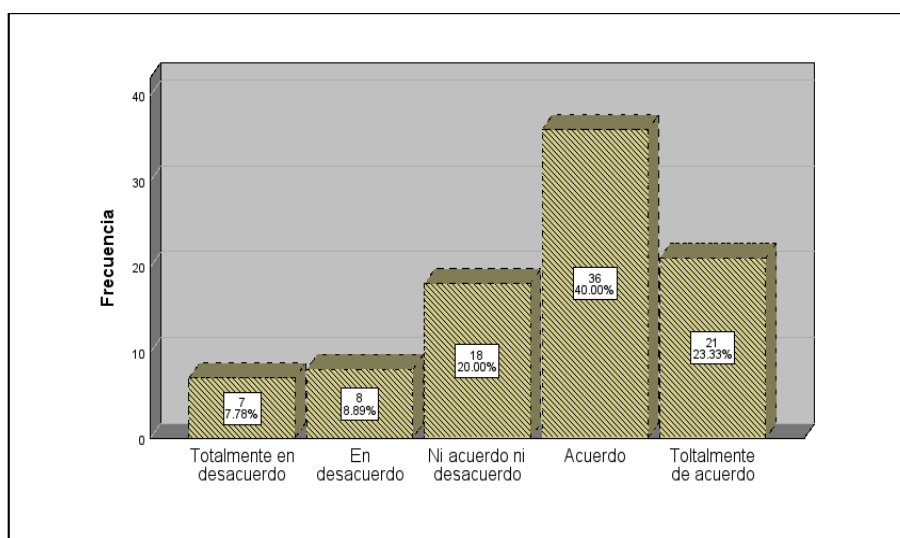
TABLA 12

Las ofensas hechas al Hirca me ayudarán para sanarme rápidamente

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	7.8	7.8	7.8	.1	2.8	3.3	13.3
	En desacuerdo	8	8.9	8.9	16.7	-.1	3.0	3.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	18	20.0	20.0	36.7	-.1	4.3	12.2	28.9
	Acuerdo	36	40.0	40.0	76.7	.0	5.2	30.0	50.0
	Toltalmente de acuerdo	21	23.3	23.3	100.0	.2	4.5	14.4	32.2
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 12

Las ofensas hechas al Hirca me ayudarán para sanarme rápidamente



Fuente: Elaboración propia.

Resultados: Del total de 90 encuestados, 7 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 8 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 18 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 36 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 21 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan que una mayoría de los encuestados (63,33%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 40,00% que está de acuerdo y un 23,33% que está totalmente de acuerdo. Por otro lado, un 16,67% expresó desacuerdo (8,89%) o total desacuerdo (7,78%), mientras que un 20,00% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos sugieren una tendencia favorable hacia la afirmación, aunque una proporción relevante de encuestados tiene opiniones neutrales o negativas.

5.3. COSTUMBRES

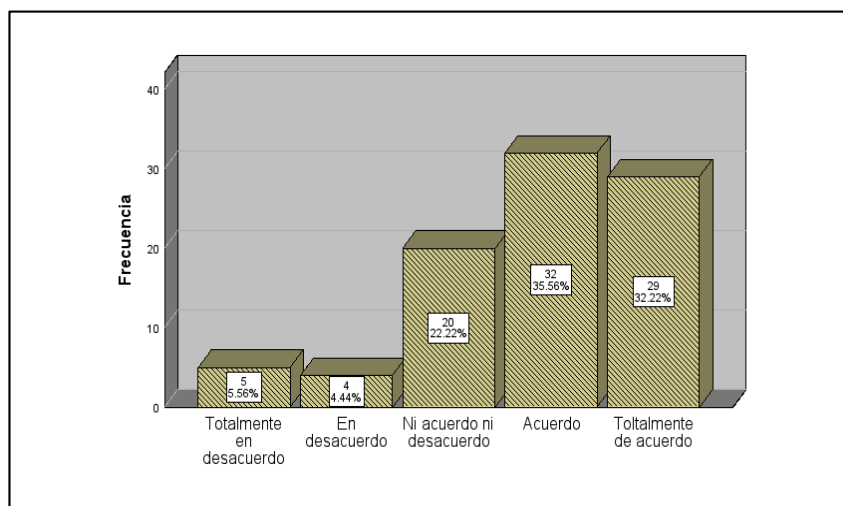
TABLA 13

La pasada de huevo me sacará el dolor y las malas energías

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
							Inferior	Superior	
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	5.6	5.6	5.6	.1	2.3	2.2	11.1
	En desacuerdo	4	4.4	4.4	10.0	.0	2.2	1.1	8.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	20	22.2	22.2	32.2	-.2	4.4	13.3	31.1
	Acuerdo	32	35.6	35.6	67.8	.0	5.1	24.4	45.6
	Totalmente de acuerdo	29	32.2	32.2	100.0	.1	4.9	23.3	42.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 13

La pasada de huevo me sacará el dolor y las malas energías



Fuente: Elaboración propia

Resultados: Del total de 90 encuestados, 5 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 4 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 20 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 32 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 29 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una tendencia mayoritaria positiva hacia la afirmación evaluada, ya que el 67,78% de los encuestados tiene una percepción favorable, con un 35,56% que está de acuerdo y un 32,22% totalmente de acuerdo. En contraste, un 10,00% expresó desacuerdo (4,44%) o total desacuerdo (5,56%). Por otro lado, un 22,22% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Esto evidencia una opinión predominantemente favorable hacia la afirmación, aunque con una proporción significativa de respuestas neutrales y una minoría de opiniones negativas.

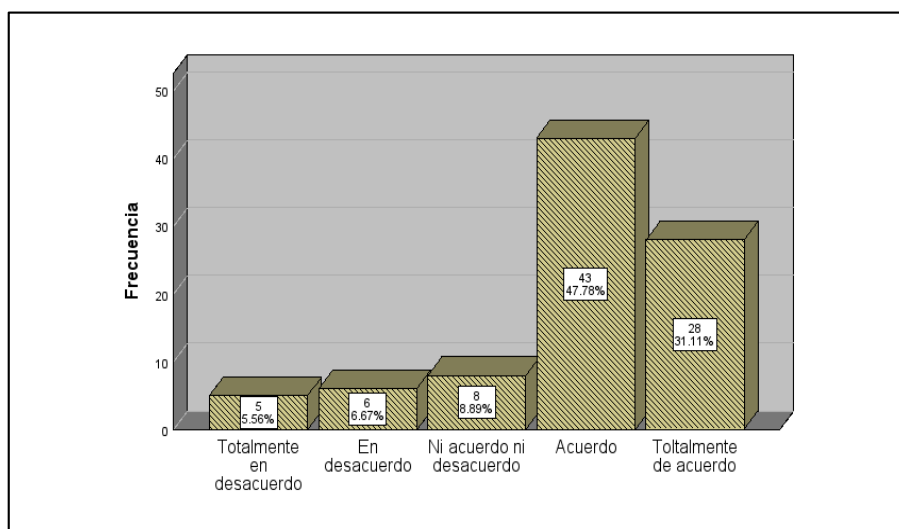
TABLA 14

La pasada de cuy (shoqpi) me limpiará de los males que tengo

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	5.6	5.6	5.6	.1	2.3	2.2	11.1
	En desacuerdo	6	6.7	6.7	12.2	.0	2.7	2.2	12.2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	8	8.9	8.9	21.1	-.3	3.0	3.3	15.6
	Acuerdo	43	47.8	47.8	68.9	.1	5.3	35.6	57.8
	Totalmente de acuerdo	28	31.1	31.1	100.0	.1	4.9	22.2	41.1
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 14

La pasada de cuy (shoqpi) me limpiará de los males que tengo



Fuente: *Elaboración propia.*

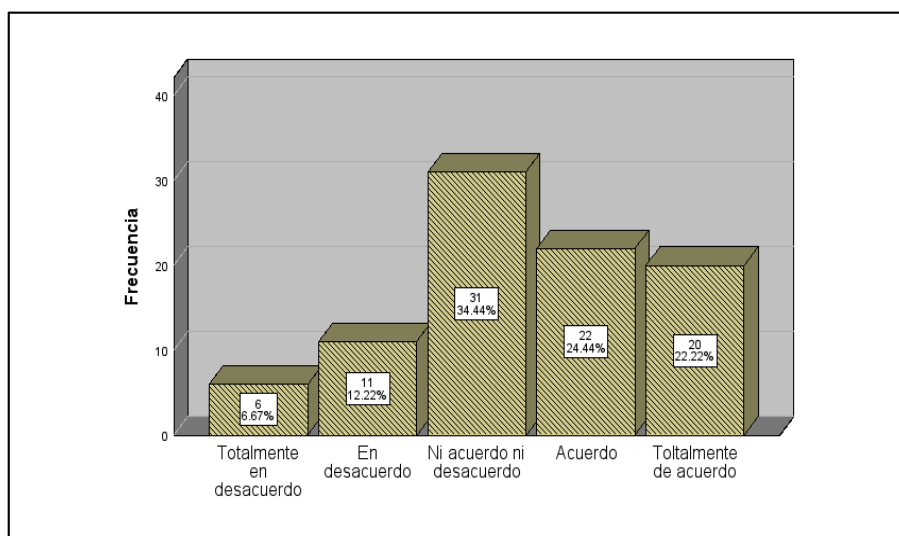
Resultados: Del total de 90 encuestados, 5 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 6 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 8 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 43 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 28 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan que la mayoría de los encuestados (78,89%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 47,78% que está de acuerdo y un 31,11% totalmente de acuerdo. Por otro lado, un 12,23% expresó desacuerdo (6,67%) o total desacuerdo (5,56%), mientras que un 8,89% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos muestran una clara tendencia favorable hacia la afirmación, con una minoría de opiniones negativas y neutrales.

TABLA 15
La pasada de sapo me sacará el mal del cuerpo

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	6.7	6.7	6.7	.1	2.5	2.2	12.2
	En desacuerdo	11	12.2	12.2	18.9	-.2	3.4	5.6	18.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	31	34.4	34.4	53.3	.0	5.1	24.4	44.4
	Acuerdo	22	24.4	24.4	77.8	-.1	4.5	15.6	33.3
	Totalmente de acuerdo	20	22.2	22.2	100.0	.2	4.4	14.4	31.1
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 15
La pasada de sapo me sacará el mal del cuerpo



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 6 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 11 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 31 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 22 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 20 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran una diversidad de opiniones entre los encuestados. Una minoría significativa (34,44%) expresó desacuerdo con la afirmación, sumando un 12,22% que está en desacuerdo y un 6,67% totalmente en desacuerdo. Por otro lado, el 34,44% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Sin embargo, el 46,66% manifestó una percepción positiva hacia la afirmación, con un 24,44% que está de acuerdo y un 22,22% totalmente de acuerdo. Esto indica una división en las percepciones, con una tendencia positiva leve y una proporción notable de opiniones neutras y negativas.

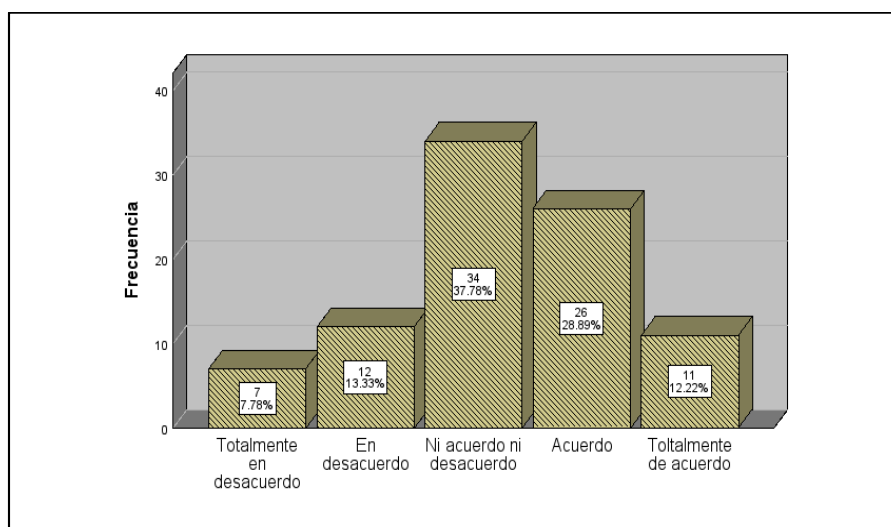
TABLA 16

La pasada del plomo descifrá el mal que tengo

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	7.8	7.8	7.8	.1	2.8	3.3	13.3
	En desacuerdo	12	13.3	13.3	21.1	-.3	3.5	6.7	20.0
	Ni acuerdo ni desacuerdo	34	37.8	37.8	58.9	.1	5.1	27.8	47.7
	Acuerdo	26	28.9	28.9	87.8	-.1	4.7	20.0	38.9
	Totalmente de acuerdo	11	12.2	12.2	100.0	.2	3.4	5.6	18.9
	Total	90	100.0	100.0		.0	0	100.0	100.0

CUADRO 16

La pasada del plomo descifrá el mal que tengo



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 7 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 12 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 34 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 26 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 11 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una distribución equilibrada de opiniones entre los encuestados. Una minoría significativa (21,11%) expresó desacuerdo, con un 13,33% en desacuerdo y un 7,78% totalmente en desacuerdo. Además, un 37,78% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Por otro lado, un 41,11% mostró una percepción positiva hacia la afirmación, sumando un 28,89% que está de acuerdo y un 12,22% totalmente de acuerdo. Esto sugiere que las opiniones están divididas, con una tendencia levemente favorable, pero con una gran proporción de respuestas neutras y negativas.

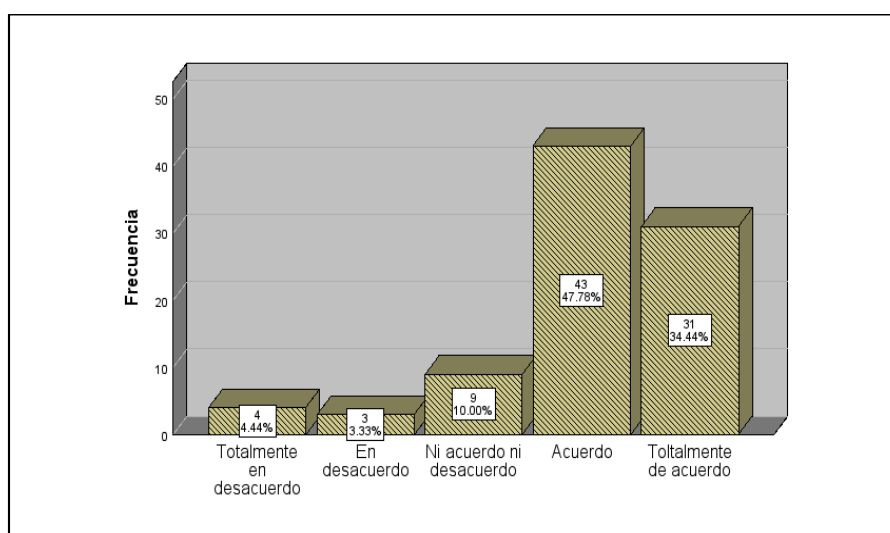
TABLA 17

El baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	3	3.3	3.3	7.8	.1	1.9	.0	7.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	9	10.0	10.0	17.8	-.2	3.1	4.4	16.6
	Acuerdo	43	47.8	47.8	65.6	-.1	5.4	36.7	57.8
	Totalmente de acuerdo	31	34.4	34.4	100.0	.2	4.9	25.6	44.4
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 17

El baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 3 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 9 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 43 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 31 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran que una amplia mayoría de los encuestados (82,22%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 47,78% que está de acuerdo y un 34,44% totalmente de acuerdo. Por otro lado, una minoría (7,77%) expresó desacuerdo, incluyendo un 4,44% que está totalmente en desacuerdo y un 3,33% en desacuerdo. Además, un 10,00% de los encuestados adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos reflejan una clara tendencia favorable hacia la afirmación, con muy pocas respuestas negativas y una proporción reducida de neutralidad.

