

## Con eso nos curamos: experiencias indígenas aimaras sobre el uso de plantas medicinales durante la crisis sanitaria global

That's How We Healed: Aymara Indigenous Experiences with Medicinal Plants During the Global Health Crisis

Rina Alvarez-Becerra<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5455-6632>

Jaime Edgar Miranda-Benavente<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3876-3807>

Ricardo Ortiz-Faucheux<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7447-0991>

Elena Cachicatari-Vargas<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9843-432X>

Yury Málaga-Tejada<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8473-763X>

Orietta Barriga-Soto<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7783-313X>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna-Perú, Perú

<sup>2</sup>Universidad Privada de Tacna, Perú

\*Correo de correspondencia: [ralvarezb@unjbg.edu.pe](mailto:ralvarezb@unjbg.edu.pe)

### RESUMEN

**Introducción:** Durante la COVID-19, las comunidades indígenas aimaras de Tacna, Perú, reactivaron sus saberes tradicionales frente a la desconfianza en la biomedicina y las limitaciones del sistema de salud. Las plantas medicinales se convirtieron en herramientas terapéuticas, simbólicas y culturales para enfrentar la crisis.

**Objetivo:** Explorar las experiencias vividas y los significados atribuidos al uso de medicina tradicional por parte de comunidades indígenas durante la emergencia sanitaria global.

**Métodos:** Se desarrolló una investigación cualitativa con diseño fenomenológico-hermenéutico. Participaron diez personas aimaras de cuatro comunidades altoandinas, seleccionadas mediante muestreo teórico. Se aplicaron entrevistas en profundidad, las cuales fueron transcritas, validadas y analizadas a través del método de siete pasos de Colaizzi, bajo estrictos criterios éticos y de rigor cualitativo.

**Resultados:** El análisis reveló cuatro categorías clave: vivencia subjetiva y cultural, cosmovisión y sentido, saber práctico y ancestral, y estrategia comunitaria integral. Las plantas fueron vistas como entidades vivas con poder curativo y conexión espiritual. El conocimiento se transmitió intergeneracionalmente, adaptándose a las condiciones del hogar. Las prácticas de cuidado se manifestaron como actos colectivos, cargados de afecto, reciprocidad y resistencia simbólica frente a la crisis.

**Conclusión:** El uso de la medicina tradicional durante la pandemia trascendió lo terapéutico, convirtiéndose en un acto de afirmación cultural, autonomía epistémica y cuidado comunitario. Estas prácticas permitieron sostener la vida y el equilibrio emocional, espiritual y social de los pueblos aimaras en medio de la adversidad.

**Palabras clave:** comunidades indígenas; medicina tradicional; COVID-19; plantas medicinales; cosmovisión andina.

## ABSTRACT

**Introduction:** During the COVID-19 pandemic, Aymara Indigenous communities in Tacna, Peru, revitalized their traditional knowledge in response to widespread distrust in biomedicine and the limitations of the formal health system. Medicinal plants became therapeutic, symbolic, and cultural tools for confronting the crisis.

**Objective:** To explore the lived experiences and meanings attributed to the use of traditional medicine by Indigenous communities during the global health emergency.

**Methods:** A qualitative study with a phenomenological-hermeneutic design was conducted. Ten Aymara participants from four highland communities were selected through theoretical sampling. In-depth interviews were carried out, transcribed, validated, and analyzed using Colaizzi's seven-step method, under strict ethical and qualitative rigor standards.

**Results:** The analysis revealed four key categories: subjective and cultural experience, worldview and meaning, practical and ancestral knowledge, and integral community strategy. Plants were perceived as living entities with healing power and spiritual connection. Knowledge was transmitted across generations and adapted to the conditions of the home. Care practices were expressed as collective acts, infused with affection, reciprocity, and symbolic resistance in the face of the crisis.

**Conclusion:** The use of traditional medicine during the pandemic went beyond therapeutic function, becoming an expression of cultural affirmation, epistemic autonomy, and communal care. These practices sustained life and nurtured emotional, spiritual, and social balance among Aymara peoples amid adversity.

**Keywords:** Indigenous communities; traditional medicine; COVID-19; medicinal plants; Andean worldview.

Recibido: 19/11/2024

Aceptado: 14/01/2025

## Introducción

En el contexto de la COVID-19, se produjo un resurgimiento y valorización de saberes tradicionales, entre ellos el uso de la medicina natural y ancestral indígena. Al respecto, numerosos estudios han documentado cómo diversas culturas recurrieron a sus propias formas de cuidado ante la limitación de acceso a servicios formales de salud y ante la desconfianza hacia los discursos biomédicos hegemónicos. <sup>(1)–(4)</sup> Por ejemplo, en Colombia y Venezuela, las comunidades indígenas reafirmaron sus sistemas médicos tradicionales frente a la crisis, priorizando infusiones de plantas, rituales de purificación y acompañamiento espiritual. <sup>(2),(5)</sup>

En países como Cuba y México, se han impulsado esfuerzos institucionales por integrar la medicina tradicional al sistema formal de salud, reconociendo su valor cultural, su efectividad percibida y su papel en el bienestar comunitario. En Cuba, esta integración ha estado acompañada de procesos de formación, protocolos clínicos y validación terapéutica desde el enfoque estatal. <sup>(6)</sup> En México, si bien existe una política de salud intercultural, su aplicación efectiva enfrenta aún barreras estructurales, epistemológicas y jurídicas que limitan el reconocimiento

pleno de los saberes indígenas. <sup>(7)</sup> Pese a ello, muchas de estas prácticas siguen siendo abordadas desde una lógica de tolerancia simbólica y no desde un reconocimiento epistémico real, lo que impide una articulación horizontal entre sistemas médicos.

