



“AJENGIBRES SON DE MUJER”: AUTOATENCIÓN Y AGENCIA EN LOS CUIDADOS INFANTILES ENTRE MUJERES AWAJÚN

“GINGERS ARE FOR WOMEN”: SELF-CARE AND AGENCY IN CHILDCARE AMONG AWAJÚN WOMEN

Helen Palma

Universidad Peruana Cayetano Heredia
palmapinedo.h@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5329-4880>

Envío: 18 de febrero 2024 Aceptación: 6 de mayo 2024 Publicación: 16 de agosto 2024

Resumen

Frente a las viejas fuerzas medicalizantes y la reducción de las mujeres a madres-usuarias de establecimientos de salud, los saberes femeninos indígenas para cuidar y sanar se presentan como una respuesta que expresa agencia, afectos y creatividad. A fin de dar cuenta de ello, este artículo recoge, a partir de un trabajo etnográfico, algunos usos que las mujeres awajún hacen del jengibre (*Zingiber officinale*), recurso protagónico en las prácticas terapéuticas que desarrollan con sus hijos para resolver una diversidad de padecimientos. Esto es profundizado a partir de la descripción de un proceso de autoatención observado en el ámbito doméstico de una mujer awajún en Santa María de Nieva (región Amazonas, provincia de Condorcanqui). De esta manera, el uso de este recurso, registrado por

investigadores desde varias décadas atrás, es reproducido y revitalizado contemporáneamente a partir de redes femeninas de intercambio; y resulta en un claro ejemplo de apropiación creativa bajo sus nociones de salud.

Palabras claves: awajún; prácticas de autoatención; jengibre; Amazonas.

Abstract

In the face of the old medicalizing forces and the reduction of women to mother-users of health facilities, indigenous female knowledge of caring and healing is presented as a response that expresses agency, affection and creativity. In order to account for this, this article gathers from an ethnographic work some of the uses that Awajún women make of ginger (*Zingiber officinale*), a protagonist resource in the therapeutic practices they develop with their children to solve a diversity of illnesses. This is detailed from the description of a self-care process observed in the domestic context of an Awajún woman in Santa María de Nieva (Amazonas Region, Province of Condorcanqui). In this way, the use of this resource, registered by researchers since several decades ago, is reproduced and revitalized temporarily from female sharing networks, resulting in a clear example of creative appropriation under their notions of health.

Keywords: awajún; self-care practices; ginger; Amazonas.

1. Introducción

Este artículo tiene como objetivo ofrecer un registro de la relevancia y versatilidad del ajengibre¹ en las prácticas terapéuticas de las mujeres awajún, referidas en este caso a la salud y cuidados infantiles. El ajengibre ha sido señalado como un recurso destacado en los repertorios femeninos awajún desde hace varias décadas atrás (Berlin, 1977; Berlin, 1980; Brown, 1984), por lo que la evidencia que se presentará tiene el propósito de dar cuenta de la persistencia de estos saberes y prácticas, a pesar de la hegemonía de la biomedicina y medicalización que se promueve desde los agentes de poder en el ámbito de este trabajo². En esto,

las mujeres tienen un papel central, pues son las responsables de la revitalización cotidiana de estos modos de dar salud que expresan agencia, memoria, y creatividad. Esto se reafirma en la frase “ajengibres son de mujer” que da título al texto, expresión que varios hombres awajún utilizaban al hablar del tema conmigo, reconociendo de esa forma su uso como una especialidad femenina.

Los datos e ideas que se exponen surgen de una etnografía desarrollada como parte de mi tesis doctoral (Palma-Pinedo, 2023) realizada en Santa María de Nieva, capital y centro urbano de la provincia de Condorcanqui. La experiencia de trabajo de campo en este contexto me permitió desarrollar lazos con distintas familias y personas³, varias de las cuales residían en los barrios de Kampagkis y Paraíso. Estos barrios se encuentran ubicados en una zona periférica de Santa María de Nieva y se conformaron en años recientes a partir de invasiones de familias provenientes de comunidades de las cabeceras de los ríos Santiago, Nieva, Cenepa, y Dominguza; quienes se asentaron allí en búsqueda de un mejor acceso a servicios y trabajo. Fue a partir de varias mujeres awajún de estos barrios que pude conocer sobre los usos cotidianos de los ajengibres para la atención de múltiples padecimientos en sus familias, sobre todo de los niños. Una de ellas fue Mirza Anjis⁴, protagonista de este artículo, a partir de quien pude conocer más a profundidad sobre este tema y comprender el sentido que estas prácticas tienen en sus trayectorias, más allá de resolver problemas de salud. Esto es ilustrado a través de la presentación de un proceso de autoatención que pude observar en su vivienda para el tratamiento de un problema que aquejaba a su hijo más pequeño.