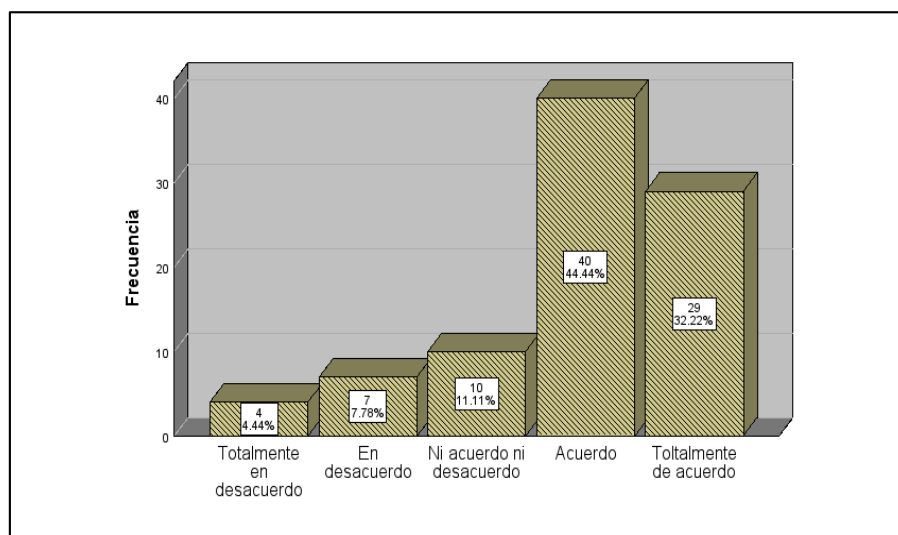
TABLA 18

La pasada de ruda con flores ahuyentará mis males

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	12.2	.0	2.8	3.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	10	11.1	11.1	23.3	-.3	3.4	4.4	17.8
	Acuerdo	40	44.4	44.4	67.8	.1	5.3	33.3	54.4
	Totalmente de acuerdo	29	32.2	32.2	100.0	.1	4.9	23.3	42.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 18

La pasada de ruda con flores ahuyentará mis males



Fuente: *Elaboración propia.*

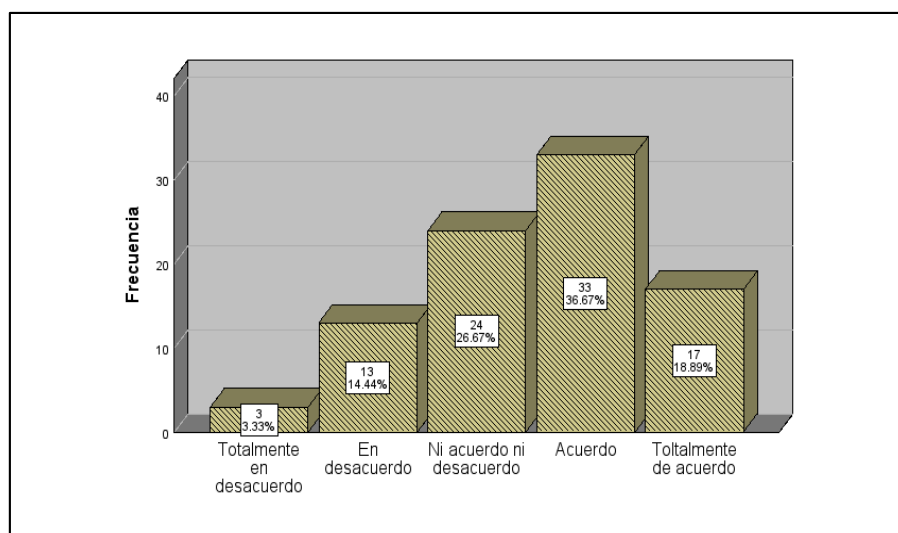
Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 10 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 40 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 29 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados indican que la mayoría de los encuestados (76,66%) tiene una percepción positiva hacia la afirmación evaluada, con un 44,44% que está de acuerdo y un 32,22% totalmente de acuerdo. En contraste, un 12,22% expresó desacuerdo, incluyendo un 7,78% en desacuerdo y un 4,44% totalmente en desacuerdo. Además, un 11,11% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos reflejan una clara tendencia favorable hacia la afirmación, con una minoría de opiniones negativas y una proporción pequeña de neutralidad.

TABLA 19
La soplada de aguardiente alejará las fuerzas del mal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	13	14.4	14.4	17.8	-.2	3.6	7.8	22.2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	24	26.7	26.7	44.4	-.1	4.7	17.8	35.6
	Acuerdo	33	36.7	36.7	81.1	.0	5.1	26.7	46.7
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 19
La soplada de aguardiente alejará las fuerzas del mal



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 10 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 40 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 29 pacientes indicaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan que la mayoría de los encuestados (76,66%) tiene una percepción favorable hacia la afirmación evaluada, con un 44,44% que está de acuerdo y un 32,22% totalmente de acuerdo. En contraste, un 12,22% manifestó desacuerdo, incluyendo un 7,78% en desacuerdo y un 4,44% totalmente en desacuerdo. Además, un 11,11% adoptó una postura neutral, indicando ni acuerdo ni desacuerdo. Estos datos muestran una tendencia claramente positiva, con una minoría de respuestas negativas y un porcentaje reducido de neutralidad.

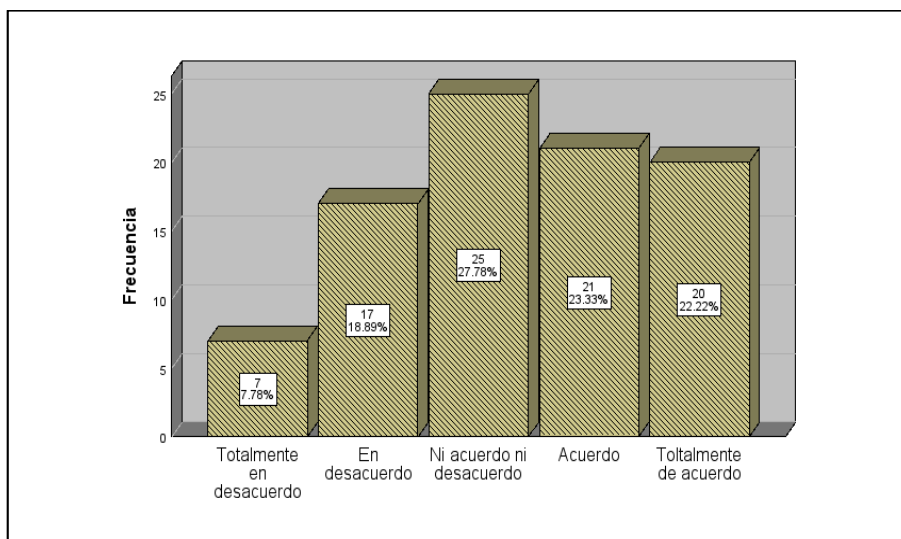
TABLA 20

Cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	7.8	7.8	7.8	.1	2.8	3.3	13.3
	En desacuerdo	17	18.9	18.9	26.7	-.3	4.0	11.1	26.7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	25	27.8	27.8	54.4	.0	4.8	18.9	37.8
	Acuerdo	21	23.3	23.3	77.8	-.1	4.4	14.4	32.2
	Totalmente de acuerdo	20	22.2	22.2	100.0	.2	4.4	14.4	31.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 20

Cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 7 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 17 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 25 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 21 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 20 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados de la encuesta reflejan una distribución heterogénea de las opiniones de los pacientes respecto al tema evaluado. Aunque una proporción significativa (41,11%) de los encuestados manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, el grupo más numeroso (27,78%) optó por una posición neutral, indicando que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo. Por otra parte, un porcentaje considerable (45,55%) expresó posturas de acuerdo o total acuerdo. Esto evidencia una diversidad de perspectivas entre los participantes, con una tendencia equilibrada entre posturas positivas y negativas, aunque el grupo neutral predomina ligeramente.

5.4. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

5.5. TRANSPARENCIA

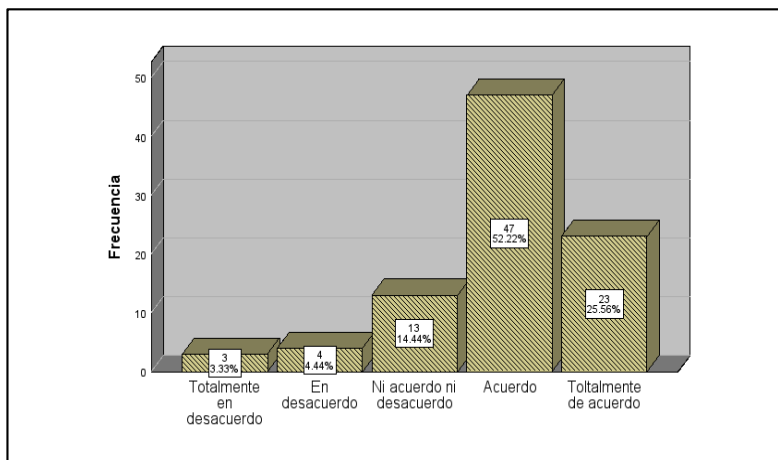
TABLA 21

El curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido								Inferior	Superior
	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	4	4.4	4.4	7.8	.0	2.2	1.1	8.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	13	14.4	14.4	22.2	-.3	3.7	7.8	21.1
	Acuerdo	47	52.2	52.2	74.4	.0	5.3	41.1	63.3
	Totalmente de acuerdo	23	25.6	25.6	100.0	.2	4.6	16.7	35.5
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 21

El curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 3 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 4 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 13 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 47 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 23 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados evidencian una marcada inclinación hacia opiniones favorables, ya que la mayoría de los encuestados (77,78%) expresó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el aspecto evaluado. En contraste, un porcentaje reducido (7,77%) indicó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo. Además, el 14,44% de los participantes adoptó una postura neutral, lo que sugiere cierta ambigüedad o falta de definición en sus respuestas. Estos hallazgos destacan una aceptación predominante en la población estudiada, con una minoría significativa que se mantiene en posiciones neutras o desfavorables, lo que podría requerir un análisis más profundo de los factores subyacentes a estas opiniones divergentes.

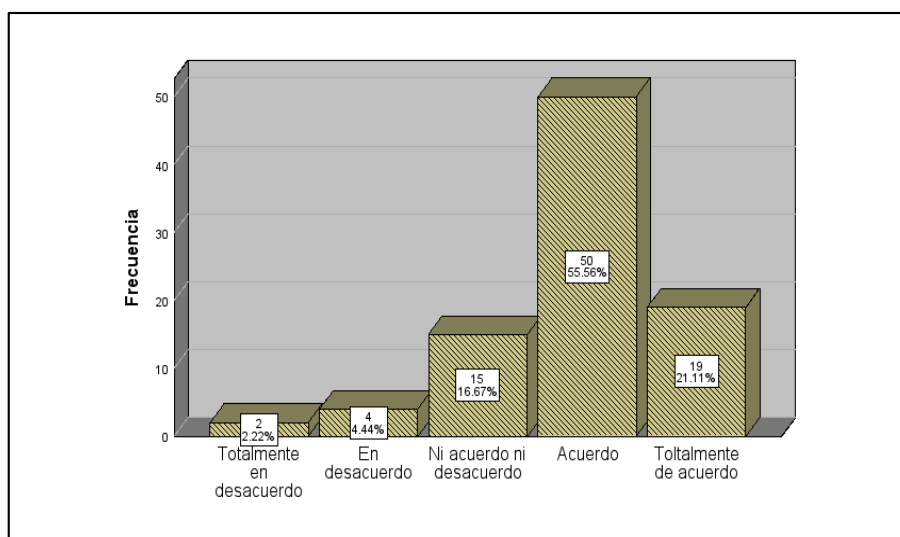
TABLA 22

El curandero no duda de las prácticas de curación que realiza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
							Inferior	Superior	
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	4	4.4	4.4	6.7	.1	2.1	1.1	8.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16.7	16.7	23.3	-.3	3.8	8.9	23.3
	Acuerdo	50	55.6	55.6	78.9	.1	5.3	45.6	65.6
	Totalmente de acuerdo	19	21.1	21.1	100.0	.1	4.3	13.3	30.0
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 22

El curandero no duda de las prácticas de curación que realiza



Fuente: Elaboración propia.

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 4 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 15 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 50 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 19 pacientes estuvieron totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan un predominio de opiniones favorables, con el 76,67% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. En contraste, solo el 6,66% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, mientras que un 16,67% adoptó una postura neutral. Estos hallazgos sugieren una tendencia generalizada hacia la aceptación en la población estudiada, aunque una proporción minoritaria de respuestas neutras y negativas indica la necesidad de explorar posibles factores que expliquen estas divergencias.

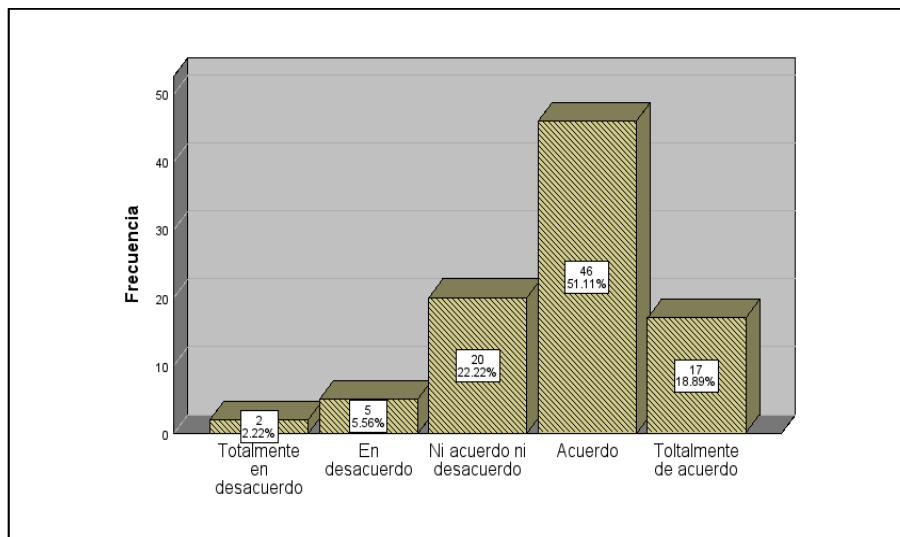
TABLA 23

El curandero es honesto al comunicarse conmigo

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	5	5.6	5.6	7.8	.0	2.4	1.1	11.1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	20	22.2	22.2	30.0	-.3	4.3	14.4	31.1
	Acuerdo	46	51.1	51.1	81.1	.0	5.3	40.0	61.1
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 23

El curandero es honesto al comunicarse conmigo



Fuente: Elaboración propia.

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 5 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 20 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 46 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados indican una inclinación predominante hacia opiniones favorables, con un 70% de los encuestados posicionándose de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Sin embargo, un 22,22% adoptó una postura neutral, lo que podría reflejar indecisión o falta de información suficiente para emitir una opinión definitiva. Por otro lado, un 7,78% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría en el grupo encuestado. Estos hallazgos destacan una aceptación generalizada en la muestra estudiada.

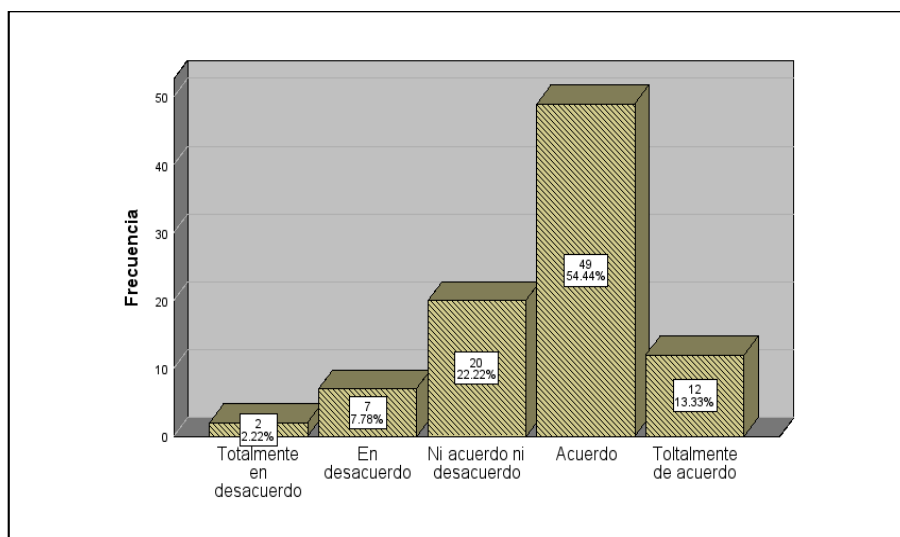
TABLA 24

Es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad

					Simulación de muestreo para Porcentaje ^a				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	10.0	.0	2.8	2.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	20	22.2	22.2	32.2	-.2	4.4	13.3	31.1
	Acuerdo	49	54.4	54.4	86.7	.0	5.3	43.3	64.4
	Totalmente de acuerdo	12	13.3	13.3	100.0	.1	3.5	6.7	21.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 24

Es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 20 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 49 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 12 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran una tendencia general hacia opiniones favorables, con el 67,77% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 22,22% de los participantes adoptó una postura neutral, lo que podría reflejar indecisión o falta de información suficiente. Por otro lado, un 10% expresó desacuerdo o total desacuerdo, representando una minoría. Estos datos sugieren una aceptación mayoritaria en la población encuestada.

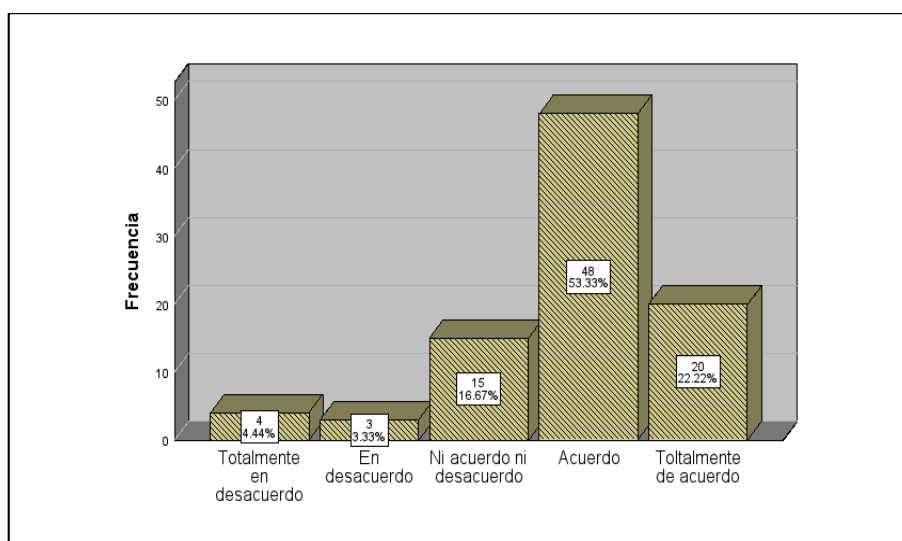
TABLA 25

El curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	3	3.3	3.3	7.8	.1	1.9	.0	7.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16.7	16.7	24.4	-.3	3.9	8.9	24.4
	Acuerdo	48	53.3	53.3	77.8	.0	5.3	42.2	63.3
	Totalmente de acuerdo	20	22.2	22.2	100.0	.2	4.4	14.4	31.1
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 25

El curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 3 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 15 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 48 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 20 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los datos reflejan una inclinación mayoritaria hacia opiniones positivas, ya que el 75,55% de los encuestados expresó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Por otro lado, un 16,67% de los participantes optó por una postura neutral, lo que puede indicar indecisión o falta de una opinión definida. Finalmente, un 7,77% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría. Estos resultados destacan una clara aceptación del tema evaluado.

