

## I N D I C E

-Sinopsis breve de la antropología médica (Edición revisada de 1985), División Control de Vectores, Ministerio de Salud Pública, 1987, Tegucigalpa, Honduras.

### -LA DECLARACION DE ALMA-ATA

-Primer informe provisional de PROYECTO PARA INVESTIGACION ANTROPOLOGICA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, 1985, Tegucigalpa, Honduras.

-La discusión del hecho médico en la zona rural del Departamento de Copán, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, 1986, Tegucigalpa, Honduras.

-Sobre la automedicación en el Departamento de Copán

-Notas sobre la culturas alimentica en el Departamento de Copán, 1987, Tegucigalpa, Honduras.

SINOPSIS BREVE DE LA ANTROPOLOGIA MEDICA

( EDICION REVISADA DE 1985\* )

MITSUHO IKEDA

1 9 8 7

\* La primera edición fue publicado por la División Control de Vectores, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras.

## SINOPSIS BREVE DE LA ANTROPOLOGIA MEDICA

### INTRODUCCION

La idea general que la gente tiene acerca del antropólogo es que éste investiga en un campo étnico primitivo y excava en las ruinas. Precisamente la antropología es una academia con esos trabajos. Pero ultimamente el objetivo de la antropología es perseguir lo humano, y debemos saber que esas operaciones son sólo unos métodos. Este campo de academia que se llama antropología, especialmente antropología social y antropología cultural se ha adelantado a pasos agigantados desde comienzos de este siglo recordando y comparando lenguas, culturas, costumbres, ets., que tienen varios grupos étnicos del mundo.

En los inicios de antropología ésta sólo abarcaba la etnología, por primera vez los antropólogos tuvieron varias teorías con las informaciones que los administradores de la colonia imperial y los misioneros les dieron. Algunas teorías tienen base científica, pero no es posible que todas tengan esa base, porque esas informaciones no son de la gente nativa, sino de los occidentales quienes habían estado en el lugar en cuestión.

El segundo avance de la antropología se ha tenido desde que los etnólogos viajaban y coleccionaban los datos del lugar en cuestión, lo que se llama "observación participe". Luego los problemas que habían sido confusos en el estudio anterior se pusieron claros y se indicaron las equivocaciones, además no se trata de comprender un hecho curioso de una determinada cultura, sino tratar de comprender la totalidad de esa cultura.

No se puede negar que el desarrollo de la antropología se ha hecho durante el dominio colonial por el mundo occidental, y es verdad que el conocimiento antropológico ha ofrecido el fundamento común para saber de la vida del mundo. El desarrollo mundial de la comunicación hizo la promoción de la antropología a la filosofía sobre todo en la teoría del conocimiento. El tercer avance de la teoría académica sería la contribución de la antropología como ciencia aplicada. Si bien la antropología fué una teoría para dominar, en la actualidad podría contribuir como ciencia humana a elevar el nivel cultural y de bienestar del hombre en varias aspectos.

Este trabajo presenta la introducción a la antropología médica que necesitamos para desarrollar la salud pública.

## ¿ QUE SIGNIFICA LA ANTROPOLOGIA MEDICA ?

La palabra antropología médica tiene un sonido nuevo. En primer lugar debemos definir esta palabra textualmente. Es un campo académico que sirve para utilizar la medicina a través del análisis antropológico. Pero este análisis depende de los estudiantes de antropología médica.

Hay dos aspectos diferentes para poder definirla; uno es el el aspecto aplicado a esta academia y otro es definirla en el contexto de la cultura que lleva consigo la medicina.

El ejemplo representativo del primer aspecto es de Bock(1974), quien afirma lo siguiente: el objeto de la antropología médica es resolver el problema de acuerdo con la forma en que están funcionando el técnico terapeutico en las instituciones occidentales y no occidentales, para la población que necesita dicho sistema. Esta posición sostiene claramente que la antropología médica debe ser un campo de la antropología aplicada.

Por el contrario en el año de 1980, Nishihira prescribe que es un campo académico para hacer un estudio del sistema médico, como un sub-sistema social de cierta sociedad desde el punto de vista de la antropología cultural. Esta definición parece que sera misma etnomedicina de la cual vamos a hablar posteriormente.

La antropología médica en que insistimos no es una amalgama de antropología y medicina, ni mucho menos una sección de la antropología misma, sino que es una ciencia crítica de los fenómenos médicos, por medio de la metodología antropológica a través de un método para comprender el multiaspecto de la medicina cuya, evaluación debemos poner en la relacion social.

El campo de la medicina tiene dos aspectos principales; uno es la biomedicina dependiente de las ciencias naturales y la tecnología, y otro es la sociomedicina dependiente de las ciencias sociales. No debemos menospreciar a ninguno de los anteriores porque la función de la medicina necesita de estos dos aspectos aunque la biomedicina prevalece a la sociomedicina. Entonces se necesita la sociomedicina para regular o equilibrar desde el punto de vista socio cultural.

Es muy difícil remontarse al origen de la antropología médica, como que no es útil para saber quien introdujo la antropología en la historia médica. Sin embargo la historia nos enseña algo. Según Hasan en 1975, Rudolf Virchow usaba el término "Antropologie" en su libro. Pero su concepto de la esta palabra podría ser antropología kantiana, que no es en el sentido etnológico.

El pensamiento antropológico es la clave para relativizar el mundo y entra en pleno a fines del siglo XIX. Especialmente entran en pleno las series etnográficos representados, por ejemplo, una obra de Bronislaw Malinowski(1922) en cuya descripción sobre las enfermedades y las técnicas terapéuticas de los "salvajes" son muy parecidas. Por la acumulación de esos tra-

bajos etnográficos se a concentrado el interés de los estudios comparativos del sistema médico que incluye religiones, imágenes no occidentales. Uno de sus precursores es W.H.R.Rivers (1924) que escribió un libro titulado "Medicina, Magia y Religión". Hasta 1932 cuando Clements publicó algunas generalidades que habían llevado a publicar 224 artículos sobre las etiologías de dichas enfermedades. O sea hasta ahora tenemos los datos acumulados en grandes cantidades y tenemos unos análisis sistemáticos, pero no se encuentra el estudio en que están de acuerdo la mayor parte de los antropólogos médicos, ni se pueden comparar las medicinas folklórica sin conocer el mundo ambiental de ciertos grupos étnicos. Por ejemplo los esquimales conocen la técnica terapéutica más que la medicina folklórica, sobre todo las hierbas medicinales.

Por el contrario los étnicos que viven en el bosque lluvioso tropical podrían tener oportunidades para conocer hierbas medicinales más que los esquimales. Es clara la contradicción porque esta diferencia depende de la condición geográfica y clima. También la actividad simbólica de la gente que hace medicina popular no se puede interpretar sin el conocimiento de la cultura que sostiene esas actividades. Esa discusión no solo limita a la sociedad folklórica. Necesitamos además el mismo punto de vista para analizar las actividades de la gente en la ciudad que utiliza el hospital moderno; por ejemplo hay diferencias en la expresión emocional del dolor, este depende del grupo étnico. Por esta razón se puede hablar de la diferencia que existe en la relación del médico y el paciente.

Ahora vamos a ver el aspecto psiquiátrico. En este campo académico según Ogino(1971) nos dice que el precursor de la psiquiatría comparativa, o del estudio psiquiátrico es Kraepelin(1904), quien viajaba desde el mundo occidental al mundo oriental y del cual se puede decir que tuvo parte en el origen de la antropología médica, llamada también psiquiatría transcultural que trataremos después. En el campo psicológico, Malinowski en 1927 examinó una hipótesis de Freud acerca de la gente del troluliando. Desde el período de 1930, Mead, Sapir, etc., quienes formaron "la Escuela de Cultura y Personalidad".

La antropología médica tomada como terminología ha sido usada por Scotch(1963) y Paul(1963). Pero nosotros la hemos recibido más generalmente desde 1970. Además se hicieron unas revistas y sociedades académicas que sirvieron para simbolizarles. Estas son "Etnomedicine" publicada en Alemania en 1971 y "Medical Anthropology" publicada en Norteamérica en 1977.

### ¿ QUE SIGNIFICA EL PENSAMIENTO ANTPOPOLOGICO ?

¿Qué es la metodología antropológica que se dijo en la definición anterior de antropología médica?

En general el método que usan los antropólogos y los etnó-

logos es que ellos estudian la sociedad de diferente cultura a la de ellos mismos, observan, recuerden la vida de la sociedad viviendo con personas heteroculturales. A través de este proceso que nosotros tenemos como un expectador extranjero y podemos demostrar nuestro sentido común y descubrir los puntos comunes y diferentes.

Entonces preguntariamos como el pensamiento antropológico historicamente se reglamenta. Sabemos que hay muchas documentaciones describiendo a la gente extrajera, un ejemplo son las historias de Herodoto. Hace mucho tiempo que los humanos conocen lo que se llama "etnocentrismo" que es la tendencia de la gente a pensar como una opinión; "nuestra raza es la mejor, los extranjeros son salvajes". Por eso hasta los académicos comenzaron investigaciones de la gente extranjera en el siglo XIX, los occidentales imaginaban a los extraños como "salvajes" o "salvajes nobles" con alguna nostalgia. Las fundaciones de la asociación académica de la etnología en Paris 1839, en Londres en 1843, son representaciones típicas de lo anterior. Además no podemos pensar en la génesis del pensamiento antropológico sin saber el imperialismo occidental. Este fenómeno supone imágenes del método antropológico y de la administración colonial. El paralelismo del génesis entre antropología y colonialismo no es una relación de historia causal. según Yamaguchi (1966), hubo un cambio de la visión del mundo en Europa, cuando nació el pensamiento antropológico. Esa idea siempre contactaba la prueba de lo relativo para autocriticar su misma cultura y realizaba el papel de la discusión contra lo absoluto del valor y lo cotidiano occidental.

En resumen a eso lo llamamos una "sorpresa", cuando contactamos con la heterocultura permitiendo decir que la "sorpresa" sera una palanca para ser la relativización del mundo.

Sin embargo antes de la edad imperialista occidental, esa "sorpresa" no hizo dicha relativización si no que produjo la sensibilidad de la heterogeneidad y que alteró una excusa para la invasión. Pero el mundo imperialista pudo producir el pensamiento antropológico. De esta manera podemos imaginar que este fenómeno en el cual se cambiaron los conceptos de la edad imperialista estuvo en otra condición cultural que antes.

En su opinión, cuando ocurrió el cambio temporal de la historia del pensamiento de la ley natural, al principio histórico, el mundo de occidente obtuvo el método de lograr un principio universal por la linealización temporal del mundo no occidental que había sido conseguido especialmente por el mundo occidental, o sea, el pensamiento antropológico es no sólo un derivado de la ocupación espacial de la colonia sino que es una lógica dominante en espacio y tiempo, lo que comprendemos por el nacimiento del evolucionismo en la historia de la antropología. Este señalamiento mordaz podría dar una contestación supuesta porque ahora necesitamos la metodología antropológica. Es que estudiamos

el principio universal por el discurso occidental. Eso podría poner al descubierto la limitación de este discurso, no obstante también ese discurso se puede relativizar. Esto caracteriza el pensamiento antropológico, reflexionando siempre metodológicamente.