Por el contrario, en China, la medicina tradicional fue incorporada de forma activa y sistemática al tratamiento del COVID-19, con respaldo estatal, investigación clínica y protocolos integrados que permitieron atender a más del 90 % de los pacientes infectados. <sup>(8)</sup> Aunque se trata de un contexto sociocultural y político diferente, este modelo muestra que sí es posible construir políticas públicas que articulen saberes diversos con eficacia y respeto.

En Perú, este fenómeno se expresó con especial intensidad entre los pueblos indígenas andinos y amazónicos. En regiones como Puno, Cusco y Junín, se reportó un uso extendido de plantas como el eucalipto, el matico, el kion, la ruda y el ajo sachá, entre otras, aplicadas en mates, vahos, ungüentos y baños, con el fin de aliviar síntomas respiratorios, prevenir contagios y fortalecer el cuerpo y el espíritu. <sup>(9)-(11)</sup> Para muchas comunidades altoandinas, estas prácticas no constituyen simples recursos curativos, sino expresiones integrales de una cosmovisión que concibe la salud como un equilibrio entre cuerpo, naturaleza, comunidad y divinidad. <sup>(4),(12)</sup> En este sentido, el uso de plantas medicinales durante la pandemia adquirió no solo un valor terapéutico, sino también simbólico, identitario y comunitario.

A pesar de la importancia de estos saberes, la literatura científica aún presenta vacíos significativos en cuanto a las experiencias subjetivas de quienes recurrieron a la medicina tradicional en contextos indígenas durante la crisis sanitaria. Si bien existen estudios sobre la eficacia de ciertas plantas o sobre el marco legal que

regula su uso, son escasos los trabajos que aborden los significados atribuidos por los propios actores sociales a estas prácticas, desde una perspectiva vivencial, cultural y fenomenológica. <sup>(13)</sup>

El objetivo de esta investigación fue explorar las experiencias vividas y los significados atribuidos por los miembros de comunidades indígenas al uso de la medicina tradicional como respuesta terapéutica durante la crisis sanitaria global de la COVID-19. Desde un enfoque fenomenológico interpretativo, se buscó comprender cómo los sujetos elaboran, resignifican y transmiten sus prácticas medicinales en un contexto de emergencia, incertidumbre y vulnerabilidad, destacando el valor epistémico y cultural de estos saberes en la construcción de alternativas locales de cuidado.

## Métodos

El estudio tuvo un enfoque cualitativo, que permitió adentrarse en la comprensión de un fenómeno social desde la mirada de quienes los vivieron. <sup>(14)</sup> Se optó por un diseño fenomenológico hermenéutico, con el propósito de explorar e interpretar el sentido que los miembros de comunidades indígenas atribuyeron a sus vivencias con el uso de plantas medicinales durante la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. Asimismo, reconocer que la experiencia humana es clave para comprender la realidad ceñida a los fenómenos sociales; permeados por dimensiones subjetivas, históricas y culturales que no pueden ser ignoradas. <sup>(15),(16)</sup> Desde esta perspectiva, la realidad no fue entendida como algo externo o fijo, sino como una construcción viva, alimentada por las memorias, los saberes ancestrales y los vínculos comunitarios que conforman la conciencia de cada persona. <sup>(15)</sup>

Los datos se obtuvieron de cuatro pueblos indígenas aimaras ubicados en las provincias de Candarave (Huanuara), Tarata (Sitajara), Jorge Basadre (Ilabaya) y

Candarave (Huanuara ). Estos pueblos poseen una cosmovisión y sabiduría ancestral, basado en la existencia de un universo con tres mundos: Aka Pacha (mundo que nos rodea), Manqha Pacha (mundo de abajo) y el alas Pacha (mundo de arriba) en el que habitan seres protectores (Achichila, illa, uywiri y otros) y malignos (Anchanchu, supaja antawalla,) que tienen relación permanente con los vivos. Por lo que, la salud en los pueblos andinos, no se agota en la dimensión biológica, sino que implica una integración holística de elementos biológicos, ecológicos, sociales y psicológicos en equilibrio para estar sanos (k'umara) y lograr un buen vivir (k'uchijakaña). <sup>(17)</sup>

Participaron en el estudio diez personas (8 mujeres y 2 varones) cuya lengua materna era en aimara, <sup>(18)</sup> pero también hablaban español pertenecientes a (tabla 1). Las edades oscilaron entre los 31 y los 78 años (Media: 53,7 DE 15,4). La selección fue intencional, procurando asegurar cierta homogeneidad dentro del grupo. El número de participantes se determinó según el criterio de saturación. Los criterios de inclusión fueron: (a) ser persona adulta que se autoidentifique como aimara; (b) residir en la zona altoandina de Tacna, Perú; y (c) contar con experiencia directa o indirecta relacionada con la COVID-19.

**Tabla 1.** Caracterización de los participantes

Código	Pseudónimo	Sexo	Edad	Ocupación	Comunidad indígena	Altitud media (m s. n. m.)
P1	Milagros	Mujer	58	Cocinera	Ilabaya	1425
P2	Alicia	Mujer	39	Agricultora	Huanuara	3250
P3	Teodora	Mujer	77	Comerciante	Camilaca	3350
P4	Albino	Hombre	75	Agricultor/Sanitario	Sitajara	3150
P5	Basilía	Mujer	54	Agricultora	Ilabaya	1425
P6	Filomeno	Hombre	60	Almacenero	Huanuara	3250
P7	Yesenia	Mujer	36	Ama de casa	Huanuara	3250

P8	Kullaquita	Mujer	49	Comerciante	llabaya	1425
P9	Shaska	Mujer	31	Ama de casa	llabaya	1425
P10	Luna	Mujer	58	Comerciante	llabaya	1425

Se utilizó una entrevista en profundidad semiestructurada <sup>(19)</sup> realizadas en reuniones cara a cara de 45 a 60 minutos de duración. El guion de la entrevista fue revisado por seis especialistas (profesor autoidentificado como aimara, médicos, metodólogos cualitativos) y puesta en prueba a través de una entrevista piloto.