El abordaje propuesto parte del concepto de prácticas de autoatención (Menéndez, 2005), que destaca la autonomía y dimensión colectiva de las acciones que se desenvuelven como parte del proceso salud-enfermedad-atención. El caso que se describe en este texto permite resaltar la circulación de ajengibres y la fluidez de este tipo de saberes entre mujeres awajún. Además, contribuye a una mirada de estas como agentes, en contraposición a la pasividad que los roles de “usuarias” del sistema de salud y “beneficiarias” de programas sociales les impone en este contexto.

El artículo se organiza en tres partes. Primero, se presentan referencias del ajengibre como recurso terapéutico provenientes de investigaciones y etnografías desarrolladas entre los awajún, lo que se complementa con información obtenida de mi trabajo de campo. Esto incluye algunas fotos compartidas generosamente por Mirza Anjis que fueron tomadas en su huerta. Seguidamente, se exponen algunas referencias que parten del marco de las prácticas de autoatención y el protagonismo de las mujeres, identificado a partir del registro de estas prácticas. Finalmente, se describe el proceso de autoatención que se pudo observar en la vivienda de Mirza, el cual aterriza las ideas propuestas en este trabajo.

2. El ajengibre como recurso terapéutico

El ajengibre (*Zingiber officinale*), o *ajég* como es llamado en awajún, es uno de los recursos más usados en el ámbito doméstico, el cual es de dominio principalmente femenino. Según registros antiguos, habría sido el padre C. Laguna quien lo introdujo al Perú en 1774 desde el Ecuador, y de allí se habría dispersado gradualmente a través del Amazonas (Berlin, 1977). A partir de la investigación etnobotánica dirigida por el antropólogo Brent Berlin en los años 70 en comunidades del Alto Marañón se obtuvo información más detallada sobre la diversidad y relevancia de este recurso entre los awajún. Así, su estudio llegó a identificar diez variedades de ajengibres que eran usados en ese momento. Una parte de estos eran empleados por las mujeres para el control de la fertilidad, durante el parto y postparto; lo cual fue registrado por Eloise Anne Berlin como parte de la misma investigación (Berlin, 1980). Por ejemplo, la autora señala que el *kága ajég* era mencionado frecuentemente como anticonceptivo, lo cual es graficado en el término *kága* que refiere al principio de secado y endurecimiento que este ajengibre causaba en el útero, similar a cuando la carne es ahumada. También está el *katsútai ajég*, cuyo nombre hace alusión a un “gran retraso”, por lo que las mujeres lo describían como un efectivo antimenstruante. En estos casos, los ajengibres eran administrados por vía rectal. Sin embargo, otras variedades usadas durante el embarazo y parto eran administradas a partir de té y frotaciones. Un ejemplo era el *esék ajég* usado para acomodar

al bebé en el vientre de la madre, o también el *ikish ajég* que ayudaba a que el útero se reduzca más rápidamente luego del parto y a controlar las hemorragias en la parturienta (Berlin, 1980)⁵. Trabajos más recientes, entre ellos algunos de autoría awajún, continúan ofreciendo registros de los usos e importancia de los ajengibres durante el embarazo, parto y puerperio (Yampis, 2016).

B. Berlin (1977) afirma que los awajún no reconocían a este como un recurso propio, pero que, debido a sus características, logró una gran aceptación, llegando incluso a atribuírsele propiedades psicoactivas. En ese sentido, la fuerte incorporación del ajengibre en sus procesos terapéuticos tiene que ver con las nociones de eficacia; en las cuales lo amargo, ácido, picante e incluso maloliente es asociado con propiedades medicinales y psicoactivas; en tanto lo dulce es relacionado a lo débil (Brown, 1978). Este tipo de características, además de sus beneficios astringentes y cáusticos, contribuyeron a ello. Michael Brown, al indagar sobre este punto durante su trabajo etnográfico con los awajún del Alto Mayo, describe que cada vez que preguntaba a sus interlocutores sobre por qué consideraban al ajengibre como una medicina eficaz, solía obtener la respuesta que se debía a que es “picante” o “amargo” (Brown, 1984). Este principio de eficacia es aplicado a otro tipo de recursos, como por ejemplo las plantas alucinógenas, tanto entre los awajún como en otros pueblos amazónicos (Shepard, 2005). La importancia del ajengibre en la farmacopea local es tal que Greene (2009) lo llegó a presentar como un buen ejemplo de “customización aguaruna”; esto es, una apropiación en sus términos y bajo sus nociones etnobiológicas y de salud.