#### ALGUNOS CAMPOS DE LA ANTROPOLOGIA MEDICA

En la antropología médica, se clasifican algunos subcampos aproximadamente. La diferencia depende de los estudiantes. Por ejemplo, según Lieban(1973), subcampos de antropología médica se dividen como sigue;

1. Ecología y Epidemiología
2. Etnomedicina
3. Aspectos médicos del sistema social
4. Cambio social medio y cambio cultural

De Colson et al.(1974) son;

1. Etnomedicina
2. Ecología médica
3. Investigación del problema de salud
4. Estudio del sistema de la derivación de salud

y Foster y Anderson (1978);

1. Antropología física
2. Etnomedicina
3. Estudios de cultura y personalidad
4. Salud pública internacional

Todos los estudiantes clasifican cuatro campos, los cuales resumiremos de la siguiente manera: En la primera categoría contiene antropología física, ecología humana, etc., cuyo objeto es reconocer nuestra actividad de salud y cultura desde el punto de vista biológico. El segundo campo se puede llamar "etnomedicina" que colecciona el conocimiento y actividad de salud y compara los grupos étnicos del mundo. El tercero es investigación de la conducta de salud, lo que contiene el estudio de la diferencia cultural; entre médico o practicante y paciente, este último estudiaría el problema en que esos campos mencionados arriba se aplicarían y se realizarían, lo que ha sido tratado por el estudio de salud pública desde hace mucho tiempo. Pero ahora necesitamos un nuevopunto de vista global, por ejemplo, el nivel internacional y análisis cultural.

Vamos a explicar cada campo de la antropología médica con un ejemplo simple.

## ANTROPOLOGIA ECOLOGICA

La antropología física se puede llamar antropología biológica, que significa contra antropología ccultural en general. Su contenido es el estudio biológico de la población humana, pero algunos estudiantes piensan que es la integración de la interdisciplina entre biología y cultura. En su historia, esta académica empezó cuando Bremenbach hizo una nueva academia que se llamaba "Anatomía comparativa" a finales del siglo XVIII.

La asociación académica de la antropología francesa, en que participaron Broca y sus compañeros, se fundó en 1859. También se fundó, en el mismo país, "Ecole Antropologique Moderne" (la Escuela de Antropología Moderna) que contenía etnología, arqueología y lingüística como disciplina. En esos días cualquier subcampo de biología se hallaba influenciado por los conceptos del evolucionismo darwiniano, por esto también no podemos pensar en este campo sin la discusión de "El Origen de la Especie" por Darwin(1859). Es claro que Darwin hizo un libro interesante, "El origen de lo Humano"(1871), cuya discusión tiene el origen en lo natural humano y la selección sexual. Hasta ahora en el campo académico tenemos gran tradición de Darwin, sobre todo el concepto de adaptación y evolución a menudo ha sido aplicado a los grupos culturales humanos por antropólogos y ecólogos humanos.

La ecología animal que la fundo' Elton(1933) y la ecología energética que Odum(1971) etc., desarrollaron, han ofrecido un nuevo punto de vista para la interpretación de lo humano.

La anterior ecología general a la ecología humana porque presentaba la importancia de observar el grupo natural humano y descubrir como ellos se adaptaban al ambiente. La segunda estudia la situación energética del grupo humano porque la vida humana influye en su habitación ambiental, lo que podría rendir servicios para la ciencia ambiental. Por esta razón, estos campos se han aplicado a las técnicas más modernas de la genética de la población y bioquímica, por ejemplo es famosa la enfermedad de anemia falciforme, la que está difundida en la zona del Africa Occidental; esta coincide con la distribución de la malaria de Plasmodium falciparum.

La anemia falciforme es muy dura para la población humana porque "los individuos incapaces de elaborar cadenas beta" de la hemoglobina normal poseen glóbulos rojos drásticamente deformados y suelen morir antes de llegar a adultos (Diccionario de Antropología, 1980). Por eso el carácter genético de la anemia falciforme tiene resistencia contra la malaria de Plasmodium falciparum y a veces los caracteres recesivos genéticos se conservan por la presión de la selección evolucionaria. Esto se descubrió en 1954, sin embargo comprobaron la verdad bioquímica de la hipótesis en 1981, lo que la pérdida cálcica de la superficie celular del glóbulo rojo que se deforma impide el metabolismo malarico por medio de experimentos cultivados del plasmodium. También



hemos reconocido que algunas comidas típicas en esa área del África contiene ligeramente el ingrediente de cianuro, cuya actividad química prevendría la agravación de la malaria (Suzuki, 1980), o sea, podemos aprender que no sólo el fenómeno genético se adaptaría con el ambiente en la historia evolutiva humana, sino que también el social y cultural.

Aunque podremos reconstruir la historia humana contra las enfermedades, por referencias antiguas y datos antropológicos modernos, también podemos imaginarla por datos arqueológicos y de fósiles. Este campo se llama "paleopatología" en general. Brothwell (1963) hizo la tabla de enfermedades por medio de los datos de huesos, la que contiene 35 especies de enfermedades de 10 categorías. Los estudiantes de paleopatología también utilizarían la piel de restos antiguos para diagnosticar enfermedades dermatológicas, y de fósiles de excrementos para la infección parasitaria del órgano digestivo.

Tenemos el ejemplo de la anemia falciforme, cuyos síntomas son cuadros con la comida natural, por eso es muy importante estudiar los hábitos de comida desde el punto de vista biológico y sociocultural. Katz (1974) pensaba sobre grupos de poblaciones que comían o comen maíz como comida principal; la proteína animal contiene adecuadamente aminoácidos necesarios para el cuerpo, pero alguna comida vegetal como el maíz no sólo contiene mucha licina, uno de los aminoácidos necesarios, sino que contiene también albumina interior. Como la licina es del grupo de aminoácidos básicos, es necesario que la extraigamos efectivamente por el líquido alcalino, por ejemplo, la lejía (Bender, 1978). Katz formuló esta hipótesis, investigaba la comida de varios grupos étnicos de los indígenas de México. Aunque hay varias maneras de cocinar, cualquier grupo étnico tiene el proceso de cocinar el maíz con la cal para reblandecerlo.

Los humanos sobreviven y mejoran su salud con métodos tradicionales, pero sin saber que estos les ayudan.

## ETNOMEDICINA

Originalmente, "la etnomedicina" se ha clasificado como el sistema médico del mundo no occidental (Foster et al. 1978), que está de acuerdo con esto opinan que hay algún punto común entre la medicina china, de Ayurveda (medicina tradicional india) y de Yunani (medicina islámica) y prueban a conceptualizar el sistema médico de la etnomedicina. No se puede decir que su prueba es nueva, comparada con el sistema de clasificación de Ackerknecht (1946), o sea medicina primitiva. Me parece que la mayor parte de los estudios de este campo han tenido dificultades de crear el concepto, "el sistema primitivo no occidental" opuesto al occidental. Ahora tenemos excelentes resultados por la dicotomía entre el sistema de occidente y de no occidente. Sin embargo no es bueno que simplifiquen varios conceptos y maneras médicas

del mundo y crean que haya lógica consistente en la "medicina no occidental", sin contradicciones.

También hemos creído que la consistencia de la medicina occidental ha sido buena. Nosotros hemos dado posición privilegiada a la medicina occidental. O sea, tenemos que relativizar la medicina occidental como una categoría de etnomedicina.

Pues la etnomedicina sería la actividad total de las cosas medicas en ciertos grupos étnicos, la que esta incluyendo hasta la medicina occidental.

Ahora si empezamos a discutir la etnomedicina en esta visión, debemos revisar el substancialismo de la "enfermedad". Una visión que la enfermedad existiría en todo el mundo consistentemente, es una ilusión por la ideología del modernismo. Y que más nos debemos preguntar si existe la enfermedad y cual definición tiene ésta. Si pensamos que la enfermedad es el concepto opuesto de la salud, la enfermedad no sería "estado de completo bienestar físico, mental y social" (por definición de OMS). Pero la definición de la salud por la OMS significa que la salud es "no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", o sea existiría un estado en que no hay enfermedad ni hay salud dando la definición de la salud por OMS.

Se presentan muchos modelos de la teoría de "enfermedad y salud". Aquí sólo presentamos un marco teórico de "illness and disease" (en inglés) de los antropólogos norteamericanos. Ellos distinguen entre "illness" que significa enfermedad sociocultural y "disease" que se define en punto de vista biomedicina. El ejemplo del anterior es empacho, Caida de Mollera, etc. mientras que el posterior se nombran por la medicina moderna.

Sin embargo tenemos algunos casos marginales en el campo médico de la psiquiatría. También la enfermedad que entendemos ordinariamente como "disease", por ejemplo, influenza, no es considerado como enfermedad consistente entre los grupos sociales en la misma cultura. Por ejemplo la clase social de ingresos elevados tiene la tendencia que dan más síntomas presentado enfermedad que los ingresos bajos (Koos, 1955., Graham, 1958). Aunque este modelo se ha examinado y reformado, hay problemas que pueden ser criticados por "ontología de la enfermedad".

Hace mucho tiempo que los filósofos médicos discuten sobre el substancialismo de la enfermedad y de la salud. Pero finalmente muchas discusiones cayeron entre dos polos que igualmente hicieron las hipótesis filosóficas tradicionales, o sea, el absolutismo y relativismo. El absolutismo externo se puede llamar "biologismo" que determina lo normal según punto de vista patológica. Por el contrario el relativista podría tender a que no hay enfermedad absoluta ni salud y las determinamos socio-culturalmente. Sin embargo si la mayor parte de los filósofos médicos y también la gente que vive una vida cotidiana, que están dentro de la posición media. Pues nosotros podemos dar la definición exacta, sino consentimos la enfermedad y la salud como

" semejanza familiar" (por uso de Wittgenstein), la que se podría decir que "nosotros estamos mirando las redes de la semejanza complicada que se sobreponen y cruzan mutuamente, y la semejanza aproximada y menuda" (Wittgenstein, 1953). O sea volvemos a esta discusión en la revisión de cada caso de las enfermedades. Aquí introducimos un concepto de etic y emic cuyos orígenes son para reconocer fenómenos culturales. El etic es la forma de adjetivo por lo que significa el punto de vista intercultural usando los medios universales (etic es una terminación de la palabra en inglés, "phonetic"; fonética); el emic significa que unos fenómenos se analizan desde el punto de vista cultural (emic es de "phonemic"; fonemática), que se usa en la lógica cultural. Tenemos que distinguir un análisis etic y emic, porque en el análisis etic se pueden comparar los datos del lugar diferente, pero no se puede saber unos significados de los datos en su contexto cultural, que solo se conocen por el análisis emic.

Aunque el análisis etic, por ejemplo un medio de la biomedicina, puede explicar la comparación internacional de la mortalidad, pero para saber el significado de la muerte en el contexto cultural tenemos que esperar el análisis emic. De todos modos, hasta ahora ha habido mucha acumulación de los datos de etnomedicina, desde la colección del técnico curativo y medicina folklórica hasta la teoría exquisita. En la actualidad la etnomedicina comienza a dirigirse a nivel marco, pues teoriza últimamente la relación entre cierta cultura y la concepción de enfermedad y salud. Sin embargo no debemos olvidarnos como restituir el conocimiento de la etnomedicina a la gente para mejorar la comunidad.

### LA CONDUCTA DE LA SALUD

Este campo tiene aproximadamente dos subcampos; uno se llama "psiquiatría transcultural" o "etnopsiquiatría" que significa un estudio comparativo en la especialidad de la psiquiatría entre unas culturas o grupos étnicos, y el otro es el estudio de la conducta concreta de la salud en cierto grupo y cierta área dependiente de la parte de sociología.