Se contactó a las participantes a partir de un diálogo con residentes del lugar a través de entrevistadores especializados en investigación cualitativa capacitados, quienes les informaron sobre el objetivo del estudio y las actividades a realizar de aceptar su participación. A continuación, se pactó el lugar y la hora de la entrevista según la preferencia del participante. Las entrevistas fueron en una sola sesión con cada participante. Se utilizaron códigos y pseudónimos para nominar las entrevistas y asegurar el anonimato. Estas entrevistas fueron aplicadas del 01 al 23 de diciembre de 2023 y enero 2024.

El proyecto fue evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Ministerio de Salud, bajo el código 100-CIÉI-2022. Se aseguraron principios éticos fundamentales, tales como la confidencialidad, el anonimato y el respeto al derecho de los y las participantes a decidir de manera libre y voluntaria su inclusión en el estudio. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, en el cual se especificaron claramente los aspectos. <sup>(20)</sup>

Se aplicaron cuatro criterios de calidad Lincoln y Guba: credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad. <sup>(21)</sup> La credibilidad se fortaleció mediante el procedimiento de validación por pares, que implicó la revisión, el análisis e interpretación conjunta de los relatos, así como la selección de fragmentos textuales representativos. La confiabilidad se garantizó a través del análisis

independiente de los datos realizado por los investigadores, estableciéndose consensos ante posibles divergencias interpretativas.

El análisis de la información se realizó desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica. Esta aproximación buscó ir más allá de la simple descripción, proponiéndose revelar la esencia del fenómeno tal como fue experimentado, sentido y narrado por quienes lo vivieron. <sup>(15),(16)</sup>

El procedimiento analítico se desarrolló según la propuesta de siete pasos de Colaizzi descrito por Northall y otros. <sup>(22)</sup> Primero, se realizó una lectura detallada de todas las descripciones recogidas, con el fin de familiarizarse profundamente con las experiencias narradas. En segundo lugar, se identificaron las declaraciones relevantes que expresaban aspectos significativos del fenómeno estudiado. A partir de estas declaraciones, se procedió a formular los significados subyacentes, preservando la esencia de lo expresado por las participantes. Luego, dichos significados fueron organizados en temas comunes que permitieron estructurar la experiencia vivida. Posteriormente, se contrastaron estos temas con los datos originales para asegurar su coherencia y validez interpretativa. Además, se elaboró una descripción exhaustiva del fenómeno, integrando todos los elementos esenciales identificados. Finalmente, los hallazgos fueron validados con las propias participantes, como medida de verificación y fidelidad a sus voces.

La interpretación se concibió como un ejercicio circular, en el que el ir y venir entre las partes del texto y el todo posibilitó una comprensión más profunda y situada del fenómeno. En cuanto a las garantías éticas y de calidad, se respetó la fidelidad hermenéutica a las voces participantes, priorizando su significado contextual y evitando imponer visiones externas. Se seleccionaron fragmentos representativos que ilustraran la riqueza experiencial del fenómeno. El análisis fue revisado por

pares para fortalecer la credibilidad, y se mantuvieron registros reflexivos sobre el proceso interpretativo para estudios con grupos cultural y étnicamente diversos.

## Resultados

En la figura 1, el análisis fenomenológico-hermenéutico permitió identificar cuatro categorías principales que estructuran las experiencias vividas y los significados atribuidos al uso de la medicina tradicional durante la pandemia de COVID-19 en comunidades indígenas. Estas categorías articulan dimensiones emocionales, simbólicas, prácticas y comunitarias que configuran un sistema integral de cuidado y resistencia cultural frente a la crisis sanitaria ( Figura 1)



Fig. 1. Experiencias vividas y significados atribuidos al uso de la medicina tradicional.

### Vivencia subjetiva y cultural

La narrativa de los participantes identificó un escenario marcado por emociones intensas, como el miedo, la incertidumbre y la angustia, así como por creencias profundamente arraigadas en lo espiritual y lo simbólico. El temor a la enfermedad y a la muerte fue recurrente, como se evidencia en el testimonio de una mujer que relató conmovida el acto de llevar a vacunar a un familiar: “Gracias a Diosito. Dijeron que para la tercera edad tiene que irse a vacunar. Llorando iba a llevar, tenía que llevar a mi papa”. Este relato expresa no solo el miedo al virus, sino también la carga emocional implicada en la toma de decisiones durante la crisis.

Junto al temor, surgieron diversas interpretaciones sobre el origen de la enfermedad, muchas de ellas vinculadas a marcos espirituales y de desconfianza hacia la ciencia biomédica. Un participante señaló: “Yo creo que la enfermedad no es de la naturaleza, es creada por el hombre”, revelando una lectura crítica y simbólica del contexto pandémico.