Los ajengibres, junto a las variedades de piri piri (*Cyperus articulatus*) —o *pijipíg* en awajún—, suelen ser algunas de las especies más presentes en las huertas domésticas que las mujeres awajún cuidan, asegurándose de siempre tenerlas a la mano para la rápida atención de cualquier malestar. Sin embargo, también son obtenidas a partir del intercambio con otras mujeres. Esto es bien resumido por Brown:

Existen diversas clases de plantas medicinales que las mujeres aguarunas cultivan con el mayor cuidado en sus chacras o en la huerta

doméstica alrededor de su casa (...) pero entre todas las más importantes son el jengibre, el piripiri, de las que existen muchas variedades conocidas. Las mujeres obtienen las variedades de jengibre y piripiri como regalos de sus parientes o por trueque con las mujeres de otras comunidades distantes en las ocasiones de una visita. Cuando una mujer consigue una nueva variedad de planta aprende de la propietaria anterior, su nombre y la enfermedad para la que es efectiva. Esto es algo importante ya que, en algunos casos, diferentes variedades de la misma planta tienen efectos opuestos. Por ejemplo, una variedad de jengibre aumenta la fertilidad de una mujer, mientras que otra puede ocasionar esterilidad. (1984, p.186)

Durante el trabajo de campo, se pudo observar que el ajengibre se mantiene como un recurso primordial para el tratamiento de diversos males que aquejan a los niños y adultos; el cual era consumido ya sea partir de su jugo, en puré o en enemas. Como se observará más adelante, el enema es una de las formas de administración de ajengibre más comunes entre los awajún, lo que ha sido registrado desde tiempo atrás. Berlin (1980) identificó que gran parte de los ajengibres y piri piri usados como anticonceptivos, antimenstruantes, abortivos y activadores de la fertilidad eran usados de esta forma. Más recientemente, Yampis (2016) registra también el uso de enemas de ajengibre luego del parto para expulsar la placenta y para evitar hemorragias. La preferencia por los enemas probablemente tenga que ver con las nociones de eficacia vinculadas a la rapidez y poder de absorción que se atribuye a este procedimiento.

En el caso de los bebés e infantes, se pudo observar que la atención de cualquier afección estomacal y respiratoria, sea cual sea la causa, podía incorporar el uso de ajengibres en alguna de las formas señaladas. Sin embargo, a pesar de que estos padecimientos eran los más frecuentes, existían circunstancias más particulares en las que eran utilizados. Un ejemplo de esto fue que, por lo menos tres personas diferentes, comentaron la existencia de un tipo de ajengibre dado a los infantes que se demoraban en caminar. Su nombre era *wekaetái ajég*, que hace alusión al acto de pararse o estar de pie. En este caso, consideramos que este tipo de atribuciones se relacionan con las dimensiones ontológicas que envuelven al tratamiento que dan las mujeres awajún a ciertas plantas, lo cual

conllea a que las propiedades adjudicadas a una especie tengan que ver con quien la crío. Por ello, cuando dijeron que existía un ajengibre que tenía esas propiedades, no se referían a cualquiera de una misma especie, sino al que pertenecía específicamente a una mujer que era la dueña de ese ajengibre y quien aseguraba que servía para ello. Es por esto que, tal como señala Brown en la cita anterior, las mujeres comparten entre sí las propiedades específicas que tiene el ajengibre que se entrega, expresando una circulación de saberes entre ellas. No tomar en cuenta los complejos vínculos que las mujeres sostienen con sus plantas y huertas, así como la *expertise* que van ganando a partir de la experimentación en sus usos, hace que las versiones obtenidas sobre un mismo tipo de ajengibre resulten contradictorias y confusas para oídos foráneos. Sobre el tema, Brown profundiza en otros trabajos (Brown y Van Bolt, 1980; Brown, 2007) en las dimensiones tecnológicas y afectivas vinculadas a la horticultura, actividad eminentemente femenina que comprende conocimientos etnobotánicos muy ricos.

De otro lado, se observó que los ajengibres no son solo objeto de regalo e intercambio, sino que en ocasiones pueden convertirse en una mercancía preciada. Esto fue claro en el caso del ajengibre mencionado hace un momento cuya dueña aseguraba que hacía caminar más rápido a los niños, sobre el cual las interlocutoras del barrio de Kampagkis dijeron que costaba alrededor de cien soles, cifra que da cuenta del valor que las personas dan a este recurso. Sin embargo, el hecho de que algunas mujeres opten por venderlos no siempre es bien visto, y puede ser observado como un acto de mezquindad. Una de las personas que expresó esto fue Mirza Anjis durante el proceso de autoatención que se presentará más adelante. Se puede afirmar que esta es una forma de cuestionar las rupturas en las solidaridades e intercambios entre mujeres que solían darse a partir de la circulación de este tipo de recursos y saberes.



Fig. 1 A la izquierda, foto tomada por Mirza Anjis, en su huerta en el barrio de Kampagkis, en la que se observa una planta de ajengibre. Fig. 2 A la derecha, ajengibre usado por ella para tratar males estomacales y fiebres de su hijo pequeño.