5.6. AUTENTICIDAD

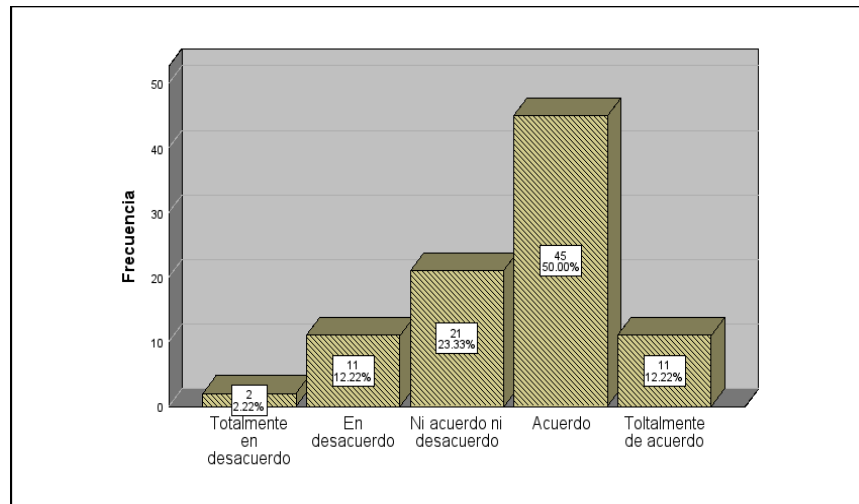
TABLA 26

El curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
Válido						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	11	12.2	12.2	14.4	-.1	3.5	5.6	18.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	21	23.3	23.3	37.8	-.1	4.6	14.4	32.2
	Acuerdo	45	50.0	50.0	87.8	.0	5.4	38.9	61.1
	Totalmente de acuerdo	11	12.2	12.2	100.0	.2	3.4	5.6	18.9
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 26

El curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 11pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 21 mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 45 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 11 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran una tendencia predominante hacia opiniones positivas, ya que el 62,22% de los encuestados expresó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 23,33% adoptó una postura neutral, lo que podría reflejar indecisión o falta de información suficiente para formar una opinión. En contraste, el 14,44% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos indican una aceptación mayoritaria del tema.

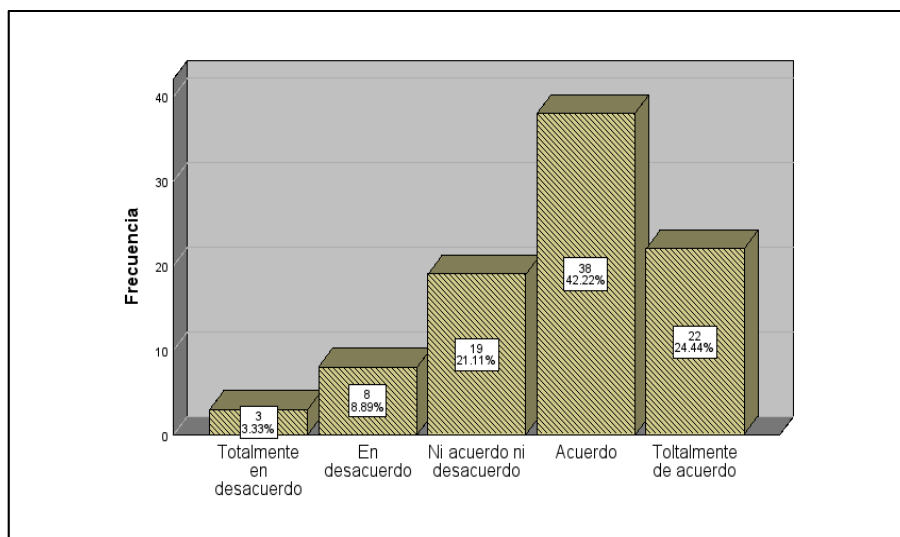
TABLA 27

Tengo confianza que el curandero me sanará

		Simulación de muestreo para Porcentaje ^a							
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	8	8.9	8.9	12.2	.0	3.0	3.3	15.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	19	21.1	21.1	33.3	-.3	4.4	12.2	30.0
	Acuerdo	38	42.2	42.2	75.6	.0	5.3	31.1	52.2
	Totalmente de acuerdo	22	24.4	24.4	100.0	.2	4.5	15.6	34.4
Total		90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 27

Tengo confianza que el curandero me sanará



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 3 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 8 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 19 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 38 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 22 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados evidencian una mayoría de opiniones favorables, con el 66,66% de los encuestados posicionándose de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Por otra parte, el 21,11% expresó una postura neutral, lo que podría sugerir ambivalencia o falta de una opinión clara entre una proporción significativa de los participantes. En contraste, solo el 12,22% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría. Estos hallazgos destacan una tendencia positiva predominante hacia el tema evaluado.

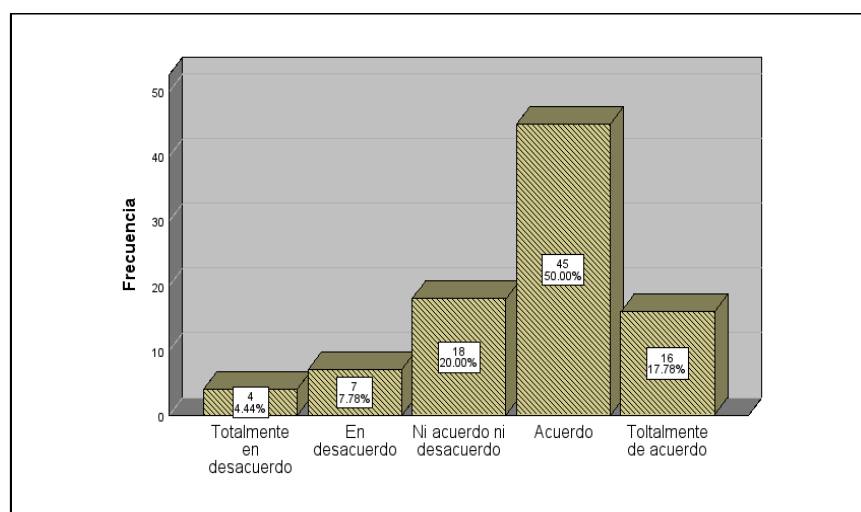
TABLA 28

No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	12.2	.0	2.8	3.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	18	20.0	20.0	32.2	-.2	4.3	12.2	28.9
	Acuerdo	45	50.0	50.0	82.2	.0	5.4	37.8	60.0
	Toltalmente de acuerdo	16	17.8	17.8	100.0	.2	4.0	11.1	26.7
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 28

No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 18 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 45 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 16 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación mayoritaria hacia opiniones positivas, ya que el 67,78% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Por otro lado, un 20% adoptó una postura neutral, lo que podría indicar cierta ambivalencia o falta de una opinión definida. En contraste, el 12,22% expresó desacuerdo o total desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos sugieren una aceptación predominante del tema evaluado.

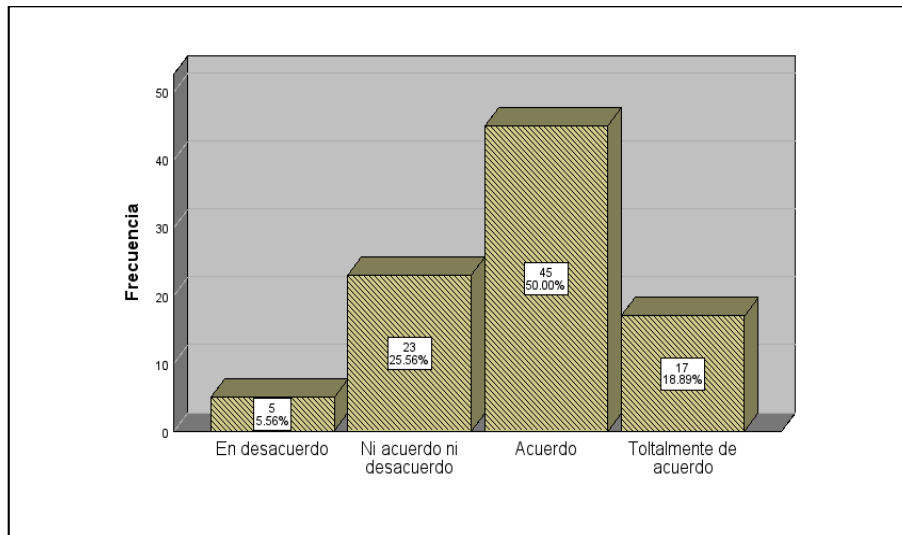
TABLA 29

La información que recibo de mi curación es cierta

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95% Inferior Superior
Válido	En desacuerdo	5	5.6	5.6	5.6	.1	2.3	2.2 11.1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	23	25.6	25.6	31.1	-.2	4.5	16.7 34.4
	Acuerdo	45	50.0	50.0	81.1	-.1	5.3	38.9 60.0
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1 27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0 100.0

CUADRO 29

La información que recibo de mi curación es cierta



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 5 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 23 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 45 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados muestran una tendencia predominante hacia opiniones favorables, con el 68,89% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 25,56% adoptó una postura neutral, lo que podría reflejar cierta indecisión o falta de una posición clara entre una parte considerable de los participantes. En contraste, solo el 5,56% expresó estar en desacuerdo, representando una minoría. Estos hallazgos destacan una aceptación mayoritaria del tema evaluado.

5.7. COHERENCIA

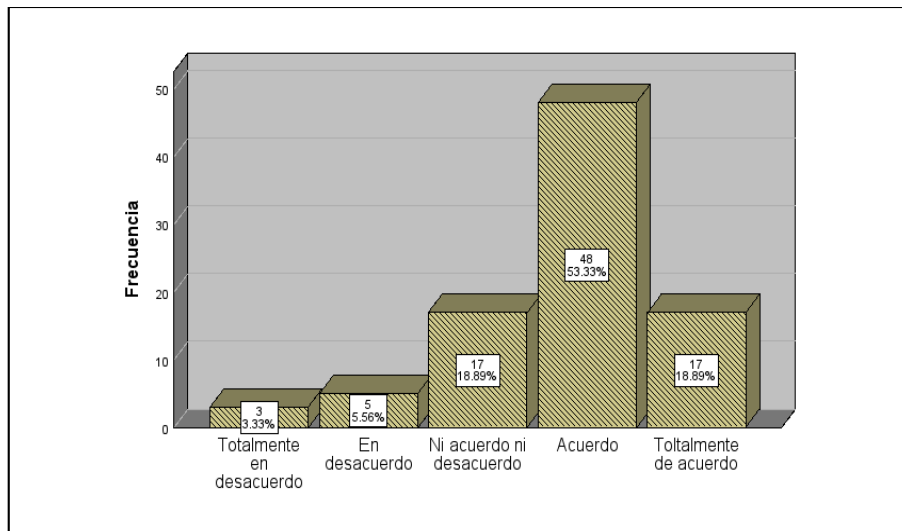
TABLA 30

Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
							Inferior	Superior	
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	5	5.6	5.6	8.9	.0	2.4	1.1	11.1
	Ni acuerdo ni desacuerdo	17	18.9	18.9	27.8	-.3	4.0	11.1	26.7
	Acuerdo	48	53.3	53.3	81.1	.0	5.3	42.2	63.3
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 30

Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 3 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 5 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 17 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 48 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una tendencia predominante hacia opiniones favorables, con el 72,22% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 18,89% adoptó una postura neutral, lo que indica que una parte considerable de los participantes no tiene una opinión definida. En contraste, el 8,89% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa.

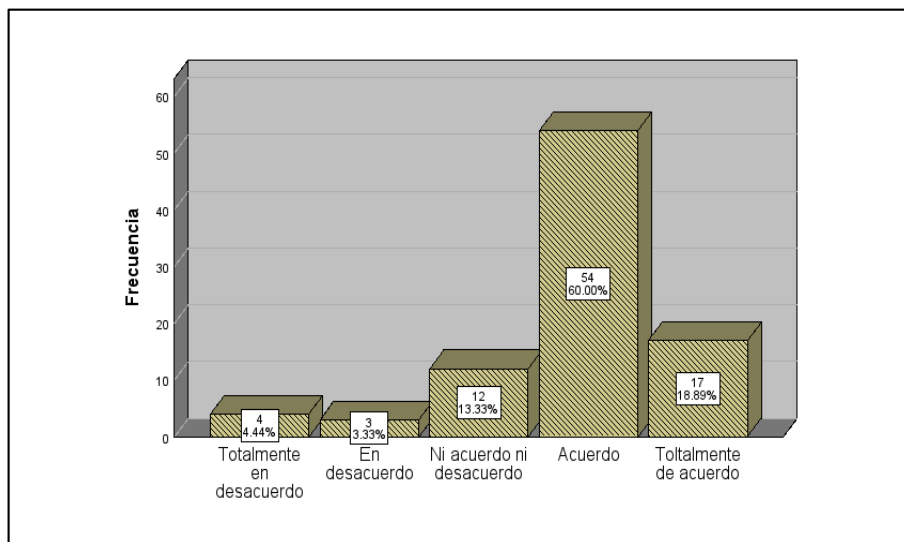
TABLA 31

Las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	3	3.3	3.3	7.8	.1	1.9	.0	7.8
	Ni acuerdo ni desacuerdo	12	13.3	13.3	21.1	-.3	3.5	6.7	20.0
	Acuerdo	54	60.0	60.0	81.1	.0	5.3	50.0	70.0
	Totalmente de acuerdo	17	18.9	18.9	100.0	.2	4.1	11.1	27.8
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 31

Las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 3 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 12 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 54 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 17 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados evidencian una marcada tendencia hacia opiniones positivas, con el 78,89% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 13,33% adoptó una postura neutral, lo que puede reflejar ambivalencia o falta de una opinión definida por parte de algunos participantes. En contraste, un 7,77% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos destacan una aceptación generalizada del tema evaluado.

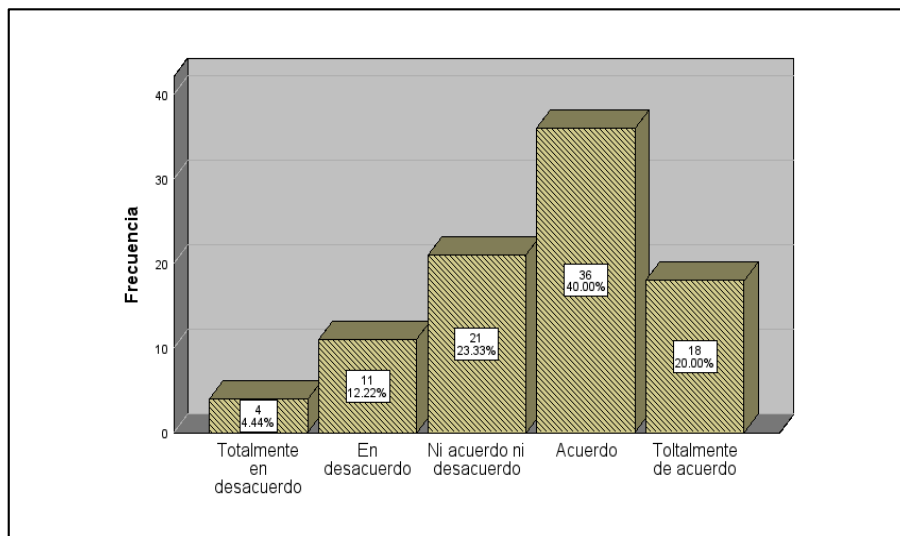
TABLA 32

El pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
							Inferior	Superior	
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	11	12.2	12.2	16.7	-.1	3.4	5.6	18.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	21	23.3	23.3	40.0	-.2	4.5	14.4	32.2
	Acuerdo	36	40.0	40.0	80.0	.0	5.2	30.0	50.0
	Totalmente de acuerdo	18	20.0	20.0	100.0	.1	4.2	12.2	28.9
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 32

El pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 4 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 11 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 21 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 36 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 18 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

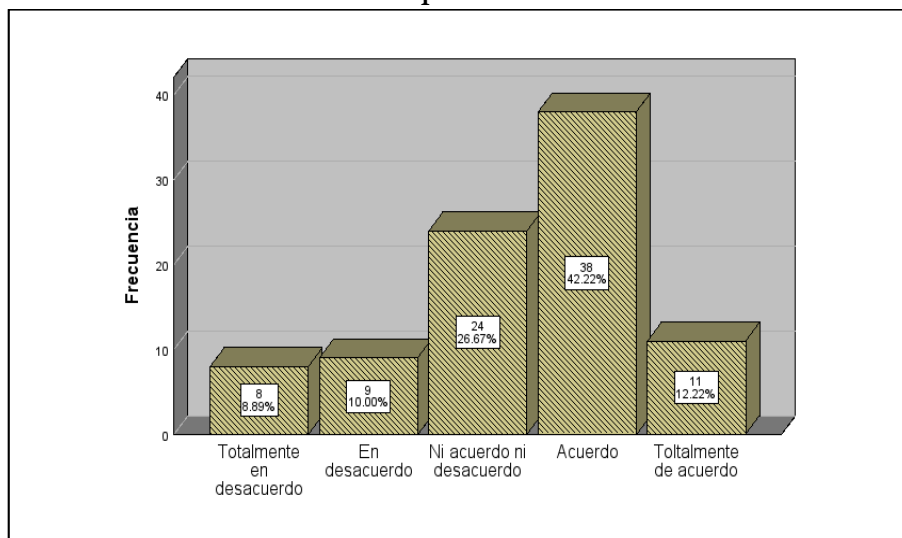
Conclusión: Los resultados reflejan una tendencia predominante hacia opiniones positivas, ya que el 60% de los encuestados expresó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 23,33% de los participantes adoptó una postura neutral, lo que sugiere cierta indecisión o falta de una posición clara. En contraste, un 16,66% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos destacan una aceptación mayoritaria del tema evaluado.