La primera parte, como lo dije antes, comenzó con una hipótesis de psicoanálisis occidental. Freud (1919) insistió que su hipótesis, complejo de Edipo, podría explicar unas sociedades primitivas universalmente en su libro intitulado "Totem y Tabú". En esta cuestión el etnólogo quien contestó es Malinowski (1927). El opinó que la hipótesis de Freud no era universal sino que se relacionaba con la estructura social de patriarcado, o sea que en las sociedades matriarcales en las Islas Troburiandos, habría otra complejo psicológica correspondiente a cierta estructura social. Róheim (1950) quien es muy famoso por el estudio de Totemismo australiano insistió que las costumbres y los mitos de todas las partes del mundo podría ser explicado por la inter-

pretación freudiana, no obstante Cawte(1965) que investigaba las deficiencias mentales australianas nativas dice que no puede diagnosticar en marco la teoría de la psiquiatría occidental.

Ha habido muchas interpretaciones occidentales de cultura las que son aplicables a casos no occidentales, además se continúa con la controversia entre los estudiantes occidentales, pues ahora debe cuidar el mismo lógico total de ciencia occidental. Por ejemplo en el mundo científico occidental hay tradición intelectual cartesiana en que el espíritu está frente del cuerpo, y en la sociedad tradicional, la tercera cláusula está contra el espíritu y el cuerpo, pues la existencia suprenatural está como fantasma en el pensamiento de la gente, o sea, no es extraño que no distinguan la diferencia mental de las otras enfermedades.

En la ciencia occidental la deficiencia mental está en la posición privilegiada no sólo científicamente sino simbólicamente. Según Foster et al., el objetivo de la terapéutica occidental es la re-educación, el fortalecimiento del ego, y la modificación de la individualidad, pero el objetivo no occidental es la reducción del síntoma y la comunicación del lenguaje con la existencia suprenatural. También dice que hay cierta enfermedad mental en cierta cultura que se llama "síndrome cultural conectado", por ejemplo "lata" cuyos síntomas son lenguaje refuleccional, melancolía, lenguaje ordenal, agravación contra-alusiva.

Lo que presenta cosas interesantes en las actividades sociales es el estudio concreto de la conducta de la salud que le interesa a los sociólogos desde hace tiempo. Uno de los precursores de este campo es Parsons que publicó un gran libro que se llama "Sistema social"(1951). En este libro, él seleccionó la medicina moderna como uno de los casos que explica la estructura y su proceso dinámico. Entonces para discutir la estructura social de la medicina él definió la conducta de las partes famosas sobre tipos ideales; "médico y enfermo", y escribió la situación inevitable dependiente de la interacción de "médico y enfermo". esta idea influyó en Gerfinkel(1967) que trató de realizar la forma del conocimiento en situación clínica. Además de esas teorías introducimos el punto de vista intercultural, lo que es estrategia de antropología médica. Ahora los antropólogos médicos están tratando de integrar esas teorías como antropología clínica.

## LA SALUD PUBLICA TRANSCULTURAL

¿Qué significa lo que los antropólogos médicos participan en la actividad de salud pública? Como dije antes la antropología médica incluye ambos puntos de vistas, o sea biología y ciencia social, y tiene el poder que dá las informaciones útiles a la decisión de la administración de la salud pública.

Hay muchos proyectos médicos que han introducido el sistema médico occidental al tercer mundo y han tenido muchos fracasos.

Ha salido mal económica y políticamente, además culturalmente, eso significa que a esos proyectos les falta el punto de vista integrada, especialmente socio-cultural. Nosotros tenemos que evaluar lo útil que la medicina occidental que ha introducido al tercer mundo, pero también debemos reflexionar sobre la historia de la dificultad de introducir la medicina occidental. Es aceptado que la medicina occidental puede afectar más que la no occidental en el caso de la infección.

Sin embargo esta realidad no siempre refleja el uso actual, pues en alguna parte se puede salir bien, y en la otra se puede fracasar. Por ejemplo hubo un proyecto de operación de la salud por una agencia estadounidense en Sri Lanka, Fundación Rockefeller, que salió bien en el control y la erradicación del anquilostoma en la parte meridional estadounidense en 1916. Comenzó a hacerlo en el caso de Sri Lanka con cualquier conocimiento de la medicina y programa propagandístico occidental. Pero, a los seis años de haber empezado el programa, el caso de anquilostoma no se pudo controlar, se consideró como fracaso (Philips, 1955).

Muchos etnógrafos corrientes piensan que la propagación de medicina occidental no expulsa la medicina no occidental sino que coexiste con esta. Esta coexistencia de dos o más sistemas médicos en el mismo lugar se llama pluralismo médico.

Según Gould (1957), que realizó las investigaciones en la parte septentrional de India y Ecuador, la medicina científica trata enfermos graves teniendo el obstáculo de la vida actual y la medicina popular trata enfermos crónicos que no influye en la vida actual. También la prefieren a la medicina científica, esta en correlación positiva con (1) ingreso elevado, (2) nivel de la educación pública (3) profesionalización de trabajo. También la gente de la zona urbana del noroeste de Zambia en Africa utiliza dos sistemas médicos, pero los métodos de utilización entre católicos y paganos son diferentes.

Por eso hay que necesitar el estudio detallado sobre la selección de sistemas médicos. y todavía el 56% de la población mundial depende de las prácticas tradicionales. En Africa la urbanización que se cree es factor de reducción del médico tradicional no siempre lo reduce, sino que a veces aumenta (Good, 1977).

En esto tenemos que examinar la atención primaria de la salud y la evaluación de la práctica tradicional en la declaración de Alma-Ata por OMS, pero ahora necesitamos informaciones y planificaciones dependientes de cierta gente que participaría en la actividad del saneamiento básico. En este campo no hay manera universal que pueda practicar el plan de trabajo en cualquier lugar. Por eso la participación de los antropólogos médicos serán más necesarios que antes en el programa de la salud pública.

## LA DECLARACION DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OMS/UNICEF, reunida en Alma-Ata en Kazakhstán Soviético, URSS, en septiembre de 1978.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los Gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

### I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

### II

La grave necesidad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

### III

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de salud, a los países en desarrollo y los países desarrollados. La promoción y protección de la salud, del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial.

### IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

## V

Los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los Gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

## VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

## VII

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.
4. Extraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exigen los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
5. Exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles; y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesitan, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

#### VIII

Todos los Gobierno deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponible.



## IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

## X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud como elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e Internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los Gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antes dichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente declaración.

PRIMER INFORME PROVISIONAL

DE

PROYECTO PARA INVESTIGACION ANTROPOLOGICA MEDICA

EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN

AÑO - 1985

DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

MISION TECNICA DEL JAPON

MITSUHO IKEDA

TEGUCIGALPA, D.C. - HONDURAS, C.A.

## I N D I C E

Introducción y Advertencia.	iv
I. CONDICION GENERAL	1
1. Condición Geográfica.	1
2. Datos Geográficos.	3
A. Etnicos	3
B. Población Total y Estructura Demográfica.	3
C. La Proporción del Crecimiento Demográfico.	5
D. La Densidad de Población.	6
E. La Estructura Demográfica.	6
F. Personas Medias de la Familia.	7
G. Natalidad.	7
H. Las Causas de la Morbilidad.	8
I. Mortalidad.	9
J. La Migración.	10
3. Comunicaciones.	10
4. La Actividad Económica.	13
5. La Clase Social.	14
6. Educación Pública.	15
7. Estado de Sanidad.	16
II. RECURSOS SERVICIOS DE SALUD.	17
1. Medicina Popular.	17
A. Aspecto General.	17

B. El Papel Social de los Practicantes Populares.	18
C. Otras Observaciones.	19
2. Medicina Moderna.	19
A. Aspecto General.	19
B. Historia Breve de la Atención Primaria de Dolores.	20
C. Tema Investigativa Futura.	21
III. OBSERVACION PREVIA DE EL CONOCIMIENTO POPULAR SOBRE LA MEDICINA ( LA CULTURA MEDICA )	22
BIBLIOGRAFIA:	24
APENDICE:	

## INDICE DEL CUADRO

Cuadro 1. Nombre de las aldeas y su altitud	1
Cuadro 2. Estructuras Demográficas de Dulce Nombre y Dolores	6
Cuadro 3. Estructuras Demográficas del Estado y de Dolores	6
Cuadro 4. Causas de Morbilidad de Dolores: Agosto de 1985	8
Cuadro 5. Los lugares del Nacimiento del Jefe (a) de la Familia y su cónyuge, aldea de Dolores.	10
Cuadro 6. Las Distancias desde la Cabecera Municipal	12
Cuadro 7. Los Números de los Practicantes Populares (Las Aldeas; de Bijao, Dolores, San Antonio Yaruconte.)	17

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Estructura Demográfica de la aldea de Dolores Mayo de 1985.	4
Figura 2. La Distribución de las Personas de cada Familia	7
Figura 3. La Red de Comunicación	13

INTRODUCCION Y ADVERTENCIA:

Este informe es el primer reportaje de que el autor está realizando el Proyecto en cierto municipio del Departamento de Copán, según PROYECTO PARA INVESTIGACION ANTROPOLOGICA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN. Por División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Misión Técnica del Japón.

Este estudio se planifica en el objeto final para mejoramiento de sanidad de la gente del campo de la investigación, de alrededor y del estado.

Al mismo tiempo este estudio es un estudio antropológico aplicado, lo que está abierto para todos los estudiantes que estén interesados en este tipo de problemas. Sin embargo, la persona que utilizará este informe para estudios académicos debe traspasar del nombre del lugar que se escriba como sustantivo propio el seudónimo según la costumbre del estudio antropológico cultural y social.

Por este medio, se prohíbe la fotocopia de una parte ó toda la parte y cualquier citación sin permitir a los titulares de derechos de autor, Ministerio de Salud Pública y el autor de este informe.



Nombre del Autor.

Lic. Mitsuho Ikeda.

Lugar. Tegucigalpa, D.C.

Fecha. 23 de Septiembre de 1985.

## I. CONDICION GENERAL

### 1. Condición Geográfica

"Dolores" es un municipio, que queda en el medio oriente del Departamento de Copán.

La cabecera municipal está situada a 20 kilómetros al norte de Santa Rosa de Copán, la cabecera departamental, hacia 35 kilómetros al sur de La Entrada, la segunda ciudad de Copán. Este municipio está a 14 52'-57' de latitud norte y 88°48'-54' de longitud oeste. Este municipio está a la altitud de 780-1150 metros mientras que la Aldea de Dolores queda a la altitud 1080 metros.

Cuadro 1. Nombre de las Aldeas y su Altitud.

Aldea: Metros sobre el nivel del mar.

---

El Bálsamo	850
Agua Buena	950
Vega Redonda	780
Plan del Naranjo	850
Joyas Calanas	1100
El Bosque	1150
Pasquingual	850-950
San Antonio	1020
Yaruconte	950
El Camarote	900
Dolores	1080
Bijao	1050

---

Fuente: Según la carta topográfica de "Dulce Nombre" (1/50.000)

El municipio de Dolores se compone de doce aldeas ó caseríos; ó sea: El Bálsamo, Agua Buena, Vega Redonda, Plan del Naranja, Joyas Calanas, El Bosque, Pasquingual, Yaruconte, San Antonio, El Camalote, Dolores y Bijao.

Municipio cubierto hasta 50 kilómetros cuadrados.

La Aldea de Dolores, la cabecera municipal, está situada como 5 Km. de la cabecera municipal de Dulce Nombre. Los límites del municipio son: al norte y al oeste, por el municipio de San Jerónimo; al este, por el municipio de Veracruz; al Sur por el municipio de Dulce Nombre.

La mayor parte del municipio es zona montañosa, que se incluye en Sierra Gallinero en Cordillera del Merendón.

Sobre hidrografía del municipio, "El principal río es el Gualzama, que riega el antiguo municipio por el este y por el río Chamelecón, que pasa por el extremo occidental de su jurisdicción, por el lugar llamado Vega Redonda; el río Chiquito y el Limón. Hay numerosas fuentes diseminadas en todo el territorio, que hacen que el agua no sea escasa en estos parajes" (Membreño P.31.)