Además de los usos mencionados, las propiedades del ajengibre fueron ampliamente difundidas durante la pandemia por el covid-19, momento en el que su consumo se intensificó no solo entre los awajún sino en otros pueblos indígenas amazónicos (Fasabi, 2022) y en combinación con otras plantas como en el matico, mucura, y sachá ajo. En general, el uso de este tipo de recursos se da en un contexto de intermedicalidad⁶, caracterizado por un estilo terapéutico híbrido que mezcla conocimientos de la etnomedicina y biomedicina (Follér, 2004; Greene, 1998). Los males crónicos o que implican un nivel de gravedad son los que más ejemplifican este tipo de práctica, lo cual se hace visible en los procesos de autoatención.

3. Mujeres y prácticas de autoatención

Una forma de aproximarse al uso del ajengibre y recursos similares es a partir del registro de las prácticas de autoatención (Menéndez, 2005)⁷.

Con este concepto, Menéndez resalta el carácter autónomo de las acciones que contribuyen a la reproducción biosocial de los sujetos y grupos, especialmente en el ámbito doméstico (Langdon, 2014). Con esto, se marca una diferencia con el concepto de autocuidado utilizado en la salud pública, el cual refiere a la incorporación individual de las prácticas definidas como saludables desde la biomedicina para la prevención y tratamiento de enfermedades. En contraste, la autoatención destaca la dimensión colectiva de los cuidados, así como las creatividades que emergen en el proceso salud-enfermedad-atención a partir de la articulación de recursos de diversa índole, y en diálogo con sus nociones de salud y cosmovisión.

La visibilización de las prácticas de autoatención, especialmente referente a la salud indígena, ha sido terreno fértil en la antropología latinoamericana (Langdon y Garnelo, 2017; Maluf et al., 2020; Menéndez, 2018). Varios trabajos que incorporan este enfoque han destacado el protagonismo de las mujeres en la autoatención y como parte de itinerarios terapéuticos⁸ (Dias-Scopel, 2018; Ghiggi, 2022). Las mujeres awajún no son la excepción a esta tendencia. Los cuidados que brindan a sus hijos y otros miembros de sus familias para el alivio de sus padecimientos, son la extensión de una trama de cuidados que involucra, por ejemplo, a sus huertas y chacras, las cuales contribuyen a la salud en un sentido amplio. En esto, suelen ser las mujeres mayores las más consideradas por su experiencia y conocimiento en el uso de plantas. Al respecto, Brown refería:

El cultivo, preparación y aplicación de las plantas medicinales es una tarea mayormente femenina. Las mujeres ancianas, que tienen más experiencia en el uso de las plantas medicinales, son consideradas como autoridad en los remedios tradicionales y su conocimiento es muy apreciado en su familia y en toda la comunidad. (1984, p.187)

No obstante, explorar el terreno de la autoatención exige no perder de vista las circunstancias que propician que esta emerja y lo que su ejercicio representa más allá de su contexto inmediato. Menéndez (2018) señala que el reflexionar a partir de este tipo de prácticas implica plantearnos preguntas como cuándo el no acudir a un servicio médico se debe a las debilidades de la atención de salud o a la falta de recursos económicos; o también cuándo estas expresan una forma de empoderamiento frente a la biomedicina.

Tomando en cuenta ello, es necesario señalar algunos de los factores estructurales y condiciones que afectan a las familias de Santa María de Nieva. Por un lado, los problemas para el acceso a servicios básicos, particularmente a agua segura, motiva el desarrollo de frecuentes problemas de salud en los niños que les exigen buscar asistencia de forma regular⁹. Esto se acentúa en los barrios de Kampagkis y Paraíso, los cuales, debido a su ubicación, tienen un acceso a servicios aún más limitados. De otro lado, los servicios de salud oficiales presentes no logran cubrir las demandas de atención de las familias, lo que obliga a que muchas personas gasten de sus propios recursos para cubrir sus tratamientos en los servicios privados y farmacias¹⁰. Las familias en situación de pobreza presentan evidentemente mayores dificultades para hacer frente a las emergencias de salud. Este escenario favorece a que muchos opten por hacer uso de recursos terapéuticos diversos. Asimismo, las relaciones entre el personal de salud mestizo y los pacientes indígenas no están exentos de tensiones. A pesar de los discursos e iniciativas interculturales en salud presentes en Santa María de Nieva, en la práctica las relaciones que se tejen en el marco de la atención no dejan de lado una aproximación etnocéntrica y desvalorizante, particularmente con los indígenas que tienen formas y prácticas más vinculadas a la vida rural (Palma-Pinedo, 2023). Una mala experiencia en los servicios de salud públicos puede tener como consecuencia el distanciamiento con los mismos, lo cual es muchas veces interpretado por el personal de salud de forma errónea como un rechazo a la biomedicina. Esto no es correcto. De hecho, los awajún han sido identificados como un ejemplo de aceptación e incorporación de elementos de la biomedicina, inclusive en sus prácticas chamánicas (Greene, 1998).