En este marco, la relación con el sistema de salud fue ambivalente. Algunas personas accedieron a los servicios médicos solo en situaciones extremas, mientras que otras expresaron una clara desconfianza. Este escepticismo se relacionó tanto con el miedo al contagio como con experiencias previas de discriminación. Una entrevistada señaló: “En los hospitales no había atención, nos decían que no había cama y teníamos que volver nomás a la casa”. Otro participante agregó: “Al hospital ya no se va. Nos han dicho que ahí te hacen dormir y ya no sales”. Como respuesta, se fortaleció el recurso a los saberes propios y a la medicina tradicional como formas de cuidado autónomas. “Yo no lo he llevado al hospital, no confiamos. Aquí nomás lo hemos curado con nuestra plantita, con eucalipto y matico”.

## **Cosmovisión y sentido**

Los significados atribuidos al uso de la medicina tradicional estuvieron profundamente ligados a la cosmovisión de los entrevistados. Las plantas no fueron vistas únicamente como recursos terapéuticos, sino como elementos dotados de energía, memoria y conexión con la naturaleza. Un testimonio lo expresa con claridad: “Nosotros hemos utilizado en plantas, el eucalipto, el jengibre, el matico... Hemos tomado, hemos comido de todo ya para nosotros protegernos...”, En esta apreciación, la acción de “comer de todo” cobra un sentido ritual de protección integral.

El conocimiento sobre la medicina tradicional fue entendido como una herencia transmitida entre generaciones. “Mi mamita me enseñó qué plantas sirven cuando uno está con fiebre o dolor en el pecho. Ahora yo les doy eso a mis hijos también”. Además, se resaltó la relación espiritual con la naturaleza: “Las plantas tienen su fuerza porque vienen de la tierra, son vivas también. Nosotros no confiamos tanto en las pastillas porque eso no es natural”.

### **Saber práctico y ancestral**

El uso de la medicina tradicional se manifestó como un saber práctico, dinámico y situado, que fue activado con precisión durante la emergencia sanitaria. Los testimonios revelan procedimientos detallados de preparación y aplicación, como lo narra una mujer: “Kión, cebolla, lo hice hervir y le di a mi hermana. A los chiquitos primeritos, un chiquito tenía de tres años. Toma papito, toma, –le dije”. Este acto de cuidado se entrelaza con la transmisión generacional del conocimiento: “Eso me enseñó mi abuelita, cuando uno tiene fiebre se hace hervir eucalipto y lo toma caliente, eso siempre hemos hecho”.

Además, se observó una capacidad de adaptación a las condiciones del hogar. Cuando ciertos insumos no estaban disponibles, las personas recurrieron a

sustituciones creativas: “Hacíamos vapor con eucalipto, pero cuando no había, solo con manzanilla y agüita caliente nomás. Igual hacía efecto”.

### **Estrategia comunitaria integral**

El cuidado durante la pandemia trascendió el ámbito individual y se expresó como una estrategia colectiva que combinó alimentación, simbolismo y afectividad. El consumo de ciertos alimentos fue central en esta respuesta, no solo por su valor nutricional, sino también por sus connotaciones protectoras. “Hemos utilizado bastante cuy, gallina... la cebolla también, los ajos, el apio. Hemos tomado, hemos comido de todo”; relató una participante, ilustrando cómo la alimentación suplantó en rol de la medicina convencional.

Asimismo, se destacó el uso simbólico de animales como el cuy, tradicionalmente asociado a prácticas de limpieza espiritual en culturas andinas. Una participante expresó: “También el cuy se le pasa por el cuerpo, eso es limpieza, así nomás nosotros hacemos”, también, acciones de cuidado compartido que, aunque no siempre verbalizadas como rituales, cumplieron una función de cohesión emocional: “Tomamos así. Más que eucalipto, la muña siempre tomamos. Ya eso es mi costumbre, –parece”.

### **Discusión**

El uso de la medicina tradicional en comunidades indígenas aimaras durante la COVID-19 fue mucho más que una respuesta sanitaria, ya que se trató de una forma de enfrentar el miedo, de cuidar a los suyos y de afirmar su forma particular de estar en el mundo. Esta afirmación se comprende en toda su profundidad si se considera que la cosmovisión aimara no concibe la salud como una categoría meramente biológica, sino como la manifestación de un equilibrio integral entre el

cuerpo, el alma, la comunidad, los ancestros, la Madre Tierra (Pachamama) y las fuerzas espirituales que habitan el entorno natural. Desde esta mirada holística, el bienestar humano depende de una armonía que involucra tanto lo visible como lo invisible, lo físico como lo espiritual. <sup>(17),(23)</sup>

Para el pueblo aimara, el cuerpo no es solo una entidad orgánica, sino una estructura vital compuesta por materia y energía, en la que el “ajayu” o alma es fuente de vida y fuerza espiritual. Su alteración o pérdida no solo enferma el cuerpo, sino que desequilibra la relación con el cosmos y la comunidad. <sup>(17)</sup> Así, la enfermedad no se interpreta únicamente como un proceso fisiológico, sino como una ruptura en la red de relaciones que sostiene la existencia. De ahí que sanar implique restaurar ese tejido de vínculos, a través de rituales, ofrendas, palabras sagradas, el uso de plantas vivas y la mediación de sabios tradicionales, como los yatiris. <sup>(23)</sup>

Durante la pandemia, las prácticas curativas tradicionales recuperaron y actualizaron estos saberes milenarios. El uso de infusiones, baños, sahumeros, cantos, y el diálogo con las entidades protectoras no fue solo una estrategia de autocuidado frente a la falta de atención médica institucional, sino también una forma de revalorizar su identidad cultural, preservar la vida con dignidad y proyectar esperanza desde su propio horizonte simbólico. <sup>(24)</sup>

La fuerza de esta medicina radicó también en su dimensión comunitaria. La salud fue entendida como una responsabilidad colectiva, y las acciones de cuidado se organizaron desde el principio del ayni basado en la reciprocidad y el respeto mutuo, pilares éticos que estructuran la vida social aimara. <sup>(25),(26)</sup> Esta visión relacional de la existencia, en la que todo está vinculado, otorga a las prácticas

tradicionales no solo legitimidad cultural, sino una eficacia percibida en términos de confianza, contención emocional y reconexión con la tierra.