Su clima se divide en dos estaciones: ó sea la estación lluviosa, desde mayor hasta enero; la estación seca, desde febrero hasta abril. El clima de mayo a septiembre es templado y de octubre a enero es frío y húmedo. Ese clima tendría relaciones sobre la mayor parte de Copán, incluyendo Dolores que está en la cordillera de Merendón. Entonces por el descenso de la presión atmosférica, temperatura y humedad absoluta y por el aumento del tiempo de insolación, la radiación y generalmente la precipitación, el clima de Dolores se llama "el clima montañoso" típico. (Ricketson 1977, P.28-29)



La vegetación forestal se destruye completamente por la cultiva  
ción quemada durante largo tiempo. Sólo queda la vegetación natural que  
está en los Valles de La Fuente y el bosque de pino. Además de la cultiva  
ción quemada, la gente de éste lugar utiliza leña para cocinar, lo que  
tiene papel de la destrucción de la vegetación forestal.

Originalmente la fauna ha demandado la vegetación, el ambiente  
de la vida, por eso la densidad de los animales salvajes es muy baja. To-  
do esto se acredita por las palabras del pueblo; "Hubieron muchos animales  
cuando hubo bosque".

## 2. Datos Demográficos.

### A. Etnicos:

Según Adams, los Pobladores del municipio de Dolores se han lla  
mado "los indios ladinados" ("Ladinoized Indians"). (Adams 1957, P.652).  
Originalmente han existido los indígenas de los Chortí de maya en este lu-  
gar. Pero no se ha confirmado la familia que hable el lenguaje de Chortí  
y casi no tienen la autoidentificación de los indígenas o "indio" en este  
pueblo.

### B. Población Total y Estructura Demográfica.

Son muy raros ciertos datos demográficos sobre el Municipio de  
Dolores. Del censo de 1940, tuvieron 2,163 habitantes (1,066 hombres y  
1,097 mujeres) de todo el municipio. "Población Urbana", que podría ser  
de la aldea de Dolores, fué de 401 (185 hombres y 216 mujeres); "Pobla---  
ción Rural" fué de 1,762 (881 hombres y 882 mujeres). (Membreño P.31).

Según el censo de S.N.E.M. (ahora, División de Control de Vecto-  
res) en 1976, los habitantes del área malárica como sigue: Aldea Dolores,

565; Pasquingual, 97; vega Redonda, 369. (SNEM, 1976).

El censo de la Aldea de Dolores que el autor realizó en mayo de 1985, presenta 601 habitantes (302 hombres y 299 mujeres), lo que se excluyó la gente que vuelve temporalmente. La estructura demográfica cada diez años de edad que presenta como pirámide de población en figura No. 1 señalaría alta natalidad y mortalidad infantil, y baja esperanza de vida, o sea tipo "Subdesarrollo".

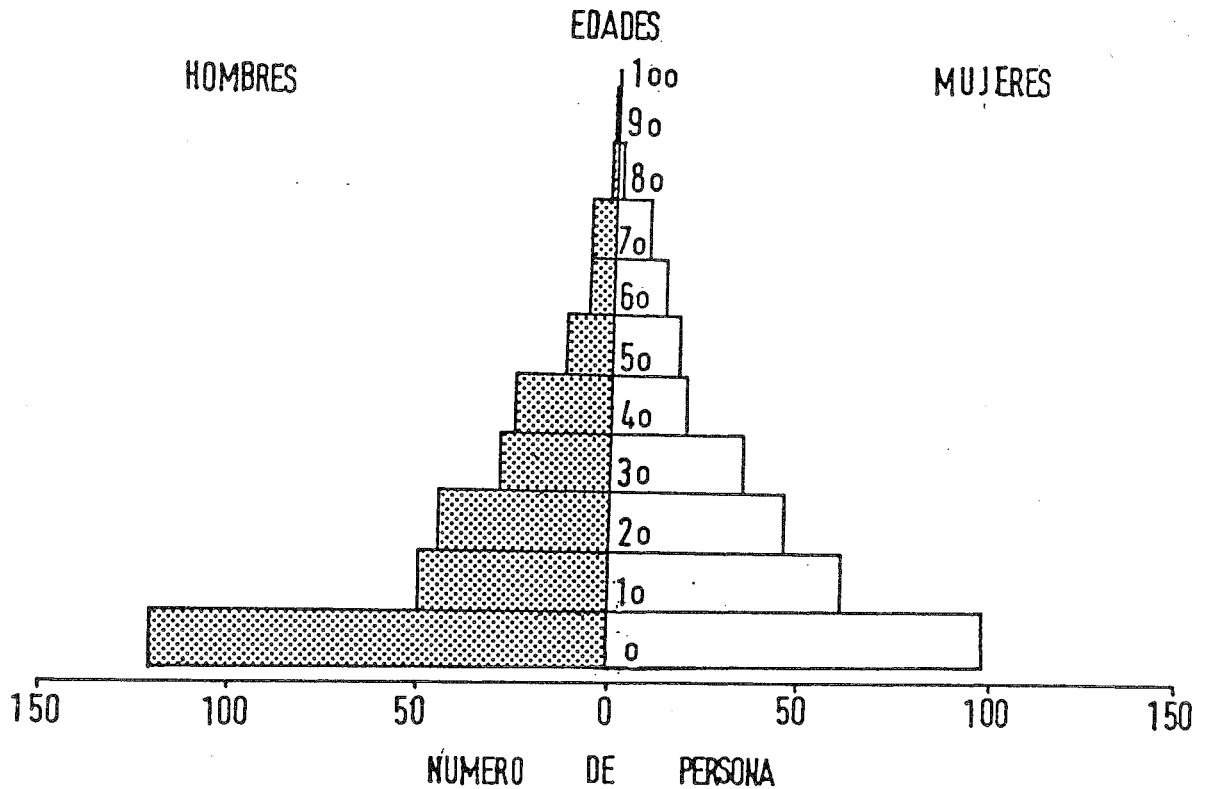


Figura 1. La Estructura demográfica de la Aldea de Dolores, Mayo de 1985.

Desde el año 1974 el censo total del municipio de Dolores no se ha realizado y no se logró conseguir el dato de 1974 en Dolores ni en Santa Rosa de Copán. Sin embargo, nosotros podemos saber la población municipal aproximada por el siguiente método. En la oficina del Registro Nacional de las personas (R.N.P.), en la Aldea de Dolores, está haciendo registros de los votadores para la elección Presidencial de Noviembre de 1985.

Según estos registros 1,554 electores que tienen más de 18 años se han registrado desde el primero de septiembre del presente año 1985. Entonces la proporción de la población de los habitantes que tiene más de dieciocho años en la aldea de Dolores, se asignó para la estimación de la población en el municipio.

$$\frac{X}{1,554} = \frac{100\%}{47.7\%} \quad \text{la proporción de más de 18 años}$$

O sea.  $X = 3,258$ .

Por este medio, aproximamos 3,260 habitantes en el municipio.

### C. La Proporción del Crecimiento Demográfico.

Por el cálculo simple, las proporciones del crecimiento demográfico anual por estos 45 años del 1940 al 1985 serían 0.9% en la aldea de Dolores y 0.91%\*\* en el municipio de Dolores.

$$* \quad 401 \times \left( 1 + \frac{X_1}{100} \right)^{45} = 601$$

$$1 + \frac{X_1}{100} = \sqrt[45]{\frac{601}{401}}$$

$$\therefore X_1 = 0.90$$

$$** \quad 2,163 \times \left( 1 + \frac{X_2}{100} \right)^{45} = 3,258$$

$$\therefore X_2 = 0.91$$

\*\*\* Esas estimaciones serían muy bajas, porque se calculó sólo el número de la población sin considerar el movimiento, la natalidad y la mortalidad.

\* Fuente : UNAM, 1984, p.1

Ahora podemos decir que las estructuras demográficas de Dolores y Dulce Nombre son las mismas. Con el estado, la categoría de 15 a 49 años de edad de Dolores está en menos proporción. Este fenómeno se explica la salida de los jóvenes fuera de la comunidad. Pero no se cambió la estructura básica demográfica y la estructura de Dolores presenta típicamente un tipo "rural".

#### F. Personas Medias de la Familia.

El número de las familias es 111, por eso el número medio de las personas de cada familia sería de 5.4 personas por familia. Esta cifra es casi la misma de 5.35 en urbano y 5.71 en rural en el Departamento de Copán, lo que realizó el censo de 1952 ( Adams 1957, p 570 )

La distribución de las personas es de la siguiente manera:

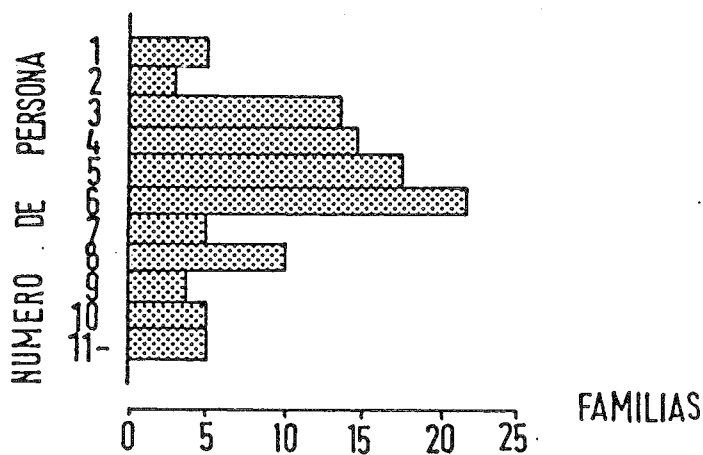


Figura 2. La distribución de las personas de cada familia.

#### G. Natalidad.

Durante estos 10 años a partir del año 1975 al año 1984, el número de casos de nacimiento declarado es de 1,712 ( 885 Varones y 827 hembras.)

Supongamos el 3% de la proporción del crecimiento demográfico en este lugar, la natalidad media será de 61.6 por mil habitantes.

Ahora, suponiendo que el 0.91% de esa cifra, sería 55.2 por mil habitantes. Son más alta que 48.2\* por mil de la tasa de natalidad cruda del estado.

$$* \begin{array}{l} X / 1000 - \\ natalidad \end{array} \quad \begin{array}{l} 14.2/1000 \\ mortalidad \end{array} = \begin{array}{l} 34/ 1000 \\ crecimiento \text{ anual.} \end{array}$$

$$\therefore X = 48.2$$

Fuente de mortalidad y crecimiento anual: UNAH, 1984, P.1-2

#### H. Las Causas de morbilidad:

Las causas de morbilidad que se saben por los pacientes que visitan el CESAR en la aldea de Dolores en agosto de 1985 se presenta en el cuadro N°4.

Cuadro 4. Causas de Morbilidad de Dolores :  
(Agosto de 1985):

<u>Causas</u>	<u>Nº.</u>	<u>%</u>
1. Parasitosis	43	23.1
2. Influenza	34	18.3
3. Desnutrición	30	16.1
4. Anemia	29	15.6
5. Diarrea	24	12.9
6. Alergia	6	3.2
7. Sintomático Respiratorio **	6	3.2
8. Tricomonosis	3	1.6
9. Amigdalitis	2	1.1
10. Forúnculo	2	1.1
11. Otros	7	3.8

- \* Diarrea incluye lo que causa por bacteria y endógeno.
- \*\* Sintomático Respiratorio incluye bronquitis y asma bronquial.

Fuente : CESAR, Dolores Copán.