A pesar de las debilidades de los servicios de salud, las mujeres awajún de Santa María de Nieva suelen tener un fuerte contacto con estos, sobre todo las gestantes y aquellas que son madres de niños pequeños. Una de las principales razones son los programas sociales en los que gran parte de las familias están inscritas; estos exigen el cumplimiento de controles y vacunas, así como la participación en otras actividades como campañas y charlas. Estas tareas son asumidas por las madres, dándose en la práctica una feminización de las responsabilidades de cuidado exigidas por el Estado. Esta era

la situación de Mirza Anjis y gran parte de las interlocutoras, quienes debían asistir regularmente al centro de salud por cada uno de sus hijos pequeños. Los condicionamientos exigidos por estos programas, así como la frecuente culpabilización de las madres de familia por el escaso éxito de ciertas intervenciones, dejaban espacio a la producción de resistencias cotidianas¹¹.

En ese sentido, se observa a las prácticas de autoatención como una respuesta femenina a las distintas presiones que atraviesan sus trayectorias individuales y vínculos con el sistema de salud, que expresa autonomía y la puesta en práctica de sus saberes y experiencias para su supervivencia. En esta discusión es central la noción de agencia (Ortner, 2007), expresada en la capacidad de generar resistencias, negociar, producir formas alternativas de organización a las fuerzas dominantes, entre otros (Menéndez, 2018). La descripción que se presenta en el siguiente punto es un ejemplo de este argumento.

4. Ajengibres y autoatención

El caso que se describirá parte del acompañamiento y observación a un episodio de enfermedad de uno de los hijos de Mirza Anjis, una de las interlocutoras más importantes a lo largo de mi experiencia en Santa María de Nieva. Mirza era madre soltera cuando la conocí y vivía sola con sus hijos, de los cuales el más pequeño, de 11 meses, sufría con frecuencia problemas gastrointestinales. Según ella, esto tenía que ver con la calidad del agua, virus que circulaban, así como la tierra y objetos sucios que el pequeño se llevaba a la boca. En este tipo de casos —frecuentes en los niños de esta zona—, había cuadros o síntomas que no eran de gravedad, tales como un cólico o malestar pasajero. No obstante, las diarreas en los bebés sí podían tornarse en un problema grave cuando esta duraba varios días y se añadían otros síntomas como fiebre y vómitos, ya que implicaba la deshidratación severa y pérdida de peso del bebé, incluso un riesgo de muerte.

Los padres y algunos de los hermanos de Mirza vivían en su comunidad de origen a unas dos horas de distancia, por lo que las visitas entre ellos solo eran posibles cuando tenían el tiempo y sobre todo dinero para pagar la

movilidad. El padre del menor protagonista de esta historia no tenía ninguna presencia en ese momento. Estos datos son importantes, ya que cuando se habla de autoatención se suele destacar el rol de los grupos domésticos que cohabitan en un mismo entorno y su involucramiento en los procesos de toma de decisiones para la búsqueda de cura. Sin embargo, este caso es distinto, puesto que no se trata de un colectivo familiar presente, sino de una madre soltera intentando resolver el problema de salud de su hijo a partir de los recursos disponibles. No obstante, como se verá, la ausencia física de sus redes familiares no anuló su participación en este proceso. En ese sentido, creo que este caso ayuda a ejemplificar los procesos seguidos por mujeres como Mirza, quienes en este entorno urbano deben hacerse cargo de los asuntos de salud lejos de sus redes familiares y como madres solteras.

En una de mis visitas a Kampagkis, fui a la casa de Mirza. Al verla me contó que su hijo estaba con diarreas y fiebre una vez más. Describió que su defecación estaba aguada y verdosa, y que solo tomaba leche materna. Cuando le pregunté cuál creía que era la causa, me respondió que no estaba segura, pero que probablemente era porque su bebé había estado comiendo tierra. A ello se añadía la desnutrición y anemia que padecía el pequeño, lo que se había estado intentando mejorar a partir del hierro y suplementos que el centro de salud le entregaba hace meses, aunque sin mayor progreso. Le pregunté si le había dado algún medicamento, a lo que respondió que solo paracetamol, pero que ya había dejado de dárselo porque no le hacía efecto. Le consulté si había pensado llevarlo a la posta, respondió que no, porque el tiempo que le demandaría caminar hasta allá bajo el sol con sus dos menores hijos y la espera por la atención era mucho, e implicaba que ella deje de trabajar ese día vendiendo comida en la calle, y que, por tanto, no tuviera dinero para comer. Añadió que lo que pensaba hacer era ponerle un enema de ajengibre, algo que decía le había funcionado muchas veces. Dada la confianza que nos teníamos me invitó a acompañarla y observar este proceso.