5.8. ACEPTACIÓN

TABLA 33
Las creencias del curandero le permiten realizar rituales de sanación

		Simulación de muestreo para Porcentaje ^a						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%
								Inferior Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	8	8.9	8.9	8.9	.1	2.9	3.3 15.6
	En desacuerdo	9	10.0	10.0	18.9	-.2	3.0	4.4 15.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	24	26.7	26.7	45.6	-.1	4.7	17.8 35.6
	Acuerdo	38	42.2	42.2	87.8	.0	5.3	32.2 52.2
	Totalmente de acuerdo	11	12.2	12.2	100.0	.2	3.4	5.6 18.9
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0 100.0

CUADRO 33
Las creencias del curandero le permiten realizar rituales de sanación



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 8 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 9 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 24 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 38 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 11 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación moderada hacia opiniones positivas, con el 54,44% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 26,67% expresó una postura neutral, lo que podría indicar ambivalencia o falta de una opinión definida en una proporción significativa de participantes. Por otro lado, un 18,89% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría considerable. Estos hallazgos sugieren una tendencia general hacia la aceptación del tema evaluado.

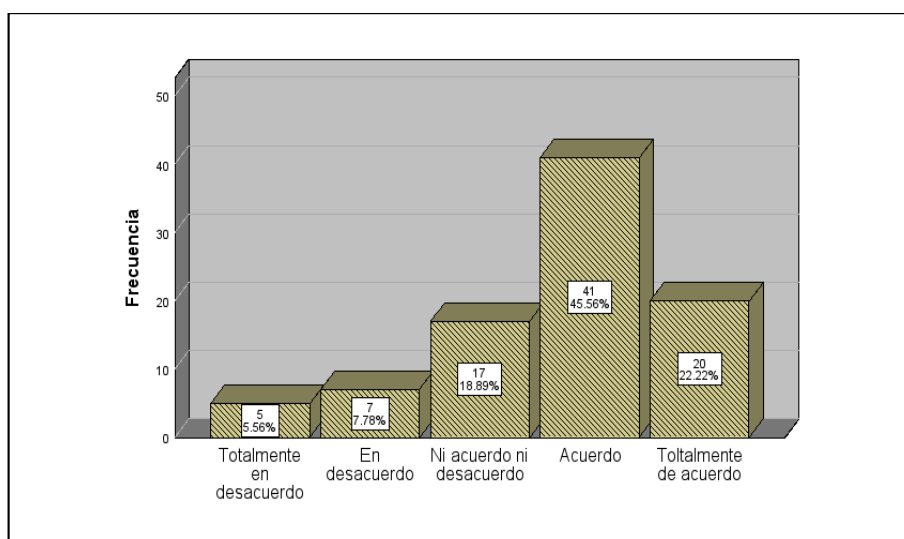
TABLA 34

Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	5.6	5.6	5.6	.1	2.3	2.2	11.1
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	13.3	-.1	2.9	2.2	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	17	18.9	18.9	32.2	-.2	4.2	11.1	27.7
	Acuerdo	41	45.6	45.6	77.8	.0	5.3	34.4	55.6
	Totlalmente de acuerdo	20	22.2	22.2	100.0	.2	4.4	14.4	31.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 34

Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 5 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 17 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 41 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 20 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados indican una inclinación predominante hacia opiniones positivas, con el 67,78% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 18,89% expresó una postura neutral, lo que podría reflejar ambivalencia o falta de una opinión definida en una proporción considerable de participantes. Por otro lado, el 13,34% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos sugieren una aceptación generalizada del tema evaluado.

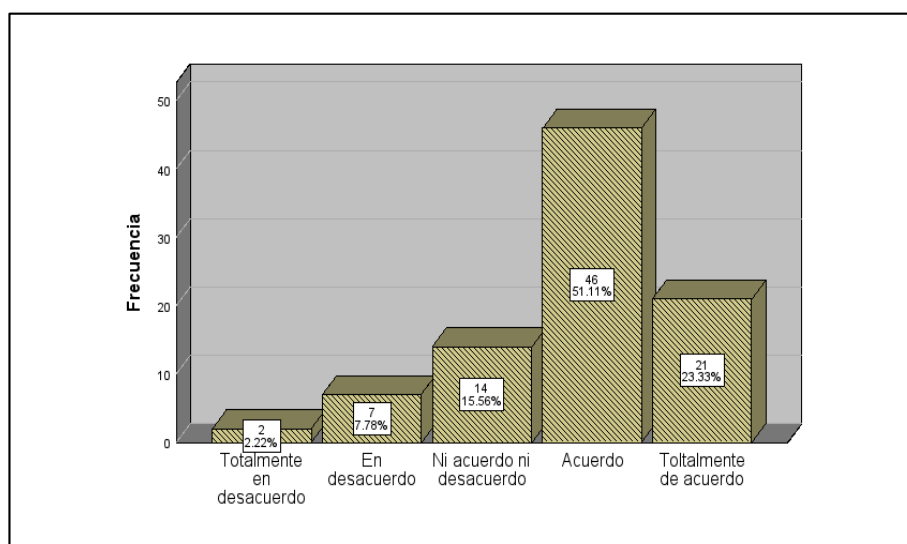
TABLA 35

Los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
						Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
							Inferior	Superior	
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	7	7.8	7.8	10.0	.0	2.8	2.3	14.4
	Ni acuerdo ni desacuerdo	14	15.6	15.6	25.6	-.2	3.8	7.8	23.3
	Acuerdo	46	51.1	51.1	76.7	.0	5.4	41.1	61.1
	Totalmente de acuerdo	21	23.3	23.3	100.0	.2	4.5	14.4	32.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 35

Los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo



Fuente: Elaboración propia.

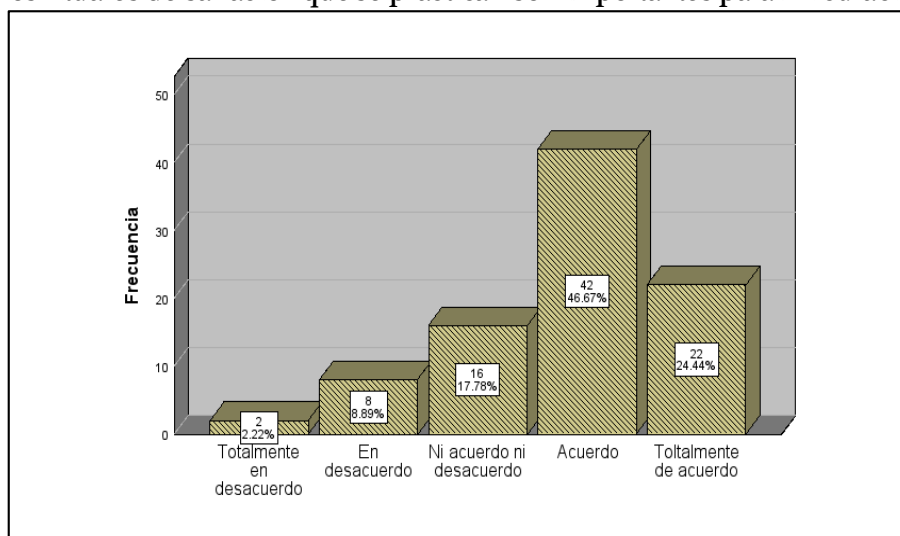
Resultados Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 7 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 14 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 46 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 21 pacientes o el (23,33%) señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación significativa hacia opiniones positivas, ya que el 74,44% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 15,56% expresó una postura neutral, lo que sugiere cierta indecisión o falta de una posición definida en una proporción moderada de participantes. En contraste, el 10% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría. Estos hallazgos sugieren una aceptación mayoritaria del tema evaluado.

TABLA 36
Los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	8	8.9	8.9	11.1	.0	3.0	3.3	15.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	16	17.8	17.8	28.9	-.3	4.0	10.0	25.6
	Acuerdo	42	46.7	46.7	75.6	.1	5.3	35.6	56.7
	Totalmente de acuerdo	22	24.4	24.4	100.0	.2	4.5	15.6	34.4
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 36
Los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación



Fuente: Elaboración propia.

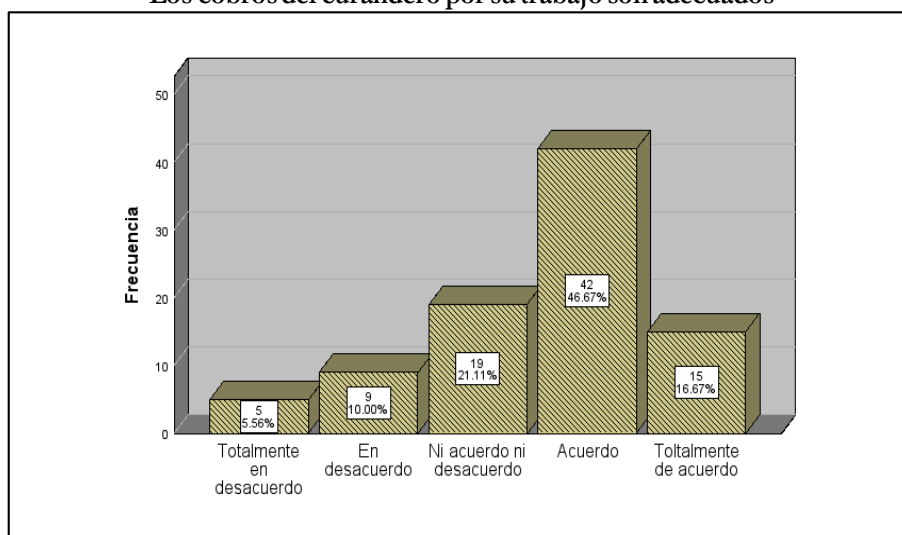
Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 8 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 16 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 42 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 22 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación significativa hacia opiniones positivas, ya que el 74,44% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 15,56% expresó una postura neutral, lo que sugiere cierta indecisión o falta de una posición definida en una proporción moderada de participantes. En contraste, el 10% manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría. Estos hallazgos sugieren una aceptación mayoritaria del tema evaluado.

TABLA 37
Los cobros del curandero por su trabajo son adecuados

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	5.6	5.6	5.6	.1	2.3	2.2	11.1
	En desacuerdo	9	10.0	10.0	15.6	-.1	3.2	4.4	16.7
	Ni acuerdo ni desacuerdo	19	21.1	21.1	36.7	-.1	4.4	13.3	30.0
	Acuerdo	42	46.7	46.7	83.3	.0	5.3	35.6	56.7
	Totalmente de acuerdo	15	16.7	16.7	100.0	.2	3.9	10.0	25.5
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 37
Los cobros del curandero por su trabajo son adecuados



Fuente: Elaboración propia.

Resultados: Del total de 90 encuestados, 5 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 9 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 19 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 42 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 15 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

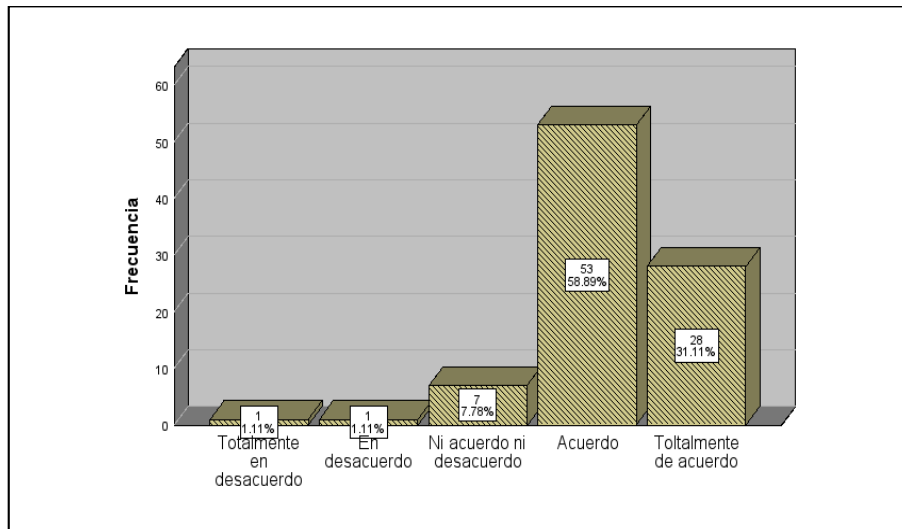
Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación predominante hacia opiniones positivas, ya que el 63,34% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 21,11% adoptó una postura neutral, lo que sugiere cierta ambivalencia o falta de una posición definida entre una proporción considerable de participantes. Por otro lado, el 15,56% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa. Estos hallazgos indican una aceptación generalizada del tema evaluado.

5.9. CONSONANCIA

TABLA 38
El trato del curandero es amable

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	1.1	1.1	1.1	.0	1.1	.0	3.3
	En desacuerdo	1	1.1	1.1	2.2	.0	1.1	.0	3.3
	Ni acuerdo ni desacuerdo	7	7.8	7.8	10.0	.0	2.8	2.3	14.4
	Acuerdo	53	58.9	58.9	68.9	-.2	5.3	47.8	68.9
	Totalmente de acuerdo	28	31.1	31.1	100.0	.1	4.9	22.2	41.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 38
El trato del curandero es amable



Fuente: Elaboración propia.

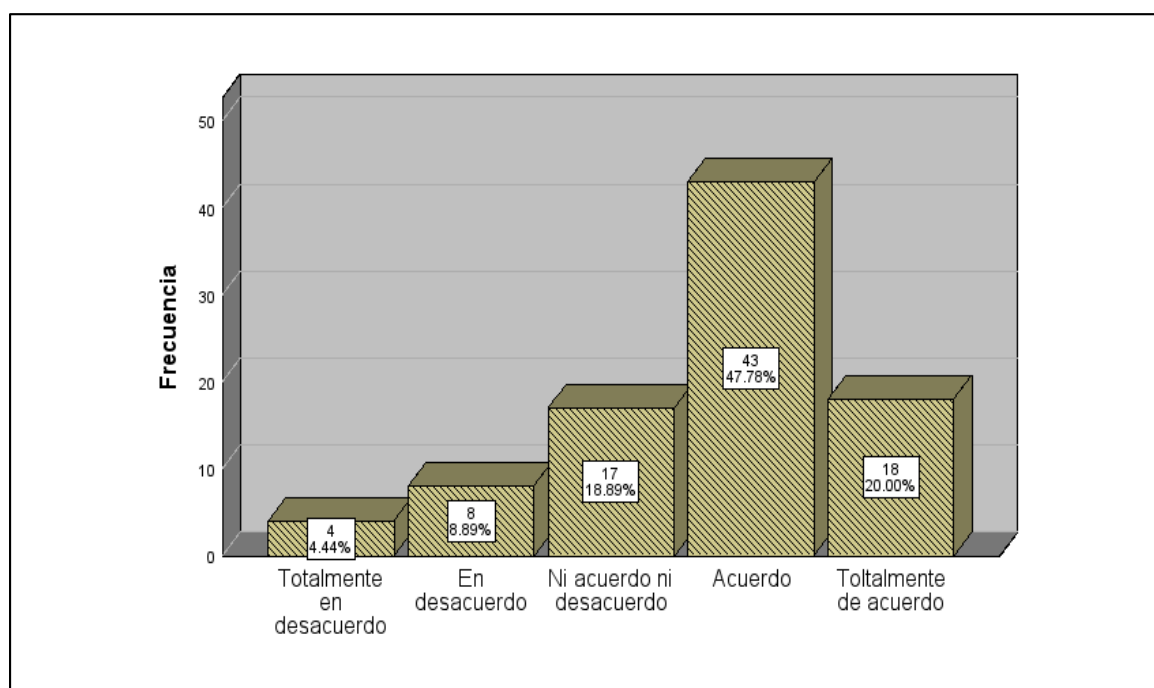
Resultados: Del total de 90 encuestados, 1 pacientes que equivale a (1,11%) manifiesta estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 1 pacientes o el (1,11%) señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 7 pacientes o el (7,78%) mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 53 pacientes o el (58,89%) están de acuerdo. Y 28 pacientes o el (31,11%) señalan estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. - teniendo como conclusión parcial que un alto porcentaje de 53 pacientes o (58,89%) están de acuerdo.

TABLA 39
El ambiente donde cura el curandero es hospitalario

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4	.1	2.2	1.1	8.9
	En desacuerdo	8	8.9	8.9	13.3	.0	3.0	3.3	15.6
	Ni acuerdo ni desacuerdo	17	18.9	18.9	32.2	-.2	4.2	11.1	27.7
	Acuerdo	43	47.8	47.8	80.0	.0	5.3	36.7	57.8
	Totalmente de acuerdo	18	20.0	20.0	100.0	.1	4.2	12.2	28.9
	Total	90	100.0	100.0		0	0	100.0	100.0

CUADRO 39
El ambiente donde cura el curandero es hospitalario



Fuente: Elaboración propia

Resultados Del total de 90 encuestados, 4 pacientes que equivale a (4,44%) manifiesta estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 8 pacientes o el (8,89%) señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 17 pacientes o el (18,89%) mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 43 pacientes o el (47,78%) están de acuerdo. Y 18 pacientes o el (20,00%) señalan estar totalmente de acuerdo.

Conclusión. - teniendo como conclusión parcial que un alto porcentaje de 43 pacientes o (47,78%) están de acuerdo.