Las causas del primero ( Parasitosis ) al quinto ( diarrea ) cubierta 86% del todo. Los mayores casos de desnutrición de los niños se acompañan con parasitosis, diarrea ó anemia. Además los pacientes infantiles se quejan al CESAR de algunos síntomas de enfermedades. Por eso habrían más casos de desnutrición latente en este pueblo.

### I. Mortalidad

La tasa de mortalidad del municipio no se puede calcular en este momento, por los defectos estadísticos en el informe del difunto de R.N.P. Sin embargo, pudimos saber las causas de los difuntos desde 1920 hasta la fecha.

Desde el año 1975 a septiembre de 1985, se han sabido 136 casos de muerte. Como la familia del difunto declara la causa de la muerte, de bemos deducir la causa actual medicamente.

Por ejemplo:	<u>Declaración</u>	<u>Corrección</u>
	Disentería	Enfermedades gastrointeritis
	Infección Abdominal	
	Neumonía	Enfermedades Respiratorias
	Pulmonía	

Por este medio la primera causa son las enfermedades gastrointeritis, 32 casos ( 23.5 % ) ; la segunda son las enfermedades respiratorias, 25 casos ( 18.4 % ) ; la tercera es fiebre, 21 casos ( 15.4 % ).

- \* La causa de "Fiebre" no se puede clasificar en ninguna categoría de las enfermedades, porque es un síntoma de las enfermedades.

### J. La Migración :

Además que los índices demográficos importantes que se explicaron anteriormente, falta uno, la migración de las personas: ó sea inmigración y emigración. En el cuadro N°5, clasificamos los lugares del nacimiento del jefe (a) de la familia y su cónyuge.

Cuadro 5 Los Lugares del Nacimiento del jefe(a) de la familia y su cónyuge, Aldea Dolores.

<u>HOMBRE</u>			<u>MUJER</u>				
	Aldeas Dolores	Fuera de Dolores		Aldeas de Dolores	Fuera de Dolores		
Nº.	60	3	17	Nº.	60	10	26
%	75.0	3.75	21.25	%	62.5	10.4	27.1

Como la Aldea de Dolores no tiene la estructura industrial ni agropecuaria la dinámica demográfica sería la " estabilidad " que no sale ni entra gente. Pero aunque tiene la " estabilidad ", las mujeres toman el modelo en que ellas salen de la tierra natal al lugar del cónyuge y generalmente los hombres se fijan en el lugar del nacimiento. Sobre todo los hombres toman el modelo en que es muy raro que vengan de las aldeas vecinas y el modelo de que vienen de lugares lejos en caso de venir y fijarse. Este fenómeno se explica que la aldea de Dolores originalmente fue una "tierra explotada", donde recibieron a las personas de Copán Suroeste, Departamento de Ocotepeque y los lugares fronterizos de El Salvador. Además se demuestra que los hombres que vinieron de afuera de Dolores tienen mayor edad y los jóvenes son casi todos de Dolores.

### 3. Comunicaciones.

Mientras que el municipio de Dolores, o sea la cabecera municipal y

sus aldeas, es un conjunto administrativo, hay varios vínculos entre las aldeas, es un conjunto administrativo, hay varios vínculos entre las aldeas según rutas de comunicación. En general no difunde las rutas que pueden pasar los carros entre las aldeas, la gente se muda y transporta las mercaderías y cosas a pié ó en bestia. Siendo así, es un punto esencial de la comunicación, por donde se conectan unos caminos, cual ciudad (que es más grande ) queda más cerca de cierta aldea.

Las aldeas septentrionales, o sea El Bálsamo, Agua Buena y Plan del Naranjo tienen más comunicación con los municipios septentrionales como San Jerónimo y Florida que la cabecera municipal.

Las aldeas occidentales, o sea Joyas Calanas y El Bosque, se comunican con la cabecera municipal de Dulce Nombre por la carretera de Vega Redonda a esta cabecera.

Las aldeas que están en el centro ó al sur, Pasquingual, Yaruonte, San Antonio, El Camalote y Bijao tiene más comunicación con la cabecera municipal que las otras aldeas las cuales indicamos arriba. Esas se comunican también con la cabecera de Veracruz. Además que incluyendo la aldea de Dolores, esas aldeas mantienen la comunicación fuerte con la cabecera de Dulce Nombre que está en el nivel más grande.

Se ha puesto un transporte de autobús solo una vez diaria desde la aldea de Dolores y la cabecera departamental, Santa Rosa de Copán. Entre Dulce Nombre y Santa Rosa de Copán salen los autobuses cada hora diaria. Entonces se puede decir que los habitantes de la aldea de Dolores están temporalmente más cerca de Santa Rosa de Copán que de las otras aldeas.



Cuadro 6. Las Distancias desde la Cabecera Municipal:

<u>Lugar</u>	<u>Distancia (Kilómetros)</u>	<u>Tipo de Transporte</u>
Vega Redonda	16	a pié, carro particular
Pasquingual	8	a pié.
" Bodega " hasta carretera	6	autobus, a pié.
Dulce Nombre	5	a pié autobus.
Veracruz	4	a pié.
Yaruconte	4	a pié.
San Antonio	4	a pié.
El Camalote	3	a pié.
Bijao.	1	a pié.

Por existencia de este extracto de las rutas comunicativas de cada aldea la conducta ( ó la utilización ) de la gente que busca el servicio de la medicina se influye. Por ejemplo: Cuando piensan que es necesario quejarse al médico, la gente de la aldea de Dolores podría utilizar el Centro de Salud y los médicos particulares en Santa Rosa de Copán además del CESAMO en Dulce Nombre. Al contrario los habitantes de las aldeas campesinas tienen más oportunidades para utilizar CESAMO en Dulce Nombre.

Hace como trece años todas las aldeas estuvieron bajo la jurisdicción del CESAR de Dolores. Pero se ha colocado un nuevo CESAR en la aldea de Vega Redonda desde abril de 1985 y ahora existen dos sectores de los CESARS en este municipio. Entonces los habitantes del norte y oeste utilizan el CESAR de la aldea de Vega Redonda.

En suma podemos dibujar la red de la comunicación del municipio de Dolores en la Figura 3.

< Nivel Médico >

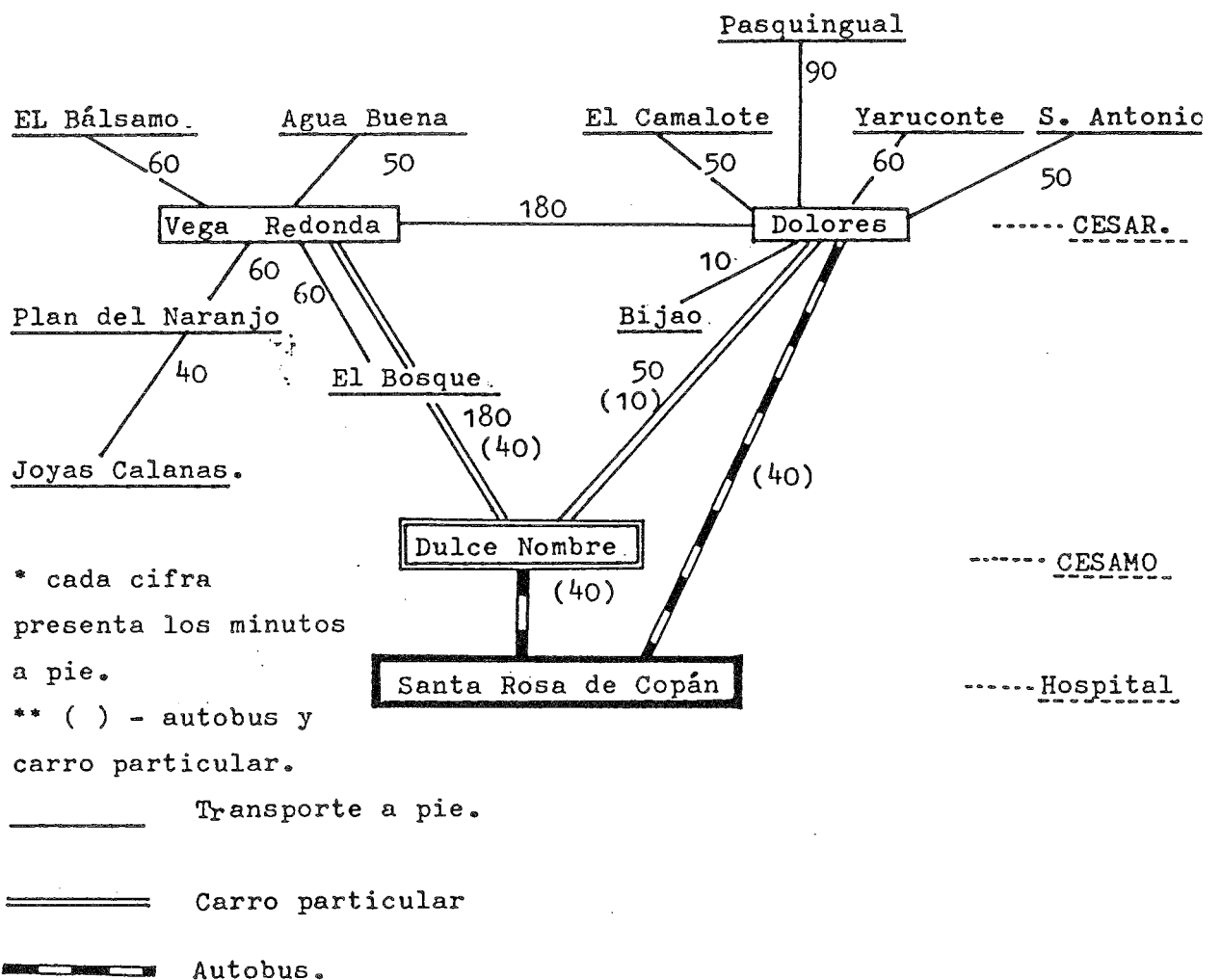


Figura 3. La Red de comunicación.

#### 4. La Actividad Económica:

La Actividad económica principal de Dolores es la agricultura. Ahora cultivan maíz, frijol, caña de azúcar y café en el campo.

Anteriormente cultivaron mucho tabaco, según Membreño, (Comercio de Dolores, Copán - autor) "Es poco activo, solamente es digno de tomarse en cuenta la venta de puros y tabaco en rama. Los puros de Dolores son muy soli-

citados por los pequeños comerciantes. Su tabaco también mereció premio en la última exposición departamental" (Membreño P.32).

Como decíamos antes, los recursos forestales se han agotado porque fué necesario talar esos recursos como ser cedro y otras maderas preciosas, para cultivar tabacos en aquel tiempo. Aunque la cultivación del tabaco habría sido activa hace como diez años, la abandonaron por la propagación de enfermedad en el tabaco. Ahora sólo se sigue la producción de los puros de las hojas que se producen en otro lugar por la mano de obra de la ama de casa. También hay crianza de ganado vacuno en el municipio. De la leche que producen en el pueblo, se elaboran productos lácteos como decir: quezo y mantequilla en Dulce Nombre.

Además del consumo doméstico, el maíz, frijol, panela de dulce y café se mandan a otro lado en calidad de mercadería. Sin embargo, la producción total y la forma del transporte se limitan por causa de la condición geográfica.

El café es el producto más cariñoso de todos los productos agrícolas en este lugar, y están haciendo proyectos y cooperativas del café por las agencias privadas y públicas.

A excepción de la agricultura, ninguna industria se desarrolla en el municipio de Dolores. También el comercio sólo se sostiene por los comerciantes que vienen de afuera de Dolores. Aunque existen tiendas que se llaman "Pulperías" ó "Trucha" en cada aldea, esas actividades no se colocan para ganancias comerciales, sino como un apoyo para la economía familiar, lo que se define como "sector informal" (la palabra técnica de la economía). En estas tiendas se venden las medicinas contra el dolor de cabeza, y vitaminas, que se llaman "Botiquines".