En este sentido, la medicina tradicional en el contexto aimara no fue un recurso alternativo o marginal, sino la expresión viva de una racionalidad distinta, profundamente enraizada en su modo de comprender la vida, la salud y el universo. Su aplicación durante la pandemia evidenció que el cuidado para estas comunidades no puede dissociarse de los valores, los saberes ancestrales ni de la espiritualidad que los nutre. Afirmar su forma de estar en el mundo significó, entonces, resistir al olvido, defender su derecho a decidir cómo sanar y, sobre todo, reivindicar su sabiduría como patrimonio vigente, legítimo y profundamente humano. <sup>(17),(23)–(26)</sup>

Respecto a la vivencia subjetiva y cultural, la narrativa de los participantes evidenció una experiencia marcada por el miedo, la confusión y el escepticismo frente a la pandemia. Estos sentimientos, no se limitaron al temor por la enfermedad, sino que se entrelazó con interpretaciones que cuestionaban el origen del virus, su carácter natural y la legitimidad de las respuestas ofrecidas por la medicina occidental. Para la mayoría, la COVID-19 fue percibida como una entidad ajena e incomprensible, incluso como un artificio humano, que agudizó la sensación de inseguridad y desprotección. <sup>(9)</sup>

En efecto, muchas comunidades indígenas han sido sistemáticamente marginadas del sistema de salud formal, lo que ha generado una profunda desconfianza hacia la biomedicina y sus representantes. <sup>(1)</sup> En estas condiciones, la pandemia reactivó memorias de otras experiencias epidémicas o situaciones donde la medicina oficial llegó tarde o con una mirada distante, reforzando la percepción de un Estado ausente o indiferente. <sup>(27)</sup>

Así, no es de extrañar que las emociones ligadas a la pandemia (temor, impotencia, escepticismo) se resignificaran culturalmente mediante narrativas que aludían a fuerzas espirituales, castigos divinos, desequilibrios con la naturaleza o desequilibrios morales, tal como también lo reportaron estudios en comunidades de Venezuela, donde las explicaciones espirituales convivían con discursos críticos frente a la política sanitaria y al discurso oficial. <sup>(5)</sup> En este sentido, la pandemia fue vivida como una ruptura no solo biológica, sino existencial, que requería ser comprendida desde otros marcos de sentido, como los que ofrece la medicina tradicional y las cosmovisiones indígenas. Esta resignificación colectiva permitió que muchas personas reinterpretaran el evento pandémico no solo como una crisis sanitaria, sino como un desequilibrio espiritual y ecológico, lo que legitimó el retorno a prácticas ancestrales de cuidado y protección, donde cuidar el cuerpo implicaba, también, cuidar la memoria, el territorio y el alma comunitaria.

(28)

En otras regiones de América Latina, como Colombia o México, estas experiencias de resistencia cultural frente a la pandemia mediante saberes tradicionales pusieron en tensión el modelo biomédico hegemónico, al tiempo que fortalecieron la identidad colectiva y el sentido de autonomía terapéutica. <sup>(2),(29)</sup> La distancia con los servicios médicos convencionales no obedeció únicamente a la falta de acceso físico. Fue también una distancia afectiva y simbólica, marcada por la desconfianza y por el recuerdo de experiencias dolorosas. Frente a este panorama, muchas familias optaron por atenderse en casa, con sus propios recursos, retomando saberes que sentían como cercanos y dignos de confianza. <sup>(7)</sup> La vivencia subjetiva de la pandemia entre las personas aimaras fue una experiencia compleja, cargada de emociones, memorias y espiritualidades que activaron la necesidad de avanzar hacia modelos de atención en salud realmente

interculturales, donde el reconocimiento epistémico de otros modos de sanar y de sufrir no sea una concesión, sino un punto de partida. <sup>(1),(9),(28)</sup>

El análisis de la cosmovisión y sentido permitió adentrarse en una comprensión más profunda de la salud y el cuidado en las comunidades indígenas aimaras, donde las plantas medicinales no se perciben como simples insumos terapéuticos, sino como entidades vivas con las que se mantiene una relación espiritual, ética y afectiva. Esta forma de ver el mundo parte de una ontología relacional, en la que la naturaleza no es un recurso externo, sino parte del mismo entramado vital que constituye a la persona. El uso de plantas como el eucalipto, la muña o el matico se enmarca en un sistema simbólico que articula cuerpo, espíritu y territorio, <sup>(12)</sup> configurando una praxis de sanación que va más allá de la eliminación del síntoma.

Este entendimiento está sustentado en una cosmovisión donde sanar no implica simplemente neutralizar la enfermedad, sino restablecer una armonía que se ha visto alterada, tanto en el plano físico como en el emocional y espiritual. La enfermedad, desde esta perspectiva, es vista como un desequilibrio general del ser y no solo como una afección biológica localizada. Paz Valdivia refuerza esta idea al señalar que en la cosmovisión andina, el vínculo con la Pachamama no es meramente simbólico, sino constitutivo de la identidad y salud del individuo. <sup>(23)</sup> Así, el cuidado se manifiesta también como un acto de conexión y respeto con el mundo natural. Además, esta sabiduría no se transmite de forma estructurada ni formal, sino que se cultiva en los espacios cotidianos, a través de los vínculos afectivos. La cocina, el fogón, los momentos de enfermedad compartidos, son escenarios donde las mujeres, especialmente madres, abuelas e hijas, reproducen y renuevan este conocimiento ancestral.