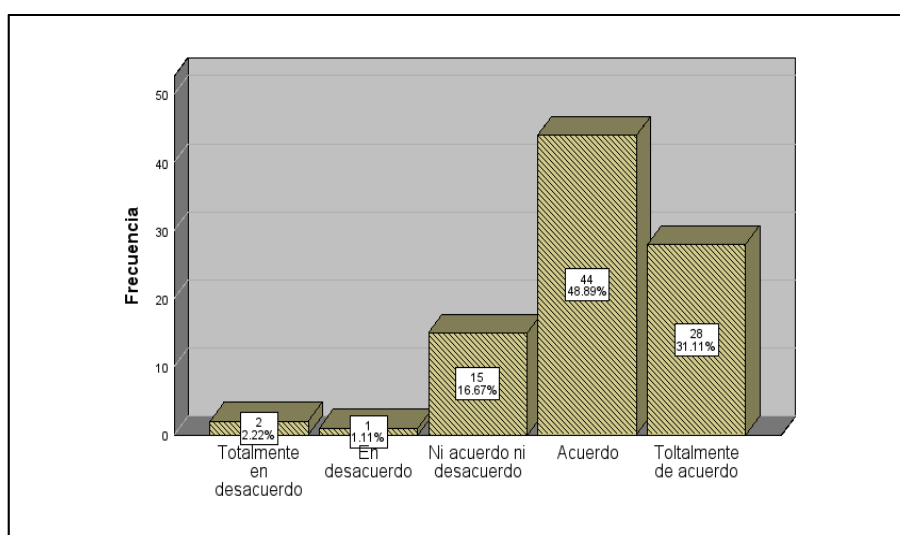
TABLA 40

Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0	5.6
	En desacuerdo	1	1.1	1.1	3.3	.0	1.1	.0	3.3
	Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16.7	16.7	20.0	-.2	3.9	8.9	24.4
	Acuerdo	44	48.9	48.9	68.9	.0	5.4	37.8	58.9
	Totalmente de acuerdo	28	31.1	31.1	100.0	.1	4.9	22.2	41.1
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 40

Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato



Fuente: *Elaboración propia.*

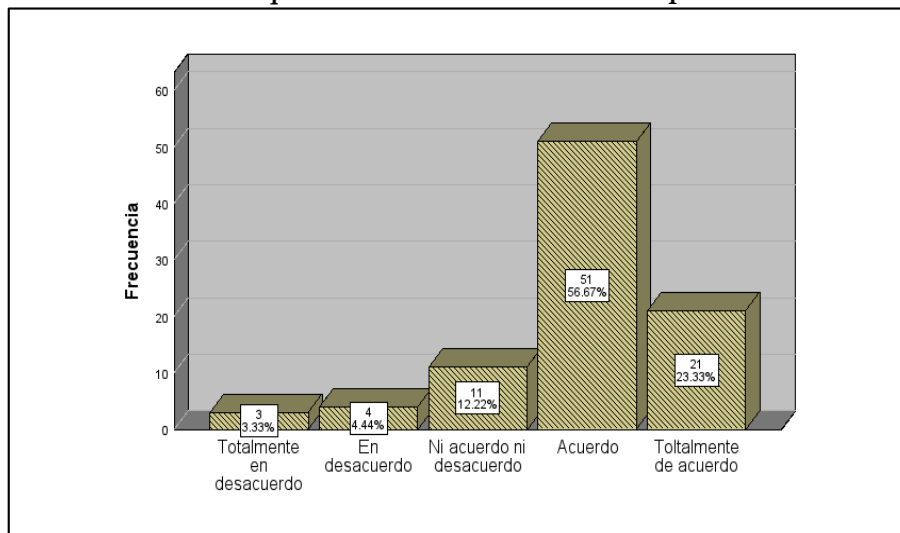
Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 1 paciente señaló estar en desacuerdo. Por otro lado, 15 pacientes mencionaron estar ni de acuerdo ni desacuerdo. 44 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 28 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados evidencian una marcada tendencia hacia opiniones positivas, ya que el 80% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 16,67% de los participantes adoptó una postura neutral, lo que podría indicar una falta de definición en sus opiniones o cierta ambivalencia. En contraste, solo el 3,33% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría insignificante. Estos hallazgos reflejan una aceptación generalizada del tema evaluado.

TABLA 41
Las frases que utiliza el curandero son comprensibles

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3	.1	1.9	.0	7.8
	En desacuerdo	4	4.4	4.4	7.8	.0	2.2	1.1	8.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	11	12.2	12.2	20.0	-.2	3.4	5.6	18.9
	Acuerdo	51	56.7	56.7	76.7	.0	5.3	46.7	66.7
	Totalmente de acuerdo	21	23.3	23.3	100.0	.2	4.5	14.4	32.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

CUADRO 41
Las frases que utiliza el curandero son comprensibles



Fuente: *Elaboración propia.*

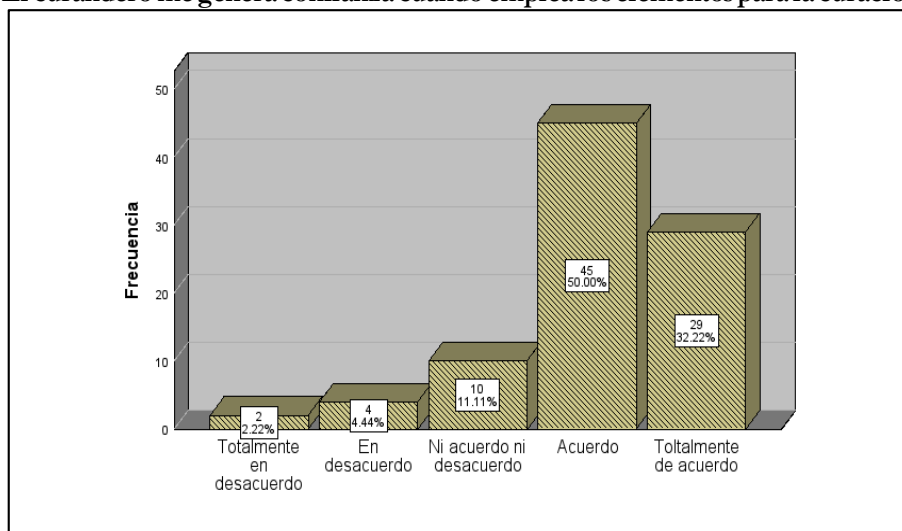
Resultados Del total de 90 encuestados, 3 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 4 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 11 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 51 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 21 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una fuerte inclinación hacia opiniones positivas, ya que el 80% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 12,22% adoptó una postura neutral, lo que puede interpretarse como una falta de definición o ambivalencia en una parte moderada de los participantes. En contraste, solo el 7,73% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría significativa pero pequeña. Estos hallazgos sugieren una aceptación predominante del tema evaluado.

TABLA 42
El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación

						Simulación de muestreo para Porcentaje ^a		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza al 95% Inferior Superior
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2	.1	1.5	.0 5.6
	En desacuerdo	4	4.4	4.4	6.7	.1	2.1	1.1 8.9
	Ni acuerdo ni desacuerdo	10	11.1	11.1	17.8	-.2	3.2	5.6 17.8
	Acuerdo	45	50.0	50.0	67.8	.0	5.4	38.9 60.0
	Totalmente de acuerdo	29	32.2	32.2	100.0	.1	4.9	23.3 42.2
	Total	90	100.0	100.0		.0	.0	100.0 100.0

CUADRO 42
El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación



Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados: Del total de 90 encuestados, 2 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo. Mientras que 4 pacientes señalaron estar en desacuerdo. Por otro lado, 10 pacientes mencionaron ni de acuerdo ni desacuerdo. 45 pacientes estuvieron de acuerdo. Y 29 pacientes señalaron estar totalmente de acuerdo.

Conclusión: Los resultados reflejan una inclinación predominante hacia opiniones positivas, con el 82,22% de los encuestados manifestando estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el tema evaluado. Un 11,11% adoptó una postura neutral, lo que puede indicar cierta ambivalencia o falta de definición en las respuestas de algunos participantes. En contraste, solo el 6,62% expresó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, representando una minoría poco significativa. Estos hallazgos evidencian una aceptación generalizada del tema evaluado.

5.10 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

5.10.1 Resultados de la Variable Independiente: Cultura

5.10.1.a) Conocimientos populares

En relación con el cuadro 1, titulado «Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen», se observa que 51 pacientes (58,67%) están de acuerdo, lo que evidencia que una gran parte de los encuestados cuenta con conocimientos y experiencias relacionadas con prácticas de curandería. Esto se explica, en parte, porque estas tradiciones suelen ser transmitidas y practicadas dentro del entorno familiar. Respecto al cuadro 2, «Pienso que los saberes ancestrales se relacionan con la naturaleza», 43 pacientes (47,78%) expresaron su acuerdo. Este resultado destaca una conexión significativa entre los saberes ancestrales y los elementos naturales, como las montañas o Apus, considerados entidades vivas. Además, estos saberes permiten al curandero extraer recursos de origen vegetal, animal o mineral para sanar a los pacientes.

En cuanto al cuadro 3, «Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de la enfermedad», 36 pacientes (40%) están de acuerdo. Este dato subraya la relevancia de las ofrendas dentro de los rituales de salud, donde se establece un intercambio simbólico entre el ser humano y el Apu. Según el principio de reciprocidad, estas ofrendas permiten al curandero solicitar ayuda y mediación para la curación y recuperación del paciente. Asimismo, en el cuadro 4, «Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo», 45 pacientes (50%) coincidieron en estar de acuerdo. Este resultado refleja la visión andina de que el hombre es un ser colectivo que interactúa armónicamente con elementos de la naturaleza, como montañas, ríos, lagunas y árboles, percibiéndose como una extensión de estos.

En el cuadro 5, «Acepto la lógica de obrar del curandero con mi enfermedad», 44 pacientes (48,89%) están de acuerdo. Este hallazgo evidencia que los pacientes comprenden y aceptan los métodos y procedimientos de curación del curandero, reconociendo su eficacia y legitimidad en el tratamiento de sus dolencias. Finalmente, en el cuadro 6, «Respeto los saberes tradicionales del curandero», 51 pacientes (56,67%) manifestaron su acuerdo. Este dato resalta la aceptación y acatamiento de las prácticas y conocimientos curanderiles, considerados valiosos y respetados por los pacientes.

En conjunto, estos resultados reflejan una fuerte conexión entre los encuestados y los saberes ancestrales, así como un alto nivel de respeto y aceptación hacia las prácticas y lógicas de curación tradicionales.

5.10.1.b) Creencias

En relación con el cuadro 7, titulado «Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño», 31 pacientes (34,44%) están de acuerdo, lo que evidencia que la creencia en la brujería es una práctica muy extendida en Perú. Este síndrome cultural, profundamente arraigado, se percibe como una causa legítima de enfermedad y presenta una sintomatología característica. Respecto al cuadro 8, «Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero», 39 pacientes (43,33%) manifestaron estar de acuerdo, lo que refleja una confianza considerable en las habilidades del curandero para devolver la salud al paciente, reafirmando el papel crucial que este desempeña en la comunidad.

En cuanto al cuadro 9, «Pienso que el espíritu del cerro ayudará a la curandera a vencer las fuerzas del mal», 41 pacientes (45,56%) están de acuerdo. Este resultado subraya la creencia en el poder de los Apus o Hircas, considerados seres vivos y divinidades secundarias, con la capacidad de otorgar salud o enviar enfermedad, siendo elementos esenciales en la práctica curativa.

Para el cuadro 10, «Creo que la chaqcha de la coca garantizará mi curación», 37 pacientes (41,11%) están de acuerdo. Este hallazgo evidencia la fe en la hoja sagrada de los incas, la cual se considera una fuente de poder y sabiduría. Además de sus propiedades curativas, la coca es valorada como un elemento adivinatorio que brinda información sobre la salud del paciente. Asimismo, en el cuadro 11, «Creo que el color del cigarro indicará si mejorará o empeorará mi salud», 39 pacientes (43,33%) expresaron su acuerdo. Este dato destaca el uso del cigarro como herramienta adivinatoria dentro de las prácticas curanderiles, permitiendo diagnosticar el estado de salud del paciente a través de sus características.

Finalmente, en el cuadro 12, «Creo que las ofrendas hechas al Hirca me ayudarán para sanarme más rápidamente», 36 pacientes (40%) están de acuerdo. Este resultado refleja la creencia animista en el poder de la montaña y su estrecha relación con los seres humanos, siendo las ofrendas un medio para facilitar la sanación.

En síntesis, estos resultados destacan el profundo arraigo de las creencias ancestrales y prácticas tradicionales en la vida de los encuestados, reafirmando el papel central de los curanderos, los elementos naturales y los rituales en el proceso de curación.

5.10.1.c) Costumbres

En relación con el cuadro 13, titulado «La pasada de huevo me sacará el dolor y las malas energías», 32 pacientes (35,56%) están de acuerdo. Esto evidencia la popularidad de este hábito de curación, muy extendido en la sierra del Perú, utilizado para aliviar dolencias y eliminar energías negativas.

Respecto al cuadro 14, «La pasada de cuy (shoqpi) me curará los males que tengo», 43 pacientes (47,78%) expresaron estar de acuerdo. Este dato resalta la generalización de esta práctica en la sierra peruana como un método curativo tradicional. En cuanto al cuadro 15, «El sapo me sacará el mal que tengo», 22 pacientes (24,44%) están de acuerdo, lo que indica que este método es empleado por curanderos, principalmente para eliminar malas energías o daños que afectan al cuerpo del paciente.

Para el cuadro 16, «La pasada de plomo descifrá el mal que tengo», 26 pacientes (28,89%) están de acuerdo. Este hallazgo refleja el uso del plomo como herramienta adivinatoria para identificar el origen del daño causado al paciente. En el cuadro 17, «El baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad», 43 pacientes (47,78%) manifestaron su acuerdo. Esto evidencia la aceptación de los baños a base de flores y perfumes como una práctica común para atraer buena suerte, prosperidad y la realización de sueños.

Respecto al cuadro 18, «La pasada de ruda con flores ahuyentará mis males», 40 pacientes (44,44%) están de acuerdo. Este dato resalta el uso de la ruda combinada con flores para limpiar al paciente de energías negativas y eliminar posibles daños. En relación con el cuadro 19, «El aguardiente alejará las fuerzas del mal», 33 pacientes (36,67%) están de acuerdo, lo que pone de manifiesto el rol fundamental del aguardiente en los rituales de sanación, donde se emplea para alejar energías negativas y fuerzas malignas.

Finalmente, en el cuadro 20, «Cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane», 21 pacientes (23,33%) están de acuerdo. Este dato refleja la fe y confianza depositada en los curanderos como figuras clave para la recuperación de la salud.

En definitiva, estos resultados destacan la importancia de las prácticas tradicionales de sanación en la sierra peruana, así como la confianza de los pacientes en los curanderos y en el poder de los elementos rituales y naturales.

5.10.2 Resultados de la Variable Dependiente: Comunicación Interpersonal

5.10.2.a) Transparencia

En relación con el cuadro 21, titulado «El curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones», 47 pacientes (52,22%) están de acuerdo. Este resultado refleja la seguridad y confianza que el curandero transmite al paciente al momento de prescribir el tratamiento, fortaleciendo la relación terapéutica.

Respecto al cuadro 22, «El curandero no duda de las prácticas de curación que realiza», 50 pacientes (56,56%) manifestaron estar de acuerdo. Este hallazgo destaca la confianza que los pacientes depositan en las prácticas curanderiles, percibiéndolas como consistentes y efectivas. En cuanto al cuadro 23, «El curandero es honesto al comunicarse conmigo», 46 pacientes (51,11%) están de acuerdo. Este dato subraya la transparencia del curandero en su comunicación, transmitiendo sinceridad al expresar lo que siente y piensa sobre la situación del paciente.

Para el cuadro 24, «Es verdadero lo que dice el curandero sobre mi enfermedad», 49 pacientes (54,44%) coincidieron en estar de acuerdo. Este resultado pone de manifiesto la validez que los pacientes otorgan a las interpretaciones y explicaciones del curandero sobre sus enfermedades. Finalmente, en el cuadro 25, «El curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad», 48 pacientes (53,33%) están de acuerdo. Esto evidencia la coherencia del curandero en sus acciones, al enfocarse plenamente en la sanación del paciente y actuar conforme a esta finalidad.

En conjunto, estos resultados destacan la fuerte confianza que los pacientes tienen en los curanderos, no solo por sus prácticas, sino también por su actitud firme, honesta y coherente en el proceso de curación. La interacción entre paciente y curandero se basa en un alto nivel de credibilidad y seguridad.

5.10.2.b) Autenticidad

En relación con el cuadro 26, titulado «El curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron», 45 pacientes (50%) están de acuerdo. Este resultado pone de manifiesto la capacidad del

curandero para informar al paciente de manera detallada sobre el origen de su enfermedad, fortaleciendo la relación terapéutica. Respecto al cuadro 27, «Tengo confianza que el curandero me sanará», 38 pacientes (42,22%) expresaron estar de acuerdo. Esto evidencia la fe y esperanza que los pacientes depositan en el curandero como figura clave en la recuperación de su salud.

En cuanto al cuadro 28, «No desconfío de las prácticas de curación que realiza mi curandero», 45 pacientes (50%) están de acuerdo. Este dato refleja la confianza sólida que los pacientes tienen en las prácticas curativas, percibiéndolas como legítimas y efectivas. Para el cuadro 29, «La información que recibo de mi curandero es cierta», 45 pacientes (50%) coincidieron en estar de acuerdo. Este hallazgo destaca que la mitad de los encuestados percibe como verdadera y confiable la información que el curandero comparte sobre sus enfermedades y tratamientos.

En conjunto, estos resultados resaltan la confianza y credibilidad que los pacientes otorgan a los curanderos, tanto en la información que proporcionan como en las prácticas que realizan, consolidando su papel central en los procesos de curación.

5.10.2.c) Coherencia

En relación con el cuadro 30, titulado «Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero», 48 pacientes (53,33%) están de acuerdo. Este resultado pone de manifiesto la aceptación de los pacientes hacia las frases y mensajes del curandero, mostrando una alineación entre ambos en la comunicación.

Respecto al cuadro 31, «Las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación», 54 pacientes (60%) expresaron estar de acuerdo. Esto evidencia una coherencia significativa en el pensamiento y las acciones del curandero, lo que refuerza la efectividad de los rituales de sanación que realiza. En cuanto al cuadro 32, «El pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos», 36 pacientes (40%) están de acuerdo. Este hallazgo sugiere la existencia de valores, creencias o ideas compartidas entre el curandero y los pacientes, lo que fortalece la confianza y la relación terapéutica.

En suma, estos resultados destacan la conexión y sintonía entre los pacientes y los curanderos, no solo en las afirmaciones e ideas, sino también en la coherencia del pensamiento y las acciones de sanación, consolidando un vínculo basado en la aceptación mutua y en la confianza.