##### 5. La Clase Social:

Adams, indica la existencia de tres clases sociales, o sea (1)

superior (2) media (3) baja, usando dos índices; la riqueza, la edad y la importancia de la familia en el campo de Honduras. (Adams, 1957, P572- 577). Por esta clasificación se puede indicar los siguientes tres grupos en este lugar.

- (i) Superior: la propiedad de la tierra y la manera que puede aumentar la escala de la ganancia.
- (ii) Media: la propiedad de la tierra, la familia que puede sostener la producción más que su consumo.
- (iii) Baja: no tiene la propiedad de la tierra. O aunque la tenga, no produce más que su consumo.

A pesar de no significar que a los habitantes los separen 3 clases sociales claramente, sino que se incluyen en esas tres tendencias.

#### 6: Educación Pública:

Cada aldea tiene sus escuelas, en que la cantidad de los maestros depende del número de alumnos. Por ejemplo: la Escuela Urbana Mixta de Dolores tiene 120 alumnos y 3 maestros, Escuela Rural de Vega Redonda tiene 85 alumnos y dos maestros, Escuela Rural de San Antonio tiene 36 alumnos y un maestro. Mientras tanto la educación primaria está enraizada en la comunidad, la educación secundaria y superior sólo sirve a la gente de la cabecera de Dulce Nombre. Además utilizan la educación secundaria y superior en la ciudad de Santa Rosa de Copán.

En general el porcentaje de la población escolar es alta, por ejemplo el 94% en la aldea Dolores y 90% en San Antonio (Porcentaje de acci de Agosto de 1985). Pero, se observan muchos alumnos que no van a la escuela por causa de la familia, o no pueden pasa el próximo grado. Si bien no existe la taza de analfabetismo en este lugar, esta taza sería más alta que el promedio del estado 42% (1978, Población de más de 15 años de edad). (Waldmann 1984, P.169).

Como no hay propagación del periódico y se carece de informaciones de letras, los habitantes no tendrían conciencia del analfabetismo como crisis. Ahora se lleva a cabo la Educación Nocturna para los adultos por "PLANALFA" (Plan Nacional de Alfabetización).

#### 7. Estado de Sanidad.

La difusión del agua potable por el SANAA, (desde 1971) la letrización por Plan en Honduras; letrinas de fosa simple, y por PRASAR; letrina de cierre hidráulico ha realizado a pasos agigantados por estos diez años. Por ejemplo, en Yuscarán las cuarenta y cinco casas del agua potable (86.5%) y las veintidós casas de la letrina (48.9%) se han extendido, mientras que la tasa de difusión de la letrina es 59.6% en la aldea de Dolores.

Los alcantarillados casi no se difunden a excepción de una parte de la aldea de Dolores.

En general la gente trata la basura de la casa como la bota directamente alrededor de su casa. La basura en la calle ó en frente de la casa se junta en un sólo sitio con la escoba y a veces se quema. Como es muy interesante, lo que la gente contesta que queman la basura aunque las arroja al rededor de su casa. Los habitantes poseen ciertos animales domésticos, o sea caballos, yegua, "macho" (mulo), mula, cerdos, gansos, patos, gallinas, perros, gatos, loros, etc. Sobre todo las gallinas, perros y gatos a menudo se crían dentro de la casa. La gente da consentimiento a esa costumbre. Cuanto más adelante camina el rural, tanto más se aumenta esa tendencia.

Las estructuras de las casas del municipio son de techos de tejas, zinc, o pajas; paredes de bajareque ó adobe, suelo de tierra, mosaicos ó cemento. Estas casas se construyen independientemente y se dividen por las barreras. Como estructuralmente es poco difícil hacer ventana en la pared del bajareque, hay pésima condición del alumbrado y es poco oscuro y fresco en este tipo de casa.

## II. RECURSOS SERVICIOS DE SALUD:

### 1. Medicina Popular.

#### A. Aspecto General.

Según Teller, los practicantes populares hondureños se dividen en las siguientes categorías: Parcheros ó curanderos, sobadores, brujos, espiritualistas, farmacéuticos y enfermeras empíricas que traen inyecciones\*, parteras o comadronas (Teller 1972, P.53)

\* Una traducción de Inglés, o sea, otras categorías se dan en Español en el texto.

Pero hay duda que se pongan esas categorías a los practicantes dolorenos. Por ejemplo: la mayor parte de las comadronas funcionan al mismo tiempo como sobadoras y parcheras, a veces como "curandera" en la sociedad. Por eso es muy difícil distinguir entre esas categorías. Además la palabra "curandero (a)", tanto como "brujo" la imaginaria en el valor negativo ("imagen negativa") a la gente. Aunque ellos funcionen como curanderos en la sociedad, no quieren llamarse ni decirlo. Sobre todo, el "brujo" no es la categoría de la denominación sino, la etiqueta de que la sociedad da a la persona. Entonces en la comunidad no se usa así como "Señor "A" es brujo"

Teniendo en cuenta la discusión arriba mencionada, los números de la gente que tiene esas tendencias se presenta en el cuadro 7.

Cuadro 7 Los números de los practicantes Populares.

( las Aldeas: de Bijao, Dolores, San Antonio, Yaruconte: )

---

Parcheros, curanderos	1
Sobadores	3+
Brujos	7
Espiritualistas	0
(Farmacéuticos empíricos)	2
Parteras ó Comadronas	6

---

## B. El papel social de los practicantes populares.

En este artículo solamente discutimos sobre parteras ó comadronas además cuyos papeles funcionan como "Curandera " y "Sobadora". El parto es un proceso importante del ciclo de la vida femenina y es más que un fenómeno indispensable para la comunidad. La partera que atiende ese parto carga con el papel sustancial en las aldeas que quedan lejos temporal y espacialmente del servicio médico moderno, o sea el centro de salud y hospital.

En cada aldea ciertamente hay una o dos parteras y en general ellas aprenden el tratamiento de las hierbas medicinales ó el arte de sobar además del arte del parto. Ellas se han situado en la profesión particular en la sociedad y los miembros de la comunidad pueden decir quien es (son) partera (s) sin duda, si bien no es siempre que ellas estén situadas de alto rango respecto a la gente. También aunque ellas saben que este tipo de trabajo no les dá para ganarse la vida, reconocen que su papel en el trabajo deben ser "responsables" y todo esto es muy valioso para la comunidad.

Es muy importante la función "Guardiana" que están cargando las parteras en la comunidad, porque ellas son unas de los miembros de cierta comunidad, y viven con los del pueblo. Por eso ellas saben el movimiento y el estado de salud de las personas. También la gente sabe del reconocimiento empírico que ellas tienen por parte de la medicina popular. Siendo así la gente fácilmente puede consultar y quejarse a la partera de las enfermedades. Al contrario del centro de salud, la gente entiende más sobre enfermedades populares porque ellas las expresan por la terminología y el concepto que emplea el pueblo. Sin embargo, por la introducción de la medicina moderna y su administración del estado, la gente de Dolores ya ha comprendido algunos conceptos de esa medicina, y por lo tanto no se quejan constantemente de todas sus enfermedades con la partera. Depende de la clase, el síntoma y la gravedad de la enfermedad, la gente escoge por la partera ó por el centro de salud. Entonces hay coexistencia de dos sistemas de los principios médicos: la medicina de la partera se clasifica en el lado popular y la me-

dicina moderna del centro de salud, lo que llaman "Pluralismo médico" por los antropólogos médicos.

### C. Otras observaciones:

En este lugar se ha empezado la formación de "la partera adiestrada" que reforza a la partera empírica desde al año 1979. Será movimiento lo que la medicina moderna occidental influye acerca de la medicina popular. A pesar de que es un evaluado, se incluye la posibilidad problemática. O sea además de la introducción de la medicina moderna, el marco teórico de la adiestrada podría crear confusión del concepto de la medicina popular que la recibe. Mientras que el Ministerio de Salud Pública transplanta la idea que la ganancia de la gente es la medicina moderna, reclaman a la gente "La autoasistencia medicinal" sin medicina.

Los datos básicos sobre este fenómeno no se sacaron bien y necesitamos su estudio organizado.

## 2. Medicina Moderna:

### A. Aspecto General:

Se han puesto colaboradores voluntarios de Control de Vectores en cada aldea y un guardián de salud en ciertas aldeas. Pero el posterior ahora no funciona bien en la comunidad.

En el municipio hay dos Centros de Salud Rural, (CESAR) en las aldeas de Dolores y Vega Redonda. Cada CESAR tiene un auxiliar de enfermería, la que llaman "enfermera". En consecuencia cada centro de salud cubre hacia 25 km<sup>2</sup> y como 1,700 personas bajo la vigilancia médica.

Aunque solo hay un tipo del servicio del Ministerio de Salud, CESAR, en el municipio, la gente utiliza también el Centro de Salud con médico (CESAMO) en la cabecera municipal de Dulce Nombre, cuyo personal es el siguiente:



- Un médico; trabajo como servicio social
- Una enfermera profesional; trabaja en el centro y es supervisora del área uno.
- Tres auxiliares de Enfermería.

Mientras que el CESAMO de Dulce Nombre es también la oficina areal de área uno que incluye Dolores, Vega Redonda etc, los pacientes que necesitan la consulta médica se indican que hagan recepciones del CESAMO.

Los habitantes que precisan el servicio médico superior van al servicio público como Centro de Salud y Hospital de Occidente, y al servicio privado como médico general para consultarse. También hay varios servicios médicos privados en La Entrada.

Así como hay maneras estructuradas de la medicina moderna, pero la gente que vive en aldeas campesinas se limita a recibir el servicio médico superior por causas económicas lo que constituye un gran obstáculo al servicio del Ministerio de Salud Pública.

#### B. Historia Breve de la Atención Primaria de Dolores:

Aunque el sistema del "Guardián de Salud" ha comenzado en el nivel nacional desde el período medio de 1970, en este lugar, o sea Región Sanitaria Cinco, área uno, el establecimiento del guardián de salud y la partera adiestrada se han puesto desde 1979.

El proceso de la fundación del CESAR de Dolores es de la forma siguiente: en 1972, vino una aprendiz de la "Escuela Auxiliar de Enfermería" (CARE/MEDICO) de Santa Rosa de Copán para trabajar en plan de servicio social durante un año. La llegada de ella que es nativa de Dolores fue actualmente el principio de la actividad del CESAR. Al primer tiempo habría puesto una oficina temporal, luego el Centro de Salud que está ahora el cual se fundó por la donación y la oferta de los servicios de la gente, bajo la dirección de un doctor en mayo de 1973.

Cuando el edificio de CESAR se reparó en el año de 1984, Plan en Honduras cooperó económicamente.

La "Escuela Auxiliar de Enfermería" fue la escuela temporal que se estableció para el mejoramiento del estado de salud alrededor de los departamentos de Copán, Ocotepeque, y Lempira: Región Sanitaria cinco. Según Madrid, "Siendo Director el Doctor (anónimo-autor) en el año de 1965 se suscribió un contrato entre el gobierno de la República a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y CARE/MEDICO; con Sede en la Ciudad de New York (Nueva York-autor), por medio del cual éste último se comprometió a proporcionar al hospital elemento técnico, distintas medicinas, cirugía, biología y rayos X, instrumental quirúrgico. Funciona una Escuela Auxiliar de Enfermería dirigida por enfermeras norteamericanas, de las que hay egresadas auxiliares de enfermería que prestan sus servicios en el centro". (Madrid, 1985 P.65).