Como destaca Solorzano Mendoza, el saber medicinal tradicional se aprende y se transmite desde la infancia mediante la observación, la escucha y la práctica, insertándose de forma orgánica en la vida diaria y en el tejido de relaciones familiares y comunitarias. <sup>(30)</sup> Asimismo, Onofre Mamani plantea que este legado no solo conserva recetas o tratamientos, sino que está cargado de sentidos culturales y experiencias vitales. <sup>(17)</sup> Al preparar una infusión o realizar un vaho, no solo se activa una técnica, sino que se invoca una memoria ancestral, una confianza colectiva y una ética de cuidado que no puede reducirse a lo instrumental. Este acto de curar se convierte entonces en un ritual cotidiano que reafirma la identidad cultural y fortalece los vínculos entre generaciones. De esta manera, la medicina tradicional en el contexto aimara responde a una forma de ver, sentir y habitar el mundo. Como lo argumenta Apaza Huanca, el cuidado de la salud forma parte de una ética comunitaria donde el bienestar personal está intrínsecamente ligado al bienestar de la comunidad y de la naturaleza. <sup>(25)</sup> En síntesis, sin desafiar los paradigmas biomédicos modernos, es fundamental proponer una comprensión integral y profundamente humana del cuidado, donde el saber ancestral y la vida espiritual no son un complemento, sino el corazón mismo de la experiencia de sanación.

Relacionado al saber práctico y ancestral, los participantes mostraron con claridad que el conocimiento tradicional no permanece estático. Por el contrario, se presenta como un saber vivo, que se transforma día a día. Asimismo, revelaron una notable habilidad para adaptar sus prácticas medicinales frente a las limitaciones que impuso la pandemia. Cuando no había un insumo habitual, se recurría a lo que estaba a mano. No se trataba de una improvisación, sino de una respuesta basada en la experiencia, la confianza en las plantas y el aprendizaje intergeneracional.

Las decisiones de cuidado no fueron tomadas al azar. Los participantes refirieron que se prepararon infusiones según lo que enseñaron las abuelas. Se aplicaron remedios con el convencimiento de que podían aliviar, proteger y sanar. Tal creatividad en el uso de la medicina tradicional también fue observada en comunidades rurales de Colombia, donde, ante la escasez de recursos médicos, las familias revaloraron sus conocimientos ancestrales como herramientas concretas para enfrentar la crisis. <sup>(2)</sup> En Sudáfrica, del mismo modo, se documentó cómo la comunidad utilizó plantas autóctonas combinando sus propiedades conocidas con nuevas formas de aplicación para cuidar a los suyos durante la emergencia.

(13)

Para los entrevistados, este conocimiento fue reivindicado con orgullo; no se vivió como una solución temporal, ni como un recurso de quienes no tienen otra opción. Fue una elección basada en una lógica cultural propia. Afirmaron que preferían curarse con lo natural, con lo que conocen, porque confían en ello. En este punto es fundamental comprender que basta con permitir que los pueblos indígenas mantengan sus saberes. Es necesario reconocer que son válidos por sí mismos, no por su parecido con los estándares biomédicos. <sup>(28)</sup> Aceptar esta pluralidad de saberes implica abrirse a una forma distinta de entender la salud. Significa comprender que en muchas comunidades, curar no es solo combatir un síntoma. Es también acompañar, reconfortar, sostener. Es hacerlo desde un lenguaje familiar, desde un entorno conocido, con elementos que evocan cuidado, identidad y pertenencia.

Vinculado a la estrategia comunitaria integral, el cuidado apareció como un acto profundamente colectivo. Las personas entrevistadas hablaron de cómo la enfermedad no se enfrentaba en solitario. Al contrario, cada acción cotidiana, desde preparar una infusión hasta compartir una receta, se convirtió en un gesto

de afecto. La alimentación, el uso espiritual del cuy o la simple compañía durante el proceso de vaporización no fueron hechos aislados. Cada uno de estos actos sostuvo vínculos y permitió resistir, no solo desde el cuerpo, sino también desde el ánimo. <sup>(1)</sup>

Este carácter comunitario del cuidado no fue improvisado. Se basó en formas de organización propias, sostenidas en el tiempo, que se reactivaron con fuerza ante la amenaza. Las personas no solo buscaron proteger su salud física. También cuidaron el ánimo de los demás, recordando a cada uno que no estaba solo ni abandonado. <sup>(27)</sup> Asimismo, el acto de compartir no se limitó a lo material, sino que fue realmente un intercambio simbólico, una forma de reafirmar la identidad y de recrear la esperanza. Las prácticas de cuidado se inscribieron en una lógica donde el bien común tuvo prioridad. En este sentido, la medicina tradicional no solo buscó curar el cuerpo, también pretendió restaurar relaciones, armonizar vínculos y resistir al miedo colectivo desde la comsomovisión comunitaria. <sup>(2)</sup>

Este hecho, también fue reconocido en estudios realizados en otros contextos latinoamericanos, <sup>(29)</sup> donde mostraron cómo las redes comunitarias de atención y acompañamiento fueron fundamentales en la contención emocional durante la emergencia. En el caso de las comunidades indígenas aimaras, este cuidado colectivo se expresó desde una espiritualidad encarnada en gestos simples, pero profundamente significativos. El uso del cuy, por ejemplo, más que un tratamiento físico, fue un acto de limpieza espiritual, de conexión con los ancestros y de restauración del equilibrio en la familia. <sup>(9)</sup> El cuidado fue una práctica colectiva, profundamente enraizada en la cultura, que buscó sostener la vida, acompañar el dolor y seguir tejiendo comunidad a pesar del miedo y la incertidumbre. <sup>(28)</sup>