Cuando entramos a su casa, lo primero que hizo fue mostrarme dos bolsas que estaban en el suelo, las cuales contenían algunas raíces y frutos. Me explicó que estas habían sido enviadas por su cuñada que tenía su chacra en Tunánts, para que Mirza pueda curar a sus hijos de los males-tares que les habían estado aquejando últimamente. Las bolsas contenían

especies como el *numpa ajég* o “kión de sangre” que sirve para cortar una hemorragia; el *shiip ajég* que es un ajengibre utilizado para matar las amebas en los niños; el *kampanak* que es un cicatrizante; así como pepa de palta y algunos frutos que también tienen otros usos específicos. Fue interesante observar que estas bolsas estaban acompañadas de una nota en la que su cuñada escribió los nombres de estas especies, especificando en qué bolsa estaban, para que Mirza no se confunda. Cuando le pregunté si ella ya sabía antes sobre los beneficios de estos recursos, me dijo que no exactamente: “Como ella los tiene, ella los conoce, y me envía para que yo cure”, respondió. Además, me contó que ella y su mamá tenían otros tipos de ajengibres que, en su momento también le habían dado y enseñado sobre su uso a esta cuñada, lo que expresa un intercambio y circulación de tales recursos entre las mujeres de este grupo familiar.

En medio de esta conversación hice un comentario recordando que ella y otras mujeres me contaron acerca de personas que venden ajengibres a un precio alto. Ante eso, Mirza respondió: “Sí, hay mujeres que ahora lo venden caro, que lo mezquinan. Antes no era así. Nosotros no lo vendemos”. Con esto, expresaba que el vender este recurso es visto como un acto de mezquindad en el que algunas mujeres se “aprovechan” y lucran con algo que tradicionalmente formaba parte de las reciprocidades femeninas, tal como se estaba dando en ese momento entre ella y su cuñada.



Fig. 3 A la izquierda, una de las bolsas enviadas por la cuñada de Mirza junto a la nota que detalla los nombres de las especies que hay dentro. Fig. 4 A la derecha, Mirza revisando y escogiendo el ajengibre que iba a usar para su bebé.

Luego de esto, Mirza procedió a lavar y chancar el ajengibre hasta dejarlo como un puré, el cual fue después echado a un recipiente con agua, estrujándolo con la mano hasta extraer todo el jugo posible. A la par, me hizo probar un pedazo para sentir su sabor fuerte y picante, y compartió algunos detalles más sobre este procedimiento. También, resaltó que cuando se aplica este enema es importante no darle al bebé pastillas o jarabes de la farmacia, porque le podrían chocar y hacer peor.



Fig. 5 A la izquierda, Mirza machacando al ajengibre ayudada de una vara de madera. Fig. 6 A la derecha, este es exprimido en una vasija con agua.

El siguiente paso era proceder a la colocación del enema. Para esto, me llevó a la pequeña huerta que tenía en el exterior de su casa, donde, entre la variedad de arbustos y un par de árboles que había, se encontraba una planta llamada *nagkushiip* de la cual cortó un pedazo de carrizo, una especie de tubo delgado similar al bambú, a través del cual circularía el líquido extraído del ajengibre. Mirza añadió que ese tubo en específico es utilizado para los bebés por ser delgado. En cambio, cuando se desea aplicar el enema a un adulto se intenta comprar una bombilla que sirva para ese fin. Este pequeño tubo es lubricado en uno de sus extremos con saliva a fin de no lastimar al bebé.

Finalmente, Mirza hizo pasar dos bocanadas del líquido a través de este. Entre cada bocanada, observé que ella movía los labios como susurrando, a lo que dijo: “Le doy enema con oración para que se cure”. Ella, al

ser nazarena, solía incorporar en sus narrativas nociones correspondientes a esta religión. Durante este proceso, para mi sorpresa, el bebé se mantuvo muy tranquilo y no mostró mayor reacción.



Fig. 7 A la izquierda, Mirza obteniendo de su huerta un trozo del nagkushiip. Fig 8. A la derecha, aplicación del enema de ajengibre.

Después de esta visita, volví a ver a Mirza dos días después. Me contó que, si bien el enema había logrado una mejora con las diarreas, la fiebre y decaimiento de su bebé no habían tenido el mismo progreso, por lo que fue a la posta para que le colocaran suero. Luego de esto, su hijo se terminó de recuperar.