La construcción del CESAR comenzó en julio de 1985 por la esperanza del pueblo y el apoyo monetario de Plan en Honduras. Pero ya ha comenzado a funcionar actualmente por la auxiliar de enfermería enviada desde abril de 1985.

#### C. Tema Investigativa futura.

Hasta la fecha hacen falta los siguientes temas que debemos investigar:

- Cómo ó hasta cual nivel se penetra la medicina moderna en la gente, ó sobre la confianza y rechazo, cómo se observa la acción médica de la gente.
- La evaluación del sistema presente de (guardián) - CESAR - CESAMO como grupos de trabajo: Hay que saber el punto evaluado ó el punto que es necesario para el mejoramiento.
- Examinar caracteres estructurales y su limitación del sistema presente que se explica arriba.

### III. OBSERVACION PREVIA DE EL CONOCIMIENTO POPULAR SOBRE LA MEDICINA (LA CULTURA MEDICA)

Según la impresión de mi investigación, es claro que la gente quiere la introducción de la medicina moderna occidental. En el punto de vista administrativo, eso es muy conveniente para introducir el sistema médico y la política médica.

No obstante, la confianza de la medicina es máxima ó a veces demasiada. Por ejemplo: Aunque llegaron al CESAR, no se logró pasar a los habitantes en cualquier razón (no hay medicina, no es necesario dar medicinas etc.) y luego ya no regresan al centro para consultar. "Porque" la gente dice "no hay medicina" ó "no me dan medicina". Al fin y al cabo el elemento principal en que la gente tiene confianza con la medicina moderna, no es el sistema ni el servicio del Ministerio de Salud Pública, sino que dan "pastillas de medicina" ó "recibiendo pastillas"

Por lo tanto en vez del CESAR sin pastilla, los "Botiquines" que se venden en la pulpería y trucha dan satisfacción a la gente. Ahora no se encuentra la nueva cuestión, "Automedicamento", que se compone otra parte de la acción médica de la gente. Lo que a la gente le interesa es que esa medicina solo "cae bien" ó "cae mal" "no cae bien" y no les importa la cantidad de medicina y como trato esa medicina. Es muy común tomar la medicina inyectable vía oral en este lugar.

También hay mucha y tolerancia de la inyección vitamínica para la "alimentación". Sobre todo esa cosa se habla popularmente sobre "la potencia del sexo" para los señores. Aunque pensamos que la escasez de la toma vitamínica en el pueblo, no puede llenar de vitalidad poco después de haber inyectado. Es más importante que debe ser un problema el abuso de la inyección.

Es cierto que se establecen los proyectos del mejoramiento del estado de el ambiente. (p.e. PRASAR) en cooperación de la gente, no se ha difundido con todas las casas de la comunidad. Sobre esta causa la vi-

si3n de los promotores se explica como los habitantes que "no quieren trabajar", son " Haragan (es)" 3 "les falta educaci3n". Adem3s es m3s raro que la gente solicite el mejoramiento del ambiente que otros ser vicios. No se generaliza "el concepto del saneamiento por el aumento del mantenimiento de la sanidad b3sica "entre los habitantes. Por eso la discrepancia de las ideas entre los habitantes y el lado que promociona proyectos se refleja directa e indirectamente estos problemas.

BIBLIOGRAFIA:

Adams, Richard N., 1957, Cultural Surveys of Panama - Nicaragua - Guatemala - El Salvador - Honduras.

Pan American Sanitary Bureau, Scientific Publications.

Nº.33

Centro de Salud con Médico (CESAMO) de Dulce Nombre, 1983.

Estudio de Dulce Nombre de Copán, informe mecanográfico.

Ikeda, Mitsuho. 1985, Sinópsis breve de la antropología Médica, División de Control de Vectores, Ministerio de Salud Pública y Misión Técnica del Japón, Tegucigalpa.

Membreño, Jesús B, 1947 , Monografía del Departamento de Copán. Santa Rosa de Copán.

Rendón Madrid, Arturo, 1985, Santa Rosa de Copán;

La Sultana de Occidente, Secretaría de Cultura y Turismo del Gobierno de Honduras, Tegucigalpa.

Ricketson, Oliver G. Jr., 1977

An outline of basic physical factors effecting middle America, en "The Maya and their neighbors", P. 10-31, Dover Publications.

Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)

1976, Información básica por municipios, localidades, casas y habitantes del Departamento de Copán, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa.

Teller, Charles H., 1972, Internal migration, Socio-economic status and health: Acces to medical care in a Honduran City., Ph. D. Dissertation, Cornell University, E.E. U.U.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 1984,  
Situación de Salud de Honduras, folleto mimeografiado, Tegucigalpa.

Waldmann, Peter., 1984. Honduras en "América Latina" (editor P. Waldmann)  
P. 168-179, Herder, Barcelona.

## A P E N D I C E

1. Mapa geográfico del Municipio de Dolores
2. Mapa geográfico de la localidad de Dolores

1. Mapa geográfico del Municipio de Dolores



## 2. Mapa geográfico de la localidad de Dolores

LA DISCUSION DEL HECHO MEDICO EN LA ZONA  
RURAL DEL DEPARTAMENTO DE COPAN.

SEGUNDO INFORME

DE

PROYECTO PARA INVESTIGACION ANTROPOLOGICA  
MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN.

POR

MITSUHO IKEDA

DIVISION EPIDEMIOLOGIA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL

MISION TECNICA DEL JAPON

1986

TABLA DE MATERIAS

PREFACIO	vi
I. Primera Parte: TEORIA	
La discusión del hecho médico	1
1. Geografía médica	1
1.1 La zona del servicio médico	3
1.2 Desviación local del hecho médico	7
2. Antropología médica	9
2.1 La elección del servicio médico	11
2.2 El concepto médico de la gente	12
2.3 Los practicantes	12
II. Segunda Parte: PONENCIA	
La discusión del hecho médico	15
1. Geografía médica	15
1.1 La zona del servicio médico	18
1.2 La desviación local del hecho médico	21
2. Antropología médica	26
2.1 La elección del servicio médico	27
2.2 El concepto médico de la gente	30
2.2.1 El concepto tradicional sobre la enfermedad	32
2.2.2 El concepto de la enfermedad común	35
2.3 Los Practicantes	40
III. Apéndice	
Sobre la automedicación en el Departamento de Copán	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución de Institución médica alrededor de Santa Rosa de Copán.	2
Figura 2.	Mapa geográfico para orientar al centro de salud.	2
Figura 3.	Figura Conceptual de la ZONA DEL SERVICIO MEDICO.	6
Figura 4.	Distribución Poblacional: Dispersión y Concentración.	8
Figura 5.	Diagrama de Relación Familiares.	14
Figura 6.	Registro de Temperatura y Precipitación de Copán (durante el año 1982).	16
Figura 7.	Precipitación de Veracruz, Copán (1976-1986).	17
Figura 8.	Lugar Investigado de este Estudio.	19
Figura 9.	Esquema del Sistema Médico Nacional.	20
Figura 10.	Estructura Regional del Ministerio de Salud y Campo Investigado.	20
Figura 11.	Distribución de Pacientes.	22
Figura 12.	Red de Comunicación y Servicios Médicos	25
Figura 13.	Acceso para servicios médicos por dos semanas, en la <u>ca</u> becera municipal, Dolores	29

Figura 14.	Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (2): Situación de Intra-Grupo.	58
Figura 15.	Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (3): Distribución entre Enfermedades.	39
Figura 16.	Diagrama del Parentesco de Parteras.	43
Figura 17.	Distribución de Gastos Familiares.	50
Figura 18.	Tratamientos Alternativos antes de llegar al CESAR.	51

#### LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Lugares en que viven los pacientes (CESAR, Veracruz).	23
Cuadro 2.	Lugares en que viven los pacientes (CESAR, Dolores).	23
Cuadro 3.	ZONA DEL SERVICIO MEDICO: Dolores y Veracruz.	24
Cuadro 4.	Comparación entre habitantes y pacientes en la ZONA DEL SERVICIO MEDICO.	24
Cuadro 5.	Accesibilidad de Servicios Médicos de tres ciudades.	25
Cuadro 6.	Número de pacientes encuestados (Veracruz)	28
Cuadro 7.	Número de pacientes encuestados (Dolores)	28
Cuadro 8.	Enfermedad Folklórica Hondureña	31

Cuadro 9.	Tabla de enfermedad folklórica: (1) Cuatro dimensiones de etiología	34
Cuadro 10.	Tabla de enfermedad folklórica: (2) Clasificación de enfermedades.	34
Cuadro 11.	Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (1) y Frecuencia de incidente.	37
Cuadro 12.	Propagandas Comerciales de la Medicina.	48
Cuadro 13.	Medicinas Boticarias que se venden en el pueblo.	48
Cuadro 14.	Promedio de gasto Familiar para comprar Botiquines.	49
Cuadro 15.	Tratamiento alternativo antes de llegar al CESAR.	50

## PREFACIO

Este reportaje es el segundo informe provisional de PROYECTO PARA INVESTIGACION ANTROPOLOGICA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN, por División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la colaboración de Misión Técnica del Japón. El sumario del campo investigativo se ha puesto al corriente en el primer informe provisional, y este reportaje se escribe en el modo más desarrollado.

La estructura del folleto se compone de dos partes, ó sea teoría y ponencia.

Cualquier estudio concreto no se puede separar de su teoría y siempre es necesaria, por eso el lector de este informe podrá entender bien la ponencia por la referencia de la teoría que se presenta en la primera parte.

Sin embargo, para los lectores no será obligación leer y entender completamente la primera parte; porque está hecho de manera que puedan comprender la ponencia sin leer la teoría.

En esta discusión, denominamos la medicina que toca al Ministerio de Salud con el nombre de medicina occidental, medicina moderna ó medicina institucional, también la medicina que tocan los practicantes tradicionales con el nombre de medicina non-occidental, medicina tradicional, medicina non-institucional ó medicina popular sin definición estricta de la palabra.

Estoy muy agradecido con todas las personas del campo de la investigación. Ellos siempre me ayudan con cariño y hospitalidad. También estoy en deuda con el Señor Lindolfo E. Hernandez, por su ayuda en la observación participante en el campo; con el Doctor Enrique Zelaya, Jefe División Epidemiología del Ministerio de Salud, por su ayuda en la preparación general del trabajo.

Este estudio fue realizado con fondos otorgados por intermedio de la Misión Técnica del Japón.

Mitsuho Ikeda

Tegucigalpa, D.C., 15 de Agosto, 1986.

**I. PRIMERA PARTE: TEORIA**



## La discusión del hecho médico

El estudio en que los habitantes buscan cualquier servicio médico y la conducta que cierto servicio médico hacen para ellos, se llama la discusión del hecho médico. Este tipo de estudios tiene muchos sub-campos académicos que se aplican con ciertas ciencias, es decir geografía médica, sociología médica, economía médica, antropología médica, etc. Para comprender esos subcampos, es necesario el conocimiento básico que sostiene esos estudios (p.e. conocimiento sociológico para comprender sociología médica).

Pero no olvidemos la última idea de la discusión del hecho médico, ó sea el pensamiento para saber qué es lo propio en el servicio médico. Por este medio no caigamos en la discusión detallada para seguir la teoría pura, sino mantengamos la perspectiva con que podemos mirar a todos lados sin olvidar su idea.

En esta parte se explicarán la geografía médica en el macro-punto de vista y la antropología médica en el micro-punto de vista para presentar una parte de la discusión del hecho médico.