Finalmente, y partiendo de una visión intercultural, el uso de la medicina tradicional en comunidades indígenas no puede ser comprendido como una simple alternativa o complemento a la biomedicina. Se trata, más bien, de un sistema integral de salud, profundamente arraigado en una lógica simbólica, afectiva y comunitaria que exige un reconocimiento genuino. Por tanto, es necesario diseñar políticas públicas en salud, <sup>(29)</sup> que reconozcan y valoren las epistemologías propias de los pueblos originarios, no como añadidos folclóricos, sino como formas legítimas de conocer, sanar y cuidar.

## Conclusiones

Como respuesta a la crisis sanitaria por la COVID-19, las comunidades indígenas vivieron el uso de la medicina tradicional como una experiencia profundamente significativa. Esta práctica no fue solo terapéutica, sino una expresión de identidad, memoria y cuidado colectivo. Las personas atribuyeron a estas prácticas un valor legítimo, suficiente y coherente con su cosmovisión, reafirmando su autonomía, dignidad y formas propias de enfrentar la adversidad. Las plantas, los saberes heredados y los gestos cotidianos se convirtieron en caminos para sostener la vida, reconstruir el equilibrio y mantener viva la memoria de sus ancestros. Esta experiencia mostró que sanar no es solo aliviar el cuerpo, sino también acompañar el alma y proteger los vínculos que dan sentido a la existencia.

## Referencias bibliográficas

1. Adrianzen-Ayala CL, Díaz-Manchay RJ, Cervera-Vallejos MF, Nureña-Montenegro JM, Rodríguez Cruz LD. Prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en una comunidad indígena. *Cultura de los Cuidados Revista de*

- Enfermería y Humanidades [Internet]. 2024 [citado 22 de enero de 2025];69(28):213-28. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.21967>
2. Bedoya-Molina S, Rodríguez-Colmenares NA, Pérez-Pinzón DM, Gualteros-Lesmes DY, Guzmán-Correa AC, Murcia-Aranguren MI, et al. Experiencias y prácticas en salud: Covid-19 y Tuberculosis en dos comunidades multiétnicas en Leticia-Amazonas, Colombia. Mundo Amazónico [Internet]. 2024 [citado 22 de diciembre de 2024];15(1):e104802. Disponible en: <https://doaj.org/article/ffb01ae8fb8a4a9d9d0ac9ddac3b0ffe>
  3. Paulino YC, Camacho F, Paulino TV, Lee DJ, Natividad LL, Matisoo-Smith E, et al. Building capacity to conduct genetic epidemiology research on hyperuricaemia and gout in an Indigenous community in Guam. Res Sq [Internet]. 2024 [citado 22 de junio de 2024];1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3955100/v1>
  4. Rodríguez Martínez Y, Collí Tun A, Dzul Nah J. Vulnerabilidad ambivalente y memoria: COVID-19, pueblo maya y futuros posibles. Revista Pueblos y fronteras digital [Internet]. 2025 [citado 22 de mayo de 2025];20:1-29. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2025.v20.761>
  5. Alonso-Muñiz G, Pinargote-Chancay R del R, Plua-Chancay V, Toala-Suárez C. Medidas de prevención y promoción de la salud en Comunidades ante el 2019-nCoV. Cienciamatria [Internet]. 2020 [citado 22 de diciembre de 2024];VI(1):772-92. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/cm.v6i1.386>
  6. Góngora Gómez O, Riverón Carralero WJ. La Medicina Tradicional China en el tratamiento de la COVID-19. Revista Internacional de Acupuntura [Internet]. 2020 [citado 22 de junio de 2024];14(3):123-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-la-medicina-tradicional-china-el-S1887836920300570>

7. Herrera CE. «Solo Tomó Sus Hierbas»: A Look at How the Zinacantec Maya People Are Experiencing the COVID-19 Pandemic [Internet] [Tesis Doctoral]. University of Hawai; 2022 [citado 22 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/fbf799506463f5916fc29e87b6f7dcdd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
8. Ding X, Fan LL, Zhang SX, Ma XX, Meng PF, Li LP, et al. Traditional Chinese Medicine in Treatment of COVID-19 and Viral Disease: Efficacies and Clinical Evidence. Int J Gen Med [Internet]. 2022 [citado 22 de junio de 2024];15(November):8353-63. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ijgm.s386375>
9. León Montoya GB, Acosta Román M, Saavedra Chinchayán ME, Almonacid Quispe S. Traditional medicine as a treatment for COVID-19 in students and family members at a university in the mountains of Peru. Aten Primaria [Internet]. 2023 [citado 22 de junio de 2024];55(1):102526. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102526>
10. Flores Bordais JM, Sanches Corrêa D. Medicina tradicional peruana y prácticas populares en tiempos de pandemia por COVID-19. Revista de Políticas Públicas [Internet]. 4 de julio de 2023 [citado 24 de noviembre de 2024];27(1):437-49. Disponible en: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v27n1.2023.25>
11. Vilchez Altamirano JA. Factores asociados a la automedicación durante la pandemia de COVID-19 en pobladores del distrito de Cutervo [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional - USS. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Señor de Sipán; 2025 [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/14671>