5. Reflexiones finales

A partir de este trabajo se ha buscado contribuir con el registro del uso del ajengibre, puesto que es uno de los recursos más destacados y versátiles de la farmacopea awajún. Como se ha resaltado a lo largo del texto, las prácticas en torno a los ajengibres son parte de una especialidad femenina, lo que se hace visible desde su cultivo, experimentaciones en su uso e intercambio con otras mujeres. Aunque existe evidencia sobre su importancia para la salud femenina a partir de su uso durante la gestación, parto y puerperio, en este caso se ha ofrecido un ejemplo de su relevancia en la salud infantil. Además, se mostró que las atribuciones dadas a los ajengibres son diversas, lo que da pistas de las dimensiones ontológicas que involucran el tratamiento de esta especie.

De otro lado, se describe un proceso de autoatención que nos deja algunas reflexiones. En primer lugar, el caso descrito permitió tener un fragmento de las prácticas de autoatención referentes a un evento de enfermedad que es muy frecuente en los niños del ámbito de este trabajo. Además, la situación de Mirza Anjis refleja también la situación de otras mujeres awajún que conocí en el barrio de Kampagkis; esto es, madres solteras con escasas redes familiares en este lugar, quienes deben afrontar de esa forma las dificultades que se dan durante la crianza de sus hijos. En segundo lugar, este ejemplo permite constatar que la expansión de la biomedicina en este contexto no ha significado el reemplazo de otras formas de conocimiento, dejando claro que el ajengibre se mantiene como un elemento importante en los repertorios terapéuticos femeninos awajún —algo que había sido registrado desde hace cuarenta años por investigadores como Brown (1984), B. Berlin (1977) y E. Berlin (1980)—, y que es revitalizada en la actualidad por mujeres como Mirza Anjis. Sin embargo, el uso del ajengibre no excluye el uso y articulación con recursos de la biomedicina e incluso rezos, lo que da cuenta del entrelazamiento de distintas tradiciones médicas en las prácticas cotidianas de los pacientes y sus familias (Langdon y Garnelo, 2017). De otro lado, aunque en este ejemplo Mirza no contaba con la presencia física permanente de su red familiar, y por tanto no hubo una participación directa de ellos en este proceso, observamos que hay un tejido social que se activa y responde a pesar de la distancia, lo que se hizo evidente a partir de la participación de su cuñada y los recursos de su huerta que le facilitó.

Por último, el ejemplo señalado, dialoga con otros trabajos que observan a las prácticas de autoatención como una esfera de empoderamiento y agenciamiento femenino (Ghiggi Jr., 2022). Si bien no es posible ignorar las condiciones estructurales y del sistema de salud que favorecen al uso de terapéuticas diversas, sería limitado asumir solo ese aspecto. A partir de lo que se ha descrito, sería un error aislar la observación de los ajengibres de las prácticas y relaciones que se tejen en torno a estos, las cuales comprenden el posicionamiento de las mujeres como expertas en este recurso y la construcción de reciprocidades entre ellas. Esto se hizo muy palpable en la fuerza expresiva que Mirza tuvo cuando compartió este

conocimiento conmigo. A diferencia de otras conversaciones que tuvimos en nuestros encuentros sobre las dificultades que tenía para afrontar sola el cuidado de sus hijos, en las que se mostraba afectada, esta vez hizo gala de una seguridad y autoridad que no había conocido hasta ese momento. Fue esa postura experta la que me animó a registrar el proceso fotográficamente. El tiempo que duró esa observación Mirza me guio por su terreno de dominio, pudiendo comprender así la importancia que tienen este tipo de saberes en las mujeres más allá del alivio de la salud de sus hijos.

Notas

- 1 Utilizo el término ajengibre —y no jengibre o kiñón—, ya que es la forma en que las interlocutoras e interlocutores awajún se referían a esta especie.
- 2 Con medicalización se hace referencia a la propuesta realizada por autores como Menéndez (2009), quien lo define como un proceso que implica convertir en enfermedad una serie de episodios vitales que son parte de la vida cotidiana, pasando a explicarlos y atenderlos a partir de técnicas y concepciones biomédicas.
- 3 El trabajo de campo implicó vivir en Santa María de Nieva durante todo el año 2019, y posteriormente realizar visitas durante los años 2022 y 2023.
- 4 La incorporación de su nombre y fotos se realizaron previo consentimiento, considerando además que la información presentada no es sensible ni la vulnera en algún sentido. Por el contrario, mi interés es contribuir a poner en valor el conocimiento que mujeres como Mirza poseen y practican en beneficio de sus familias.
- 5 *Esék* alude a derecho, mientras que *ikish* a abdomen.
- 6 El concepto de intermedicalidad parte de describir la coexistencia de varios sistemas médicos, resaltando las relaciones de poder y negociaciones entre los sujetos que participan de ellos. De esta forma, más allá de los aspectos culturales, se destacan aspectos políticos, económicos e ideológicos que median las prácticas vinculadas a la salud.
- 7 Las prácticas de autoatención son definidas por Eduardo Menéndez (2005, p. 54) como: “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales”.
- 8 Buchillet (1991) define a los itinerarios terapéuticos como a la secuencia de pasos realizada por los pacientes y sus familias para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades o padecimientos.
- 9 Entre los problemas más comunes están las parasitosis, infecciones diarreicas, fiebre tifoidea, problemas de la piel, entre otros.