5.10.2.d) Aceptación

En relación con el cuadro 33, titulado «Las creencias del curandero le permiten realizar rituales de sanación», 38 pacientes (42,22%) están de acuerdo. Este resultado refleja el respeto y valoración que los pacientes tienen hacia las creencias del curandero, reconociendo su papel en los rituales de sanación. Respecto al cuadro 34, «Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad», 41 pacientes (45,56%) expresaron estar de acuerdo. Esto evidencia que los pacientes comprenden claramente las explicaciones del curandero, lo que refuerza la comunicación efectiva durante el proceso de sanación.

En cuanto al cuadro 35, «Los remedios que me da el curandero me curarán del mal que tengo», 46 pacientes (51,11%) están de acuerdo. Este hallazgo destaca la confianza y aceptación de los pacientes hacia los tratamientos proporcionados por el curandero. Para el cuadro 36, «Los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación», 42 pacientes (46,67%) manifestaron su acuerdo. Esto pone de manifiesto la relevancia que los pacientes otorgan a las prácticas rituales dentro del proceso de curación.

Finalmente, en el cuadro 37, «Considero que los cobros del curandero por su trabajo son adecuados», 42 pacientes (46,67%) están de acuerdo. Este resultado refleja que los pacientes perciben los honorarios del curandero como justos y apropiados, lo que fortalece la relación de confianza entre ambos.

En conjunto, estos resultados destacan la valoración y aceptación que los pacientes tienen hacia las creencias, prácticas y tratamientos proporcionados por el curandero, así como una comunicación clara y una percepción positiva de los costos asociados a su trabajo.

5.10.2.e) Consonancia

En relación con el cuadro 38, titulado «El trato del curandero es amable», 53 pacientes (58,89%) están de acuerdo. Este resultado destaca la cordialidad del curandero, lo que fortalece la relación con sus pacientes y contribuye a un ambiente terapéutico positivo. Respecto al cuadro 39, «El ambiente donde cura el curandero es hospitalario», 43 pacientes (47,78%) expresaron estar de acuerdo. Esto refleja que el espacio donde trabaja el curandero es percibido como agradable y acogedor, lo que facilita la comodidad de los pacientes durante el proceso de curación.

En cuanto al cuadro 40, «Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato», 44 pacientes (48,89%) están de acuerdo. Este dato pone de manifiesto que la comunicación no verbal del

curandero transmite empatía y un trato respetuoso hacia los pacientes. Para el cuadro 41, «Las frases que utiliza el curandero son comprensibles», 51 pacientes (56,67%) coincidieron en estar de acuerdo. Esto evidencia que los pacientes entienden claramente los mensajes del curandero, lo que refuerza la efectividad de la comunicación entre ambos.

Finalmente, en el cuadro 42, «El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos de la curación», 45 pacientes (50%) están de acuerdo. Este hallazgo refleja la fe y aceptación de los pacientes hacia los métodos empleados por el curandero durante el proceso de sanación.

En conjunto, estos resultados subrayan la importancia de la amabilidad, el ambiente acogedor y la comunicación clara en la relación entre el curandero y sus pacientes, factores que fortalecen la confianza y aceptación hacia las prácticas de curación.

5.11. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.11.1. Hipótesis General

La cultura compartida influye directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

De acuerdo con lo investigado, existe un efecto de la cultura compartida en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes, ya que la comunicación como proceso humano no se puede dar fuera de un contexto cultural, esto incluye una lengua, un estilo de comunicación, formas de comunicación propias de la comunidad local que incluye: creencias, valores, normas, costumbres y conexión con elementos de la naturaleza.

5.11.2. Hipótesis Específicas

Los conocimientos populares de la cultura influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana de la Región Huánuco.

Los conocimientos ancestrales, las practicas rituales, experiencias de sanación del curandero tienen un efecto en la comunicación interpersonal, ya que estas se constituyen en representaciones y prácticas culturales que demuestran un estilo de comunicación interpersonal basado en la aceptación,

afectividad, dialogo, expresión de emociones y sentimientos que aseguran la trasmisión de la herencia cultural.

Las creencias compartidas de la cultura influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Las creencias compartidas tienen un efecto en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes, ya que son creencias asociadas a los síndromes culturales y la cosmovisión andina. Los sueños, el Apu, la coca y otros elementos de la curación son formas de comunicación que tienen un significado simbólico e impregnan y le dan contenido a la comunicación interpersonal.

Las costumbres aprendidas de la cultura influyen directamente en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes de la medicina tradicional peruana, de la Región Huánuco.

Las costumbres aprendidas tienen un efecto en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes, ya que estos hábitos de curación basado en el «shoqpi» tienen un lenguaje simbólico, un lenguaje verbal basado en frases, palabras, un lenguaje no verbal basado en gestos, movimientos del cuerpo en los rituales de sanación y le dan un contenido a la comunicación interpersonal.

5.12. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación de Salvadora Blanch Callao (2017) realizada en Cataluña para estudiar la importancia de las plantas medicinales en la cura de las enfermedades plantea una visión holística de la cultura a través del conocimiento del saber popular de la población sobre las plantas medicinales que, según ella, debería ser integrada a la consulta de enfermería. En la presente investigación, los conocimientos populares del curandero se vinculan con las experiencias de sabiduría ancestral transmitidos de generación en generación que están en relación con el contexto natural y cultural de la comunidad local. Lo que denota una forma de comunicación curandero-paciente basada en las normas, creencias, valores y costumbres. En este sentido, como plantea Salvadora Blanch, debería promoverse una complementariedad de la medicina convencional con la medicina tradicional.

Por otro lado, Issabella Ricco, en *¿Medicina popular o prácticas New Age? Un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy* (2014) plantea la relación entre medicina popular y espiritualidad,

reconoce la importancia de la medicina popular basada en una eficacia empírica y simbólica a través del uso de hierbas medicinales, oraciones, masajes, amuletos cataplasmas y, finalmente, reconoce un enfoque holístico para la sanación. La presente investigación también tiene un enfoque holístico, al considerar la cultura como sistema de patrones culturales que influye en el comportamiento del curandero y del paciente, en sus formas de comunicación, basadas en la afectividad, en la expresión de emociones y sentimientos con una fuerte carga emotiva y reconoce, al igual que Ricco, la eficacia simbólica y práctica de la medicina tradicional peruana donde todos los elementos utilizados en la curación tienen un significado simbólico (velas, la hoja de coca, el aguardiente, el cigarro, etc.) y mantienen una eficacia práctica al solucionar un problema de salud.

El estudio de Yanchaguano (2019) sobre la medicina convencional frente a la medicina tradicional, llega a la conclusión de que la medicina convencional es elegida en la mayoría de los problemas físicos de salud mientras que la medicina tradicional es utilizada para tratar problemas de origen sobrenatural y se promueve el respeto por la cosmovisión del proceso salud-enfermedad. En el presente estudio, se corrobora lo señalado por Yanchaguano, ya que los pacientes entrevistados establecen una diferenciación entre enfermedades de origen natural, enviadas por Dios, que son tratadas por médicos, y enfermedades de origen sobrenatural, causadas por el hombre, tratadas por curanderos, que se encuentran en la categoría de síndromes de filiación cultural. El respeto a los saberes y prácticas curanderiles, así como a sus creencias se comprobó en un (42,22%).

Un aporte importante del estudio de Verdín Amaru *Diálogo con las deidades: etnografía de la comunicación en el ámbito de la curación entre los nixaritari* (2012), Se concibe la enfermedad como pérdida del equilibrio, donde la palabra juega un papel primordial en la cura del enfermo. En relación con lo señalado por Verdín, en la presente investigación, la palabra como parte del contenido verbal de la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana, juega un papel importante en el proceso de curación. Son palabras positivas de empatía, de consuelo, para la recuperación de la salud y de confianza. Esto último se verificó en un (42,22%) en lo que se refiere a la confianza que tiene el paciente en el curandero y en la curación de su enfermedad.

En este sentido, las prácticas de comunicación en la transmisión de la herencia cultural han sido mencionadas por Torres Jarquín y otros (2019), cuando el autor señala que la comunicación dentro de la cultura ha sido necesaria para el intercambio y transmisión de conocimientos y saberes, principalmente de manera intergeneracional de padres, madres e hijos e hijas, de abuelos, abuelas, abuelas a nietos y nietas principalmente como herencia que le servirá a lo largo de la vida para cuidar

y ayudar a otros. En la presente investigación, también se evidencia dentro de la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes, el legado cultural de los conocimientos populares como el manejo de la teoría del frío y del caliente, cuando el paciente tiene una enfermedad fría como el Mal aire, se le receta un remedio caliente, conocimiento de las propiedades de las plantas medicinales para el tratamiento de las enfermedades. Así como las creencias, en seres considerados «vivos» como las montañas llamados Apus o Hircas, a quienes se les atribuye el poder de sanar, mandar la enfermedad o la muerte, la creencia que tienen los curanderos en la lectura de la hoja de coca para el diagnóstico y pronóstico del paciente, así como la creencia en el poder de «la chaqcha» de la hoja de coca, mediante la masticación de esta hoja, haciendo bolas en la boca, los curanderos le atribuyen poder para curar al enfermo y poder para vencer al enemigo que le causó daño al paciente.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada sobre la influencia de la cultura ancestral en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana ofrece una contribución teórica original al campo de la comunicación intercultural. A lo largo de la investigación, se ha comprobado cómo los conceptos de saberes ancestrales, experiencias cotidianas, paradigmas y respuestas prácticas se revelan como componentes esenciales para entender cómo se configuran las interacciones comunicativas en contextos de salud tradicional. Además, esta investigación enfatiza la relevancia de la cosmovisión andina y la integración simbólica de elementos naturales como la coca y el Apu, que sirven como vectores para potenciar la autocuración. Asimismo, estos dos elementos otorgan un contenido muy particular a la comunicación interpersonal en estos contextos.

En el estado de la cuestión y en el análisis comparativo con estudios internacionales y nacionales se identificó la universalidad y la particularidad de las prácticas curanderas, así como su impacto en la comunicación. Durante, la revisión bibliográfica, se hallaron investigaciones similares en Ecuador y México en las que se subrayaba la importancia de los discursos simbólicos y la espiritualidad en los procesos curativos. Estos estudios, junto con el presente trabajo, contribuyen a reforzar la comprensión sobre la medicina tradicional como un sistema holístico y culturalmente integrado, en la bibliografía existente.

Asimismo, para la recogida de datos, se llevó a cabo un estudio empírico, basado en una serie de encuestas y entrevistas con pacientes y curanderos en la región Huánuco, de Perú, que reveló varias conclusiones significativas:

La primera de ellas es que la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes se desarrolla dentro de un marco sociocultural específico que incluye una fuerte conexión con la naturaleza con una cosmovisión compartida. Este entorno facilita un entendimiento mutuo basado en prácticas culturales y creencias comunes.

En segundo lugar, los conocimientos y las prácticas ancestrales influyen directamente en la comunicación interpersonal. Estos saberes no solo conforman el contenido de las interacciones, sino que también determinan la forma en que se expresan emociones y sentimientos, asegurando la transmisión de la herencia cultural.

En tercer lugar, las creencias asociadas a síndromes culturales como el mal de ojo, susto y brujería, así como la cosmovisión andina, juegan un papel crucial en la comunicación. Elementos como los sueños y la coca tienen significados simbólicos profundos que enriquecen el diálogo entre curandero y paciente, creando un ambiente de confianza.

En cuarto lugar, las costumbres y rituales de curación, como la pasada de huevo y de cuy, son prácticas que no solo tienen un propósito terapéutico, sino que actúan como medios de comunicación simbólica. Estos rituales utilizan un lenguaje tanto verbal como no verbal que refuerza la relación entre curandero y paciente.

En quinto lugar, la fe y la confianza en el curandero, sustentadas por una comunicación asertiva y afectiva, son fundamentales para la eficacia del tratamiento. La interacción se caracteriza por un lenguaje positivo y lleno de buenos deseos, lo que contribuye a un entorno emocional propicio para que tenga lugar la sanación del paciente.

En resumen, la investigación proporciona una comprensión profunda y detallada de cómo la cultura ancestral influye en la comunicación interpersonal en la medicina tradicional peruana. Sus hallazgos aportan conocimiento empírico y ofrece algunos resultados prácticos que pueden ser utilizados para mejorar las prácticas de salud intercultural y fortalecer las políticas públicas de salud en contextos multiculturales, tal y como pasa en otros sistemas nacionales de salud, como por ejemplo, la medicina Mapuche en Chile.

6.2. LIMITACIONES DE LA TESIS DOCTORAL

A pesar de los hallazgos significativos y las aportaciones de esta investigación, es fundamental reconocer varias limitaciones que pueden haber influido en los resultados y en la generalización de las conclusiones. La primera de ellas es la limitación metodológica. Al ser un estudio de tipo transeccional descriptivo correlacional, los datos obtenidos proporcionan una instantánea de la situación en un momento específico, lo que limita la capacidad de observar cambios y tendencias a lo largo del tiempo.

Un diseño longitudinal podría ofrecer una visión más dinámica y profunda de la evolución de las prácticas comunicativas y los efectos de las intervenciones en la medicina tradicional.

Asimismo, el tamaño de la muestra, compuesto por 90 pacientes y 4 curanderos, aunque adecuado para un estudio descriptivo, puede no ser representativo de toda la población de la región Huánuco o de otras regiones del Perú. La selección de los participantes también puede haber introducido sesgos, dado que la participación voluntaria puede atraer a individuos con experiencias y opiniones más favorables hacia la medicina tradicional, lo que podría no reflejar las percepciones de la población general.

Por otra parte, existe un problema de diversidad cultural y geográfica, ya que el estudio se centró exclusivamente en la región de Huánuco, una zona con características culturales y geográficas específicas. Aunque los hallazgos proporcionan valiosa información sobre esta región, es necesario ser precisos a la hora de intentar generalizar los resultados a otras áreas del Perú con diferentes contextos culturales y prácticas de medicina tradicional. Las variaciones regionales en las creencias y prácticas curativas pueden limitar la aplicabilidad de las conclusiones a nivel nacional o internacional.

Además, en relación con los instrumentos de medición, la utilización de encuestas y cuestionarios basados en la de Likert presenta limitaciones inherentes a este tipo de instrumentos. La subjetividad de las respuestas y la posible falta de comprensión uniforme de las preguntas pueden afectar la precisión y fiabilidad de los datos recogidos. Además, la entrevista a los curanderos puede no haber registrado completamente la complejidad de sus prácticas y conocimientos debido a posibles limitaciones en el tiempo y la profundidad de las entrevistas.

Un tema interesante en relación con las limitaciones del estudio es la presencia de la investigadora durante la recolección de datos, ya que puede haber influido en las respuestas de los participantes, particularmente en un contexto cultural donde el respeto a la autoridad y la deferencia hacia los investigadores pueden ser altos. Esta influencia, conocida como efecto del observador, puede haber sesgado los resultados, especialmente en las entrevistas con los curanderos, quienes podrían haber adaptado sus respuestas a lo que consideraban más apropiado o esperado por el investigador.

Finalmente, las limitaciones teóricas también deben ser consideradas. Aunque el marco teórico proporciona una sólida base para entender la comunicación en contextos de medicina tradicional, es

posible que no abarque todas las dimensiones y variables relevantes. La intersección de factores culturales, sociales, psicológicos y biológicos en la comunicación curandero-paciente es extremadamente compleja, y futuras investigaciones podrían beneficiarse de enfoques teóricos adicionales o más integradores. Además, no se ha contemplado en la investigación el efecto placebo, basado en la evidencia, como elemento autocurativo.

En conclusión, aunque esta tesis doctoral ofrece importantes aportes al conocimiento de la comunicación interpersonal en la medicina tradicional peruana, las limitaciones mencionadas deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados y considerar su aplicabilidad en contextos más amplios.

6.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio ha puesto de relieve la importancia de la comunicación interpersonal en el contexto de la medicina tradicional peruana, específicamente en la región de Huánuco. Sin embargo, existen numerosas áreas que merecen ser exploradas con mayor profundidad en investigaciones futuras para ampliar y profundizar la comprensión de este fenómeno.

Una línea de investigación futura sería la realización de estudios longitudinales que permitan observar la evolución de las prácticas comunicativas entre curanderos y pacientes a lo largo del tiempo. Este enfoque ayudaría a identificar cambios y tendencias en las interacciones comunicativas, así como a evaluar el impacto de factores externos como la globalización, la migración y las políticas de salud pública. Además, estudios comparativos entre diferentes regiones del Perú y otros países andinos podrían proporcionar una perspectiva más amplia y diversa sobre las variaciones y similitudes en las prácticas de medicina tradicional.

Futuras investigaciones podrían beneficiarse de la integración de métodos mixtos, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos para obtener una visión más completa y robusta de la comunicación en la medicina tradicional. La utilización de etnografías, análisis discursivos y estudios de caso, complementados con encuestas y análisis estadísticos, permitiría captar la complejidad y riqueza de las interacciones entre curanderos y pacientes, así como las dinámicas subyacentes que influyen en estas relaciones.

Otra línea de investigación relevante sería analizar el impacto de la medicina tradicional en la salud pública, particularmente en comunidades rurales y marginalizadas. Asimismo, investigaciones

futuras podrían evaluar la eficacia de las prácticas curanderiles en comparación con la medicina convencional, así como explorar las posibilidades de integrar ambas modalidades de manera complementaria en los sistemas de salud. También, llevar a cabo estudios que midan los resultados de salud, la satisfacción de los pacientes y el costo-beneficio que las intervenciones tradicionales podrían proporcionar para la formulación de políticas públicas inclusivas y efectivas.

Es fundamental profundizar en el estudio de los factores psicosociales y culturales que influyen en la comunicación y las prácticas de curación. Investigaciones futuras podrían explorar cómo las variables como el género, la edad, el nivel de educación, la religión y las experiencias migratorias afectan las percepciones y actitudes hacia la medicina tradicional. Además, el análisis de cómo se transmiten y transforman los conocimientos ancestrales en diferentes contextos sociales y culturales podría proporcionar resultados sobre la resiliencia y adaptación de estas prácticas en el mundo contemporáneo.