12. Moncada-Mapelli E, Salazar-Granara A. Medicina tradicional y COVID-19, oportunidad para la revaloración de las Plantas Medicinales Peruanas. Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2020 [citado 22 de junio de 2024];13(1):103-4. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.634>
13. Motsumi MM, Nemaconde LD. Coping with COVID-19 using traditional medicine: perspectives from Joe Morolong, Northern Cape. Health SA Gesondheid [Internet]. 2025 [citado 22 de marzo de 2025];30:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.4102/hsag.v30i0.2773>
14. Creswell JW. Steps in Conducting a Scholarly Mixed Methods Study [Internet]. 2013 [citado 22 de junio de 2024]. Disponible en: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1047&context=dberspeakers>
15. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones [Internet]. 2019 [citado 22 de junio de 2024];7(1):201-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-79992019000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010)
16. Van Manen M. Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing [Internet]. 2.<sup>a</sup> ed. Routledge; 2023 [citado 22 de junio de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781003228073>
17. Onofre Mamani LD. Medicina tradicional Aimara-Perú. Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo [Internet]. 2013 [citado 22 de junio de 2024];4(1):46-56. Disponible en: <https://comunicacionunap.com/index.php/rev/article/view/40>

18. Fabre A. Diccionario etnolingüístico y guía bibliográfica de los pueblos indígenas sudamericanos [Internet]. 2016 [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en:  
[https://www.bfa.fcnym.unlp.edu.ar/catalogo/doc\\_num.php?explnum\\_id=2603](https://www.bfa.fcnym.unlp.edu.ar/catalogo/doc_num.php?explnum_id=2603)
19. Brinkmann S. Qualitative Interviewing [Internet]. Qualitative Interviewing. Oxford University Press; 2015 [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/acprof:osobl/9780199861392.001.0001>
20. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. World Medical Association (WMA). 2022 [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
21. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Sage Publication, Inc; 1985 [citado 23 de junio de 2024]. 1-112 p. Disponible en:  
[https://books.google.es/books?id=2oA9aWlNeooC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=2oA9aWlNeooC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
22. Northall T, Chang E, Hatcher D, Nicholls D. The application and tailoring of Colaizzi's phenomenological approach in a hospital setting. Nurse Res [Internet]. 2020 [citado 23 de noviembre de 2024];28(2):20-5. Disponible en:  
<https://doi.org/10.7748/nr.2020.e1700>
23. Paz Valdivia M. Cosmovisión Aymara y su Aplicación Práctica en un Contexto Sanitario del Norte de Chile. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2006 [citado 24 de noviembre de 2024];(7):1-5. Disponible en:  
<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7870>

24. Valdez Cenzano M. Costumbres ancestrales aymaras en la zona sur del departamento de Puno. Revista de Pensamiento Crítico Aymara [Internet]. 2024 [citado 24 de enero de 2025];5(2):26-39. Disponible en:  
<https://www.pensamientocriticoaymara.com/index.php/rpca/article/view/103>
25. Apaza Huanca YK. Una epistemología no occidental y la comprensión de la Pachamana (medio ambiente) desde el mundo (s) de los Aymaras. Crítica penal y poder: una publicación del Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos [Internet]. 2019 [citado 24 de noviembre de 2024];(16):9-31. Disponible en:  
<https://raco.cat/index.php/CPyP/article/view/356089>
26. Campohermoso Rodríguez OF, Soliz Soliz R, Campohermoso Rodríguez O. Lógica Aimara Trivalente Y Cosmovisión Andina. Cuadernos Hospital de Clínicas, ISSN 1562-6776, Vol 56, N° 2, 2015, págs 89-97 [Internet]. 2015 [citado 24 de noviembre de 2024];56(2):89-97. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762015000200019](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762015000200019)
27. Delgado D, Rivera Holguín M, Romio S. Fronteras amazónicas : memoria y saberes indígenas frente al covid-19 [Internet]. <https://www.cetri.be>. Centre tricontinental; 2021 may [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en:  
[file:///Users/mac/Downloads/2021%20Fronteras%20amaz%C3%B3nicas\\_%20memoria%20y%20saberes%20ind%C3%ADgenas%20Covid-19.pdf](file:///Users/mac/Downloads/2021%20Fronteras%20amaz%C3%B3nicas_%20memoria%20y%20saberes%20ind%C3%ADgenas%20Covid-19.pdf)
28. López Olivares LJ. Āyurveda, la medicina tradicional india, como medicina alternativa en México. Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía [Internet]. 2025 [citado 24 de marzo de 2025];10(1):1-24. Disponible en:  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruae/v10n1/2393-6886-ruae-10-01-e105.pdf>

29. Esquivel Manya DL, Enríquez Choque LJ. Relación entre el miedo al COVID-19 y la práctica preventiva domiciliaria en pacientes de Clínicas Privadas de Puerto Maldonado, 2023 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios - UNAMAD. Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Educación, Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Perú; 2024 [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unamad.edu.pe/handle/20.500.14070/1217?show=full>
30. Solorzano Mendoza JM. Medicina tradicional y complementaria en el Sistema de Salud Ecuatoriano: Su uso en enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. Maestría en Gestión del Cuidado, Instituto de Posgrado, Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2025 [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/7833>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Curación de datos:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente

*Análisis formal:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Adquisición de fondos:* Rina Alvarez-Becerra

*Investigación:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Metodología:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Administración del proyecto:* Rina Alvarez-Becerra, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas

*Supervisión:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Validación:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Visualización:* Rina Alvarez-Becerra, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Redacción – borrador original:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto

*Redacción – revisión y edición:* Rina Alvarez-Becerra, Jaime Edgar Miranda-Benavente, Ricardo Ortiz-Faucheux, Elena Cachicatari-Vargas, Yury Málaga-Tejada, Orietta Barriga-Soto