- 10 Santa María de Nieva cuenta con un hospital categorizado como II-1, es decir, sin especialidades. Este hospital es además el único para toda la provincia de Condorcanqui. Además, existe un centro de salud categorizado como I-3, lo cual significa que ofrece servicios vinculados a la salud familiar y comunitaria, pero sin camas de internamiento.
- 11 En Palma-Pinedo (2020) describo algunas de las tensiones que observé entre el personal de salud y madres awajún a partir de las intensas actividades que se desarrollaban en Santa María de Nieva para reducir la anemia.

Referencias bibliográficas

- Berlin, B. (1977). Sumario de la primera expedición etnobotánica al río Alto Marañón, Departamento de Amazonas, Perú. *Amazonía Peruana*, (2), 87-100. <https://doi.org/10.52980/revistaamazonaperuana.vi2.248>
- Berlin, E. (1980). Aspectos sobre el control de la fertilidad entre los aguaruna jibaro, Amazonas, Perú. *Debates en Sociología*, (5), 141-153. <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.198001.007>
- Brown, M. (1978). From the hero's bones: Three aguaruna hallucinogens and their uses. En R. Ford (Ed.), *The Nature and Status of Ethnobotany* (pp. 118-136). The University of Michigan Press.
- Brown, M.F. y Van Bolt, M. L. (1980). Aguaruna Jívaro Gardening Magic in the Alto Río Mayo, Peru. *Ethnology*, 19(2), 169-190.
- Brown, M. (1984). *Una Paz Incierta: Historia y Cultura de las Comunidades Aguarunas Frente al Impacto de la Carretera Marginal*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.
- Brown, M. (2007). *Tsewa's Gift: Magic and Meaning in an Amazonian Society*. University of Alabama Press.
- Buchillet, D. (1991). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. En D. Buchillet (Ed.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazonia* (pp. 21-44). CEJUP, MPEG, UEP.

- Dias-Scopel, R.P. (2018). *A Cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku*. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080146>.
- Fasabi, M. (2022). Enfrentar la pandemia desde las plantas y el saber Shipibo Konibo. Una visión de la salud desde la experiencia del Comando Matico. *Insite Journal*, (6), 94-111. <https://bit.ly/4gkhJ0F>
- Follér M. L. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. En E. J. Langdon & L. Garnero (Ed.), *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 129-148). ContraCapa, ABA.
- Ghiggi Jr., A. (2022). Protagonismo de las mujeres kaingang en itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil. En J. Portocarrero, A. David Ferreira, & A. Ghiggi Jr. (Eds.), *Más allá de lo terapéutico: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur* (pp. 225-257). CISEPA-PUCP.
- Greene, Sh. (1998). The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, 25(4), 634-658.
- Greene, Sh. (2009). *Caminos y carretera: acostumbrando la indigenidad en la selva peruana*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Maluf, S. W., Silva, É. Q. y Da Silva, M. A. (2020). Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. *BIB - Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, (91), 1-38. <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/495>
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, (14), 33-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>
- Menéndez, Eduardo L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud colectiva*, 14(3), 461-481. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Langdon, E. J. (2014). Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1019–1029. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>
- Langdon, E. J., y Garnelo, L. (2017). Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, 13(3), 457-470. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
- Ortner, S. (2007). Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. En M. Grossi, C. Eckert, P. Fry & P. Henry (Eds.), *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas. 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – Goiânia 2006* (pp. 45-80). Nova Letra.
- Palma-Pinedo, H. (2020). Neoliberalismo, biocomunicabilidad y la producción de ciudadanos salubres e insalubres. Un análisis de las políticas contra la anemia vistas desde la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 38(44), 131-156. <https://dx.doi.org/10.18800/anthropologica.202001.006>
- Palma-Pinedo, H. (2023). *Alimentando al capital humano: salud pública, anemia y desarrollo entre los awajún en Santa María de Nieva*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositorio institucional de la UFSC: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/252947>

- Shepard Jr., G. (2005). Venenos divinos: plantas psicoativas dos Machiguenga do Peru. En B. Labate & S. Goulart (Eds.), *O uso ritual das plantas de poder* (pp. 187-217). Mercado de Letras.
- Yampis, O. (2016). *Plantas medicinales utilizadas durante el proceso de parto y puerperio en madres de la comunidad nativa Awajun de Achoaga, Amazonas – 2015*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. Repositorio institucional de la UNTRM: <https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/834>