La investigación futura también podría enfocarse en el diseño y evaluación de intervenciones educativas y programas de capacitación dirigidos a profesionales de la salud y curanderos. La creación de currículos que incluyan competencias interculturales y conocimientos sobre medicina tradicional podría mejorar la comunicación y la colaboración entre ambos sistemas de salud. Además, estudios que evalúen la efectividad de estas intervenciones en la reducción de prejuicios, estereotipos y barreras culturales serían de gran valor para promover un enfoque de salud más inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural.

Finalmente, una línea de investigación emergente es el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en la práctica y difusión de la medicina tradicional. Investigaciones futuras podrían explorar cómo las plataformas digitales, las aplicaciones móviles y las redes sociales pueden facilitar la preservación y transmisión de conocimientos ancestrales, así como mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud en comunidades remotas. El análisis de las oportunidades y desafíos que presentan las TIC en este contexto podría proporcionar nuevas herramientas y estrategias para fortalecer la medicina tradicional en el siglo XXI.

En resumen, las líneas futuras de investigación aquí delineadas no solo amplían el horizonte de estudio sobre la comunicación en la medicina tradicional peruana, sino que también abren nuevas oportunidades para integrar y valorizar los saberes ancestrales en un mundo globalizado y

tecnológicamente avanzado. Estas investigaciones contribuirán a un entendimiento más profundo y a una mayor integración de la diversidad cultural en las prácticas de salud.

6.4. RECOMENDACIONES

En primer lugar, se recomienda tener en cuenta el contexto sociocultural en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes con la finalidad de desarrollar competencias comunicativas y culturales que garanticen una comunicación asertiva.

Por otra parte, la medicina tradicional peruana debería ser tomada en cuenta como parte del patrimonio cultural y debería ser incorporada al sistema de salud global, de tal manera que la medicina convencional y medicina tradicional puedan complementarse.

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

Arguedas, J. M. (1989). Indios, mestizos y señores (3ra ed.). Lima: Horizonte.

Aguirre Beltrán, G. (1986). Antropología médica. CIESAS.

Aquino Moreschi, A. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica*, 28(80), 259–278.

Apaza Vilca, R. (2020). Repensar la antropología de la salud: Una perspectiva crítica e intercultural en el altiplano de Puno. *Revista de Pensamiento Crítico Aymara*.

Barahona Santa Cruz, J. (2020). Nivel de conocimiento sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en los adultos mayores con artrosis, usuarios de la municipalidad provincial de Huánuco 2019. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Hermilio Valdizán].

Bourdieu, P. (1984). Sociología y cultura. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Editorial Grijalbo.

Blanch Callau, S. (2017). Las hierbas: Remedios para la cura de la salud en un entorno rural. [Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili, España].

Brah, A. (1996). *Cartographies of diaspora: Contesting identities*. Londres: Routledge.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interaction: Perspective and method*. Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice Hall.

Cabieses, F. (1993). Apuntes de medicina tradicional: La racionalización de lo irracional (Tomo I, p. 130). Diselpesa.

Cano-Orón, L., Mendoza-Poudereux, I., & Moreno-Castro, C. (2019). Perfil sociodemográfico del usuario de la homeopatía en España. *Atención Primaria*, 51(8), 499–505. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.006>

Cardona García, A. A. (2024). La medicalización de la vida y su injerencia en la relación médico-paciente. [Trabajo de grado, Universidad El Bosque]. Repositorio Institucional Universidad El Bosque. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/12817>

Carranza Patiño, H. M., Tubay Moreira, M. F., Espinoza Briones, H. B., & Chang Muñoz, W. L. (2021). Saberes ancestrales: una revisión para fomentar el rescate y revalorización en las comunidades indígenas del Ecuador. *Journal of Science and Research*, 6(3), 112–128. Recuperado a partir de <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/1205>

Carrera Arenas, J. E. (2017). Etnografía del habla: Perspectiva de una dimensión semiótica de la antropología. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 8, 73–86.

Comboni, S. S. (2006). Conferencia sobre Pierre Bourdieu. Impartida dentro del seminario de Teoría Social, Doctorado en Ciencias Agrarias, Universidad Autónoma Chapingo, México.

Comelles, J. M. (2003). El regreso de lo cultural: Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1).

Cordero, M. (2000). Conferencia inaugural del V Congreso de la Sociedad Española de Mediadores de Urgencias y Emergencias. Universidad de León.

Cunningham, M., Mendizabal, D., & Martínez, G. (Coords.). (2016). Las líderes indígenas y el buen vivir. México: UNAM.

Devoto Bazán, E. (2016). Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina. *RIRA*, 1(2), 79–116.

Díez Patricio, A. (2017). Más sobre la interpretación (II): Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127–143.

García Rada, A. (2022) Cambiar el lenguaje médico para curar mejor: «Existe una falta grave de formación en el trato». *El País*.

Recuperado de <https://elpais.com>. <https://cooperacioambalegria.co/cambiar-el-lenguaje-medico-para-curar-mejor-existe-una-falta-grave-de-formacion-en-el-trato>

Eddowes, J. (1985). *Revista de Psicología*. Vol. 3, Núm. 2.

Elferink, J. G. R. (2015). The Inca healer: Empirical medical knowledge and magic in pre-Columbian Peru. *Revista de Indias*, 75(264), 323–350.

Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.

Facultad de Trabajo Social, UNLP. (2022). Debates en torno al estudio y abordaje de la cultura en el marco de la antropología clásica. Repositorio de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina).

Handle: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/141353/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Franco Jordán, R. (2012). Oficiantes y curanderos Moche, una visión desde la arqueología. *Pueblo y Continente*, 23(1), 18–26.

Galimberti Oliveira, M. C. (2020). *Un amor beduino: Entre viajes, curanderas y oráculos*. E-Book y Pasta Blanda. Ed. Amazon.

Galimberti Oliveira, M. C. (2017). Tratados hipocráticos sobre los aires, aguas y lugares. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 1(1), 48–51.

García Cáceres, U. (2011). Aspectos de la historia de la medicina del Perú durante la fundación de la Escuela de Medicina Cayetano Heredia y su tiempo (1797-1861) (Parte I). *Acta Médica Peruana*, 28(2), 112-117.

García Cáceres, U. (2005). Hermilio Valdizán (1885-1929) y su obra Historia de la medicina peruana. En Valdizán, H., *Historia de la medicina peruana* (3ra ed.). Lima: Instituto Nacional de Cultura.

García Zagal, T. (s.f.). Estudio de caso de salud intercultural del Centro de Salud Mapuche Huincul Lawen de Puerto Saavedra, Región de Araucanía. [Tesis de pregrado]. Universidad de Concepción.

García Pereyra, R., & Rangel Guzmán, E. (2010). Curanderismo y magia: Un análisis semiótico del proceso de sanación. *Culcyt/ Antropología*, 3(38/39), mayo-agosto.

García Canclini, N. (1997). Cultura y comunicación: Entre lo local y lo global. Ediciones de Periodismo y Comunicación N° 9. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de la Plata.

Graña León, D. (2013). Concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana. [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Grillo, E. (1990). La cosmovisión andina de siempre y la cosmología occidental moderna. En ¿Desarrollo o descolonización en los Andes? Lima: Proyecto Andino de Tecnologías.

Geertz, C. (1992). La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Gilbert, F. (2003). Weaving medicine back together: Mind-body medicine in the twenty-first century. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(4), 563-570.
- Gimeno Ferrer, P., Manero Baquero, L., Mateo Palomar, E., Balaguer Vaquero, A. M., Urbina Lisboa, C., & Inglés Lacueva, M. C. (2024). La influencia del lenguaje en la relación médico-paciente en la sanidad pública. *Ocronos*, 7(8), 491.
- Gortari de Flores, S., & Orozco, (1987). *Hacia una comunicación administrativa integral*.
- Gordon Melton, J. (1992). *New Thought and the New Age*. En *Perspectives on the New Age* (pp. 15-29). Albany: Sunny Press.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Nueva York: Doubleday. (Traducción al español: *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972).
- Guamán Poma de Ayala, F. (1936/1993). *El primer nueva crónica y buen gobierno*. Edición y prólogo de Franklin Pease. Fondo de Cultura Económica.
- Gurfein, A. I. (2020). La relación médico-paciente: Biopolítica, medicalización e internet. *Avatares de la Comunicación y la Cultura*, (20). <https://doi.org/10.24215/18535925e054>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., ... Woolf, K. (2014). Culture and health. *Lancet* (London, England), 384(9954), 1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Hybels, S. (1974). *La comunicación* (Cap. 2, p. 71). México D.F.: Ediciones del autor.
- Hellriegel, D., & Slocum, J. (2004). *Comportamiento organizacional*. México: Ed. Thomson.
- Holland, W. R. (1963). *Medicina Maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Nacional Indigenista.
- Hall, S. (1997). (Ed.). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Londres: Sage Publications.
- Hall, S. (1996). (Ed.). Introduction: Who Needs Identity? En S. Hall & P. Du Gay (Eds.), *Questions of Cultural Identity* (pp. 1-17). Londres: Sage Publications.

- Hall, S., & Jefferson, T. (2010). Resistencia a través de rituales: Subculturas juveniles en la Gran Bretaña de la posguerra. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.
- Jacobs, G. (2001). The physiology of mind-body interactions: The stress response and the relaxation response. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(1), 83-92.
- Lastres, J. B. (1935). Hermilio Valdizán y la historia de la medicina peruana. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Madrid.
- León, F., Silva, D., & Villagrán, J. (2021). El rol del placebo frente a los antidepresivos y aportes a la relación médico-paciente. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 59(4), 334-342. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000400334>
- Lewis, J. (1969). Antropología simplificada (1ª ed.). México: Ediciones Minerva.
- Linton, R. (1972). Estudio del hombre. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Malet, J. B. (2018). La antroposofía: una discreta multinacional del esoterismo. *Le Monde Diplomatique* en español. Recuperado de <https://mondiplo.com/la-antroposofia-una-discreta-multinacional-del>
- Martínez Hernáez, Á. (2011). La copia de los hechos, la biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns*, 27, 45-54. Universitat Rovira i Virgili.
- Martin Criado, A. (1999). Antiguas creencias populares. *Revista de Folklore*, 19(217), 3-11.
- Martin, S. (2002). Choosing the right mind-body therapy. *Dance Magazine*, 68-69.
- Martínez Estrada, E. (1971). Análisis funcional de la cultura. México: Ed. Diógenes.
- Martínez García, J. S. (2017). El habitus: Una revisión analítica. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), e074. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.115>
- Martínez, A. E. (2007). La significación en la cultura: concepto base para el aprendizaje organizacional. *Universitas Psychologica*, 6(1), 155-162.
- Martínez Belmonte, M. (2015-2016). Cambio en la sociedad incaica del Perú tras la conquista española. [Trabajo de grado, Universidad de Alicante].
- Harris, M. (1996). Antropología cultural. Madrid: Alianza Editorial.

Martínez Romero, A., et al. (2021). Lenguaje: instrumento del desarrollo humano. *Revista Digital Universitaria*, 22(5), septiembre-octubre.

Mejía Gálvez, J., et al. (2017). Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana. *Revista Perú de Medicina Integrativa*, 2(1), 47-57.

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, 451-464. Menéndez, Eduardo L. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?* *Revista Alteridades* 4(7) págs. 71-83.

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.

Menéndez, E. (2023). Medicina tradicional mexicana: Los objetivos y las formas de estudiarla. *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, 44(174), 149-171.

Meza Villaneda, X. W., & Trinidad Guzmán, H. (2017). Uso de medicina alternativa y su relación con el nivel socioeconómico, el estado de salud del paciente y el nivel de satisfacción de la medicina convencional en pacientes que acuden a consultorio externo de medicina general del hospital II ESSALUD Huánuco durante el periodo de agosto a octubre del 2015. [Tesis de pregrado].

Meza Villaneda, X. W., & Trinidad Guzmán, H. J. (2024). Uso de medicina alternativa y factores asociados en pacientes de un establecimiento de salud en Huánuco, Perú. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 9(1).

Mora Penrose, Z. (2012). El arte de sanar de la medicina Mapuche: Antiguos secretos y rituales sagrados (1ª ed.). Santiago de Chile: Uqbar Editores.

Moreno-Castro, C. (2017). Campañas institucionales en salud pública: El caso contra el virus VPH. Madrid: Dextra Editorial.

Moreno-Castro, C. (2023). Base de datos de noticias relacionadas con las terapias complementarias y/o alternativas (2015-2016) del proyecto ESTENAS. Recuperado de <https://rodrigo.uv.es/handle/10550/90782>.

Moreno-Castro, C., & Cano Orón, L. (Eds.). (2019). Terapias alternativas en la esfera de salud pública. Madrid: Dextra Editorial.

Modena, M. E. (1990). Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica. México: Ediciones de la Casa Chata.

Nevado Llopis, A. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace@*, 15(40), 2do semestre.

Nigenda, G., Lockett, L., Manca, C., & Mora, G. (2001). Emerging socialities and subjectivities in twenty-first century healthcare. Amsterdam: Amsterdam University.

OMS. (2014-2023). Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional. Recuperado el 5 de enero de 2025. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096>

Rengifo, G. (1993). El saber en la cultura andina y en Occidente moderno: Aproximaciones. En *Afirmación cultural andina* (pp. xx-xx). Lima: PRATEC.

Restrepo de Paz, M., et al. (2014-2015). Madeleine Leinenger: Teoría y modelo. Reto para los cuidados enfermeros. Programa de Enfermería, Universidad del Cauca. Popayán.

Román López, P., et al. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 204-212.

Rodríguez Barquero, V. (2005). Terapias mente-cuerpo: Una reintegración de mente, cuerpo y espíritu. *Revista de Ciencias Sociales* (Cr), 3-4(109-110), 183-190. Universidad de Costa Rica.

Riccó, I. (2014). ¿Medicina popular o prácticas New Age? Un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy. En *Periferias, Fronteras y Diálogos: XIII Congreso de Antropología de la FAAEE*.

Riccó, I. (2017). En busca de un «Nuevo Mundo Mágico»: De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado. [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili].

Riccó, I. (2016). «Soy como un aspirador»: Medicina popular, espiritualidad y New Age en las terapias de un curandero catalán. *Periferia*, 21(1), 34-55.

Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto: Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Revista Electrónica Razón y Palabra* (40), agosto-septiembre. México.

Roberti Di Sarsina, P., Guadagni, P., & Alivia, M. (2012). Person centred medicine: ¿Beyond integrative medicine? ECHAMP Newsletter, marzo.

- Salazar Soto, L. A. (2019). Enfermedad en las percepciones de curanderos urbanos en Chimbote. Recuperado de <https://www.uns.edu.pe/recursos/investigaciones/50.pdf>.
- Saavedra Osorio, M. (2019). El intercambio de patógenos como aliados en el éxito de la conquista española de América. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(17), 180-187.
- Nanda, S. (1987). Antropología cultural. México: Grupo Editorial Iberoamericana.
- Shang, C. (2001). Emerging paradigms in mind-body medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(1), 83-91.
- Kottak, P. C. (2007). Introducción a la antropología cultural (5ª ed.). McGrawHill/Interamericana de España.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea: Hegemonía, capacidad de actuar y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Polo de Ondegardo, J. (1916). Informaciones acerca de la religión y gobierno de los Incas. En H. Urteaga (Ed.), Colección de libros y documentos referentes a la historia del Perú (Vol. 3). Lima: Sanmartí y Cía.
- Polia, M. (1989). «Contagio» y «pérdida de la sombra» en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú septentrional: Provincias de Ayabaca y Huancabamba. *Anthropologica*, 7(7), 195-231.
- Protzel, J. (2006). Procesos interculturales: Texturas y complejidad de lo simbólico. En Fondo Editorial, Universidad de Lima (pp. 141-193).
- Plaza del Pino, J., & Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), julio-septiembre.
- Taussig, M. T. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medical Anthropology*, 14(1), 3-13.
- Torrez Jarquin, D., & Ruiz Calderón, A. (2019). Comunicación intercultural en la transmisión de conocimientos, saberes y prácticas culturales de la medicina tradicional en el pueblo mestizo costeño de Siuna. *Revista Ciencia e Interculturalidad*, 25(12), julio-diciembre.

Torres Peña, W. A. (2012). Análisis semiológico del discurso verbal y los símbolos que usan los curanderos en la parroquia Pacayacu de la provincia de Sucumbíos. [Tesis de licenciatura].

Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

Van Kessel, J. (1989). Tecnología aymara: Un enfoque cultural. En *Afirmación cultural andina*. Lima: PRATEC.

Varese, S. (1965). Antonio Raimondi. Lima: Editorial Litográfica «La Confianza».

Valdizán, H. (1915). La corteza peruana. *La Crónica Médica*. Lima, abril.

Vallejo Pareja, M. A., & Vallejo-Slocker, L. (2020). Escuchando al placebo, o cómo averiguar por qué funcionan los tratamientos. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 191-201.

Verdín Amaro, K. (2012). Diálogo con las deidades: Etnografía de la comunicación en el ámbito de la curación entre los wixaritari. *Cuadernos Interculturales*, 10(18), 127-143.

Velázquez, C. G. (2006). La New Age: Propuesta de una espiritualidad global. *Quaderns-E de PICA*, 7, 1-19.

Yanchaguano Taco, J., & Francisco Pérez, J. (2019). Medicina convencional frente a medicina tradicional: Preferencias de uso en una comunidad rural de Ecuador. *Revista Cuatrimestral Conecta Libertad*, 1(1), 44-54.

Zayas Agüero, P. M. (2011). La comunicación interpersonal. España: EAE Editorial Academia Española.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO-CUESTIONARIO

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE CURANDEROS Y PACIENTES EN LA MEDICINA TRADICIONAL: ESTUDIO DE CASO EN LA REGIÓN HUÁNUCO, PERÚ

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CULTURA	CONOCIMIENTOS POPULARES	• Saberes ancestrales • Experiencias cotidianas • Paradigmas (Modelos) • Respuestas practicas • Saberes tradicionales
	CREENCIAS	• Representaciones mentales. • Pensamientos de fe y seguridad.
	COSTUMBRES	• Hábitos de curación • Prácticas culturales
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	TRANSPARENCIA	• Firmeza • Honestidad • Piensa, siente y actúa
	AUTENTICIDAD	• Revelación de información • Confianza
	COHERENTE	• Frases de acuerdo con el interlocutor

		• Relación entre lo que se piensa y se dice
	ACEPTACION	• Tolerancia a puntos de vista • Respeto entre personas
	CONSONANCIA	• Entorno emocional positivo: cordialidad, alegría y buen estado de ánimo.

ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene por objetivo «analizar la influencia que tiene la cultura en la comunicación interpersonal entre curanderos y pacientes en la medicina tradicional peruana, de la región Huánuco». Marque con una «X» la respuesta que crea conveniente, teniendo en cuenta los siguientes ítems:

CALIFICACION	VALOR
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1
EN DESACUERDO	2
NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	3
DE ACUERDO	4
TOTALMENTE DE ACUERDO	5

CULTURA					
CALIFICACIÓN	1	2	3	4	5
CONOCIMIENTOS POPULARES					
1.Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen.					
2.Pienso que los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza.					

3. Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad.					
4. Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo.					
5. Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero, con mi enfermedad.					
6. Respeto los saberes tradicionales del curandero.					
CREENCIAS					
7. Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño.					
8. Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero.					
9. Pienso que el espíritu del cerro ayudara a la curandera a vencer las fuerzas del mal.					
10. Creo que la chaqcha de la coca garantizara mi curación.					
11. Pienso que el color del cigarro indicara si mejorara o empeorara mi salud.					
12. Creo que las ofrendas hechas al Hirca me ayudaran para sanarme más rápidamente.					
COSTUMBRES					
13. Opino que la pasada de huevo me sacará el dolor y las malas energías.					
14. Entiendo que la pasada de cuy (shoqpi) me limpiara de los males que tengo.					
15. Profeso que la pasada del sapo me sacará el mal del cuerpo.					
16. Pienso que la pasada del plomo descifrará el mal que tengo.					
17. Creo que el baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad.					
18. Pienso que la pasada de ruda con flores ahuyentará mis males.					
19. Opino que la soplada de aguardiente alejara las fuerzas del mal.					

20. Creo que cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane.					
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL					
CALIFICACIÓN	1	2	3	4	5
TRANSPARENCIA					
21. Pienso que el curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones.					
22. Entiendo que el curandero no duda de las prácticas de curación que realiza.					
23. Opino que el curandero es honesto al comunicarse conmigo.					
24. Pienso que es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.					
25. Opino que el curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad.					
AUTENTICIDAD					
26. Profeso que el curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron.					
27. Tengo plena confianza que el curandero me sanará.					
28. No desconfío de las prácticas de curación que realiza mi curandero.					
29. Creo que la información que recibo de mi curandero es cierta.					
COHERENTE					
30. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero.					
31. Pienso que las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación.					
32. Profeso que el pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos.					
ACEPTACION					
33. Considero que las creencias del curandero le permiten realizar rituales de sanación.					
34. Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.					
35. Opino que los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo.					

36. Comprendo que los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación.					
37. Considero que los cobros del curandero por su trabajo son los adecuados.					
CONSONANCIA					
38. Opino que el trato del curandero es amable.					
39. Considero que el ambiente donde trata el curandero es hospitalario.					
40. Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato.					
41. Las frases que utiliza el curandero son comprensibles.					
42 El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación.					

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre.....

Edad.....

Actividad.....

Lugar.....

GRACIAS

ANEXO 2

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I

TITULO: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE CURANDEROS Y PACIENTES EN LA MEDICINA TRADICIONAL PERUANA: ESTUDIO DE CASO EN LA REGIÓN HUÁNUCO, PERÚ

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de experto: ANA MARÍA MATOS RAMÍREZ

Especialidad: Dra. en Administración.

«Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad»

INDICADOR	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CONOCIMIENTOS POPULARES	1.Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen.	4	4	4	4
	2.Pienso que los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza.	4	4	4	4
	3.Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad	4	4	4	4
	4.Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo.	4	4	4	4

	5. Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero, con mi enfermedad.	4	4	4	4
	6. Respeto los saberes tradicionales del curandero.	4	4	4	4
CREENCIAS	7. Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño.	4	4	4	4
	8. Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero.	4	4	4	4
	9. Pienso que el espíritu del cerro ayudara a la curandera a vencer las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	10. Creo que la chaqcha de la coca garantizara mi curación.	4	4	4	4
	11. Pienso que el color del cigarro indicara si mejorara o empeorara mi salud.	4	4	4	4
	12. Creo que las ofrendas hechas al Hirca me ayudaran para sanarme más rápidamente.	4	4	4	4
COSTUMBRES	13. Opino que la pasada de huevo me sacará el dolor y las malas energías.	4	4	4	4
	14. Entiendo que la pasada de cuy (shoqpi) me limpiara de los males que tengo.	4	4	4	4
	15. Profeso que la pasada del sapo me sacará el mal del cuerpo.	4	4	4	4
	16. Pienso que la pasada del plomo descifrará el mal que	4	4	4	4

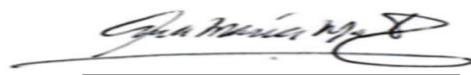
	tengo.				
	17. Creo que el baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad.	4	4	4	4
	18. Pienso que la pasada de ruda con flores ahuyentará mis males.	4	4	4	4
	19. Opino que la soplada de aguardiente alejara las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	20. Creo que cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane.	4	4	4	4
TRANSPARENCIA	21. Pienso que el curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones.	4	4	4	4
	22. Entiendo que el curandero no duda de las prácticas de curación que realiza.	4	4	4	4
	23. Opino que el curandero es honesto al comunicarse conmigo.	4	4	4	4
	24. Pienso que es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	25. Opino que el curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad.	4	4	4	4
AUTENTICIDAD	26. Profeso que el curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron.	4	4	4	4
	27. Tengo plena confianza que el curandero me sanara.	4	4	4	4
	28. No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero.	4	4	4	4
	29. Creo que la información que	4	4	4	4

	recibo de mi curandero es cierta.				
COHERENTE	30. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero.	4	4	4	4
	31. Pienso que las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación.	4	4	4	4
	32. Profeso que el pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos.	4	4	4	4
ACEPTACION	33. Considero que las creencias del curandero se parecen a las mías.	4	4	4	4
	34. Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	35. Opino que los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo.	4	4	4	4
	36. Comprendo que los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación.	4	4	4	4
	37. Considero que los cobros del curandero por su trabajo son los adecuados.	4	4	4	4
CONSONANCIA	38. Opino que el trato del curandero es amable.	4	4	4	4
	39. Considero que el ambiente donde trata el curandero es hospitalario.	4	4	4	4
	40. Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato.	4	4	4	4
	41. Las frases que utiliza el curandero son comprensibles.	4	4	4	4
	42. El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación.	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()



Firma y sello del experto

II

TITULO: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE CURANDEROS Y PACIENTES EN LA MEDICINA TRADICIONAL PERUANA: ESTUDIO DE CASO EN LA REGIÓN HUÁNUCO, PERÚ

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de experto: DR. WERNER PINCHI RAMIREZ

Especialidad: Dr. Economía y Sociología

«Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad»

INDICADOR	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CONOCIMIENTOS POPULARES	1. Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen.	4	4	4	4
	2. Pienso que los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza.	4	4	4	4
	3. Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad	4	4	4	4
	4. Mi persona forma	4	4	4	4

	parte de la naturaleza como ser colectivo.				
	5. Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero, con mi enfermedad.	4	4	4	4
	6. Respeto los saberes tradicionales del curandero.	4	4	4	4
CREENCIAS	7. Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño.	4	4	4	4
	8. Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero.	4	4	4	4
	9. Pienso que el espíritu del cerro ayudara a la curandera a vencer las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	10. Creo que la <i>chaqcha</i> de la coca garantizara mi curación.	4	4	4	4
	11. Pienso que el color del cigarro indicara si mejorara o empeorara mi salud.	4	4	4	4
	12. Creo que las ofrendas hechas al <i>Hirra</i> me ayudaran para sanarme más rápidamente.	4	4	4	4
COSTUMBRES	13. Opino que la pasada de huevo me sacará el dolor y las malas	4	4	4	4

	energías.				
	14. Entiendo que la pasada de cuy (shoqpi) me limpiara de los males que tengo.	4	4	4	4
	15. Profeso que la pasada del sapo me sacará el mal del cuerpo.	4	4	4	4
	16. Pienso que la pasada del plomo descifrá el mal que tengo.	4	4	4	4
	17. Creo que el baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad.	4	4	4	4
	18. Pienso que la pasada de ruda con flores ahuyentará mis males.	4	4	4	4
	19. Opino que la soplada de aguardiente alejara las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	20. Creo que cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane.	4	4	4	4
TRANSPARENCIA	21. Pienso que el curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones.	4	4	4	4
	22. Entiendo que el curandero no duda de	4	4	4	4

	las prácticas de curación que realiza.				
	23. Opino que el curandero es honesto al comunicarse conmigo.	4	4	4	4
	24. Pienso que es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	25. Opino que el curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad.	4	4	4	4
AUTENTICIDAD	26. Profeso que el curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron.	4	4	4	4
	27. Tengo plena confianza que el curandero me sanara.	4	4	4	4
	28. No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero.	4	4	4	4
	29. Creo que la información que recibo de mi curandero es cierta.	4	4	4	4
COHERENTE	30. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero.	4	4	4	4
	31. Pienso que las ideas del curandero le	4	4	4	4

	permiten realizar rituales de sanación.				
	32. Profeso que el pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos.	4	4	4	4
ACEPTACION	33. Considero que las creencias del curandero se parecen a las mías.	4	4	4	4
	34. Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	35. Opino que los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo.	4	4	4	4
	36. Comprendo que los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación.	4	4	4	4
	37. Considero que los cobros del curandero por su trabajo son los adecuados.	4	4	4	4
CONSONANCIA	38. Opino que el trato del curandero es amable.	4	4	4	4
	39. Considero que el ambiente donde trata el curandero es hospitalario.	4	4	4	4
	40. Los gestos del	4	4	4	4

	curandero demuestran cordialidad y buen trato.				
	41. Las frases que utiliza el curandero son comprensibles.	4	4	4	4
	42. El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación.	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()


Dr. Werner Rinchi Ramírez

Firma y sello del experto

III

TÍTULO: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE CURANDEROS Y PACIENTES EN LA MEDICINA TRADICIONAL PERUANA: ESTUDIO DE CASO EN LA REGIÓN HUÁNUCO, PERÚ

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de experto: DR. CLAYTON ALVARADO CHAVEZ

Especialidad: Dr. Economía y Sociología

«Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad»

INDICADOR	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CONOCIMIENTOS POPULARES	1. Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen.	4	4	4	4
	2. Pienso que los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza.	4	4	4	4
	3. Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad	4	4	4	4

	4. Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo.	4	4	4	4
	5. Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero, con mi enfermedad.	4	4	4	4
	6. Respeto los saberes tradicionales del curandero.	4	4	4	4
CREENCIAS	7. Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño.	4	4	4	4
	8. Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero.	4	4	4	4
	9. Pienso que el espíritu del cerro ayudara a la curandera a vencer las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	10. Creo que la <i>chaqcha</i> de la coca garantizara mi curación.	4	4	4	4
	11. Pienso que el color del cigarro indicara si mejorara o empeorara mi salud.	4	4	4	4
	12. Creo que las ofrendas hechas al <i>Hinu</i> me ayudaran para sanarme más rápidamente.	4	4	4	4
COSTUMBRES	13. Opino que la pasada de huevo me sacará el	4	4	4	4

	dolor y las malas energías.				
	14. Entiendo que la pasada de cuy (shoqpi) me limpiara de los males que tengo.	4	4	4	4
	15. Profeso que la pasada del sapo me sacará el mal del cuerpo.	4	4	4	4
	16. Pienso que la pasada del plomo descifrá el mal que tengo.	4	4	4	4
	17. Creo que el baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad.	4	4	4	4
	18. Pienso que la pasada de ruda con flores ahuyentará mis males.	4	4	4	4
	19. Opino que la soplada de aguardiente alejara las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	20. Creo que cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane.	4	4	4	4
TRANSPARENCIA	21. Pienso que el curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones.	4	4	4	4
	22. Entiendo que el curandero no duda de las	4	4	4	4

	prácticas de curación que realiza.				
	23. Opino que el curandero es honesto al comunicarse conmigo.	4	4	4	4
	24. Pienso que es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	25. Opino que el curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad.	4	4	4	4
AUTENTICIDAD	26. Profeso que el curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron.	4	4	4	4
	27. Tengo plena confianza que el curandero me sanara.	4	4	4	4
	28. No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero.	4	4	4	4
	29. Creo que la información que recibo de mi curandero es cierta.	4	4	4	4
COHERENTE	30. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero.	4	4	4	4
	31. Pienso que las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación.	4	4	4	4
	32. Profeso que el pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos.	4	4	4	4

ACEPTACION	33.Considero que las creencias del curandero se parecen a las mías.	4	4	4	4
	34. Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	35. Opino que los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo.	4	4	4	4
	36. Comprendo que los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación.	4	4	4	4
	37. Considero que los cobros del curandero por su trabajo son los adecuados.	4	4	4	4
CONSONANCIA	38. Opino que el trato del curandero es amable.	4	4	4	4
	39. Considero que el ambiente donde trata el curandero es hospitalario.	4	4	4	4
	40. Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato.	4	4	4	4
	41. Las frases que utiliza el curandero son comprensibles.	4	4	4	4
	42. El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación.	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Firma y sello del experto



IV

TITULO: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE CURANDEROS Y PACIENTES EN LA MEDICINA TRADICIONAL: ESTUDIO DE CASO EN LA REGIÓN HUÁNUCO, PERÚ

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de experto: MÉLIDA SARA RIVERO LAZO.

Especialidad: Dra. en Administración.

«Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad»

INDICADOR	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CONOCIMIENTOS POPULARES	1. Tengo experiencias y prácticas de mi comunidad de origen.	4	4	4	4
	2. Pienso que los saberes ancestrales de mi comunidad se relacionan con la naturaleza.	4	4	4	4
	3. Pienso que las ofrendas hechas a los cerros nos ayudan en la curación de una enfermedad	4	4	4	4

	4. Mi persona forma parte de la naturaleza como ser colectivo.	4	4	4	4
	5. Acepto la lógica del procedimiento de obrar del curandero, con mi enfermedad.	4	4	4	4
	6. Respeto los saberes tradicionales del curandero.	4	4	4	4
CREENCIAS	7. Creo que estoy enfermo porque me hicieron daño.	4	4	4	4
	8. Pienso que el mal que me hicieron será curado por el curandero.	4	4	4	4
	9. Pienso que el espíritu del cerro ayudara a la curandera a vencer las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	10. Creo que la chaqcha de la coca garantizara mi curación.	4	4	4	4
	11. Pienso que el color del cigarro indicara si mejorara o empeorara mi salud.	4	4	4	4
	12. Creo que las ofrendas hechas al Hircá me ayudaran para sanarme más rápidamente.	4	4	4	4
COSTUMBRES	13. Opino que la pasada de huevo me sacará el	4	4	4	4

	dolor y las malas energías.				
	14. Entiendo que la pasada de cuy (shoqpi) me limpiara de los males que tengo.	4	4	4	4
	15. Profeso que la pasada del sapo me sacará el mal del cuerpo.	4	4	4	4
	16. Pienso que la pasada del plomo descifrá el mal que tengo.	4	4	4	4
	17. Creo que el baño de florecimiento me dará abundancia y prosperidad.	4	4	4	4
	18. Pienso que la pasada de ruda con flores ahuyentará mis males.	4	4	4	4
	19. Opino que la soplada de aguardiente alejara las fuerzas del mal.	4	4	4	4
	20. Creo que cada vez que me enfermo debo recurrir al curandero para que me sane.	4	4	4	4
TRANSPARENCIA	21. Pienso que el curandero al comunicarse conmigo es firme en sus indicaciones.	4	4	4	4
	22. Entiendo que el curandero no duda de las prácticas de curación que	4	4	4	4

	realiza.				
	23. Opino que el curandero es honesto al comunicarse conmigo.	4	4	4	4
	24. Pienso que es verdadero lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	25. Opino que el curandero piensa, siente y actúa en función a la sanación de mi enfermedad.	4	4	4	4
AUTENTICIDAD	26. Profeso que el curandero me revela todo sobre el mal que me hicieron.	4	4	4	4
	27. Tengo plena confianza que el curandero me sanara.	4	4	4	4
	28. No desconfió de las prácticas de curación que realiza mi curandero.	4	4	4	4
	29. Creo que la información que recibo de mi curandero es cierta.	4	4	4	4
COHERENTE	30. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del curandero.	4	4	4	4
	31. Pienso que las ideas del curandero le permiten realizar rituales de sanación.	4	4	4	4
	32. Profeso que el pensamiento del curandero está de acuerdo con los míos.	4	4	4	4
	33. Considero que las	4	4	4	4

ACEPTACION	creencias del curandero se parecen a las mías.				
	34. Entiendo todo lo que afirma el curandero sobre mi enfermedad.	4	4	4	4
	35. Opino que los remedios que me da el curandero me curarán de la enfermedad que tengo.	4	4	4	4
	36. Comprendo que los rituales de sanación que se practican son importantes para mi curación.	4	4	4	4
	37. Considero que los cobros del curandero por su trabajo son los adecuados.	4	4	4	4
CONSONANCIA	38. Opino que el trato del curandero es amable.	4	4	4	4
	39. Considero que el ambiente donde trata el curandero es hospitalario.	4	4	4	4
	40. Los gestos del curandero demuestran cordialidad y buen trato.	4	4	4	4
	41. Las frases que utiliza el curandero son comprensibles.	4	4	4	4
	42. El curandero me genera confianza cuando emplea los elementos para la curación.	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Firma y sello del experto