### 1. Geografía médica.

El carácter de este campo es la comprensión del servicio médico por introducción del concepto espacial. En este modo el concepto espacial connota no solo la espacial medida sino el concepto espacial cognitiva de lo humano. Por ejemplo, entre los habitantes urbanos y rurales aparecen distintas imágenes con la misma unidad de la espacial, dependiendo también del sexo, edad, y ocupación, aparecen varias impresiones.

Es muy interesante tratar el concepto espacial cognitivo, pero no es mucho de cir que el asunto de la geografía médica empezará poniendo unas cosas en la espacial medida.

Para realizarlo es necesario por lo menos los conocimientos básicos de la geografía ó sea deben saber la dirección, la distancia, la medida etc., todo lo que se necesita para leer mapas.

El mapa es la manera más útil de comprender la espacial medida.

Puesto los elementos encima del mapa, podemos saber donde están ellos situados en cierto ambiente.

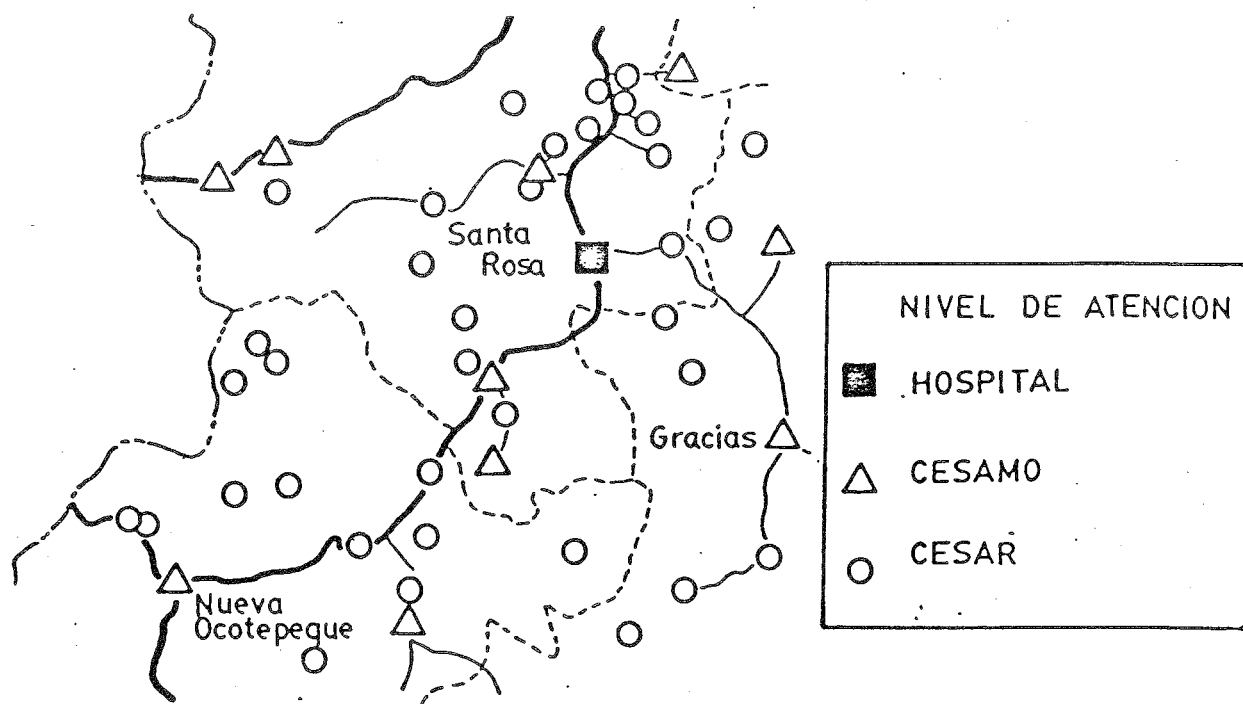


Figura 1. Distribución de institución médica alrededor de Santa Rosa de Copán

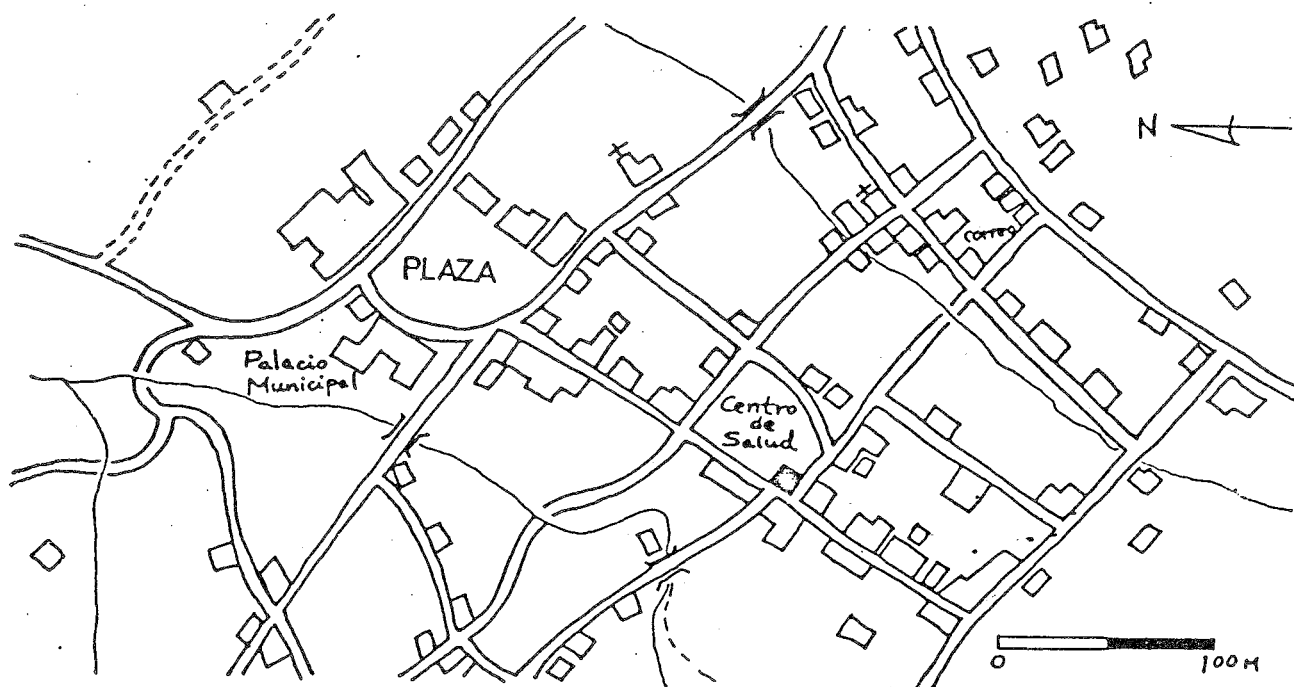


Figura 2. Mapa geográfico para orientar al Centro de Salud

Fuente: "Florida" de Copán, Dirección General de Estadística y Censos, 1963

Suponiendo que un hospital esté situado en el mapa, podríamos saber la distancia actual entre el hospital y cierto punto "A" con regla.

Si está llano alrededor del hospital, podemos suponer la misma distancia o sea la misma accesibilidad entre el hospital y los puntos encima del ciclo concéntrico.

Teniendo aún la misma distancia, si existen obstáculos geográficos, o sea montañas, ríos, y paredes artificiales, no tendría la misma accesibilidad. También la accesibilidad se cambiaría dependiendo de la facilidad del transporte y la calidad pontencial del servicio médico.

### 1.1 La zona del servicio médico

Quando buscamos las instituciones médicas (hospital, Centro de Salud, Clínica privada etc.) en el mapa, podemos entender como se ponen esas instituciones. (Figura 1 y 2).

Las instituciones se construyen por varios factores, como la concentración de la población, el plan operativo del gobierno, la causa política etc. Para juzgar si cierto lugar tiene más instituciones que otro, utilizamos una medida; la densidad.

$$A: \text{ la densidad} = \frac{\text{Número de instituciones}}{\text{superficie.}}$$

Por ejemplo, entre tres departamentos de la región sanitaria V; Copán, Lempira y Ocotepeque, comparamos las densidades del centro de salud cada  $100\text{Km}^2$  de la forma siguiente:

$$\text{Copán: } \frac{40 \text{ centros}}{3,203 \text{ Km}^2} \times 100 \text{ Km}^2 = 1.24 \text{ centro}/100\text{Km}^2$$

$$\text{Lempira: } \frac{35 \text{ centros}}{4,289 \text{ Km}^2} \times 100 \text{ Km}^2 = 0.82 \text{ centro}/100\text{Km}^2$$

$$\text{Ocotepeque: } \frac{16 \text{ centros}}{1,680 \text{ Km}^2} \times 100 \text{ Km}^2 = 0.95 \text{ centro/100 Km}^2$$

Por consecuencia podemos saber que el Departamento de Copán tiene más centros por unidad de superficie y menos centros tiene el Departamento de Lempira.

Ahora utilizamos otra medida de calculación; el promedio de la cantidad de superficie cubierta en cada centro de salud.

$$\text{B: El promedio de la superficie cubierta} = \frac{\text{Superficie}}{\text{Número de Instituciones}}$$

Por esto los resultados que salen son: Copán tiene  $80.1 \text{ Km}^2$ , Lempira  $122.5 \text{ Km}^2$  y Ocotepeque  $105.0 \text{ Km}^2$ . Eso nos da a entender que los centros de salud de Copán cubren menos cantidad de superficie que los centros de otros departamentos.

Por uso de la población sabemos el promedio de la población cubierta por cada centro de salud en cada departamento.

$$\text{C: El promedio de la población} = \frac{\text{Población}}{\text{Número de instituciones}}$$

$$\text{Copán: } \frac{201,161 \text{ hab.}}{40 \text{ centros}} = 5029.0 \text{ hab./centro.}$$

$$\text{Lempira: } \frac{164,251 \text{ hab.}}{35 \text{ centros}} = 4692.9 \text{ hab./centro}$$

$$\text{Ocotepeque: } \frac{62,009 \text{ hab.}}{16 \text{ centros}} = 3875.6 \text{ hab./centro.}$$

Es decir que en general cada centro de salud en el departamento de Ocotepe que toca menos cantidad de la población; por el contrario, el centro de Co

Aunque es útil utilizar este tipo de explicación, debemos cuidar cual es el índice que se presenta más propio.

Ejemplo: suponiendo que hayan 2 departamentos P. y Q. cuyas poblaciones sean 80,000 y 50,000 respectivamente tendríamos la conclusión de que el hospital de P. cubra más población, por eso haya más servible en el departamento Q. porque el hospital de Q. atiende menos población. Es correcta esa conclusión en el caso que sean iguales los hospitales P y Q. Sin embargo, si el hospital P. tiene 55 camas y el hospital Q. tiene solamente 35 camas, las poblaciones que se asignan por cada cama es como sigue:

$$\text{Hospital P.} \quad \frac{80,000}{55} = 1,454.5$$

$$\text{Hospital Q.} \quad \frac{50,000}{35} = 1,428.6$$

O sea que los servicios médicos de ambos departamentos serían casi iguales. Podemos calcular varios índices según varias medidas, pero no es importante solo sacar números, sino elegir el índice que representa propiamente la condición del servicio médico en cierto lugar. Debe recordarse que el número y fórmula del índice nos ayudan para comprender, pero a veces nos confunden.

A propósito, vamos a ver la distribución local de los pacientes que han venido al centro de salud en el mapa (véase Figura 11).

Por consecuencia podemos saber que se distribuyen los pacientes en la forma radial, cuya forma del centro está situado en el lugar del centro de salud. En general los pacientes del centro son la mayoría, y los pacientes que viven más lejos vienen menos.

Si existe la institución equivalente al lado de esta zona, podemos determinar el territorio de cierta institución con la frontera duplicada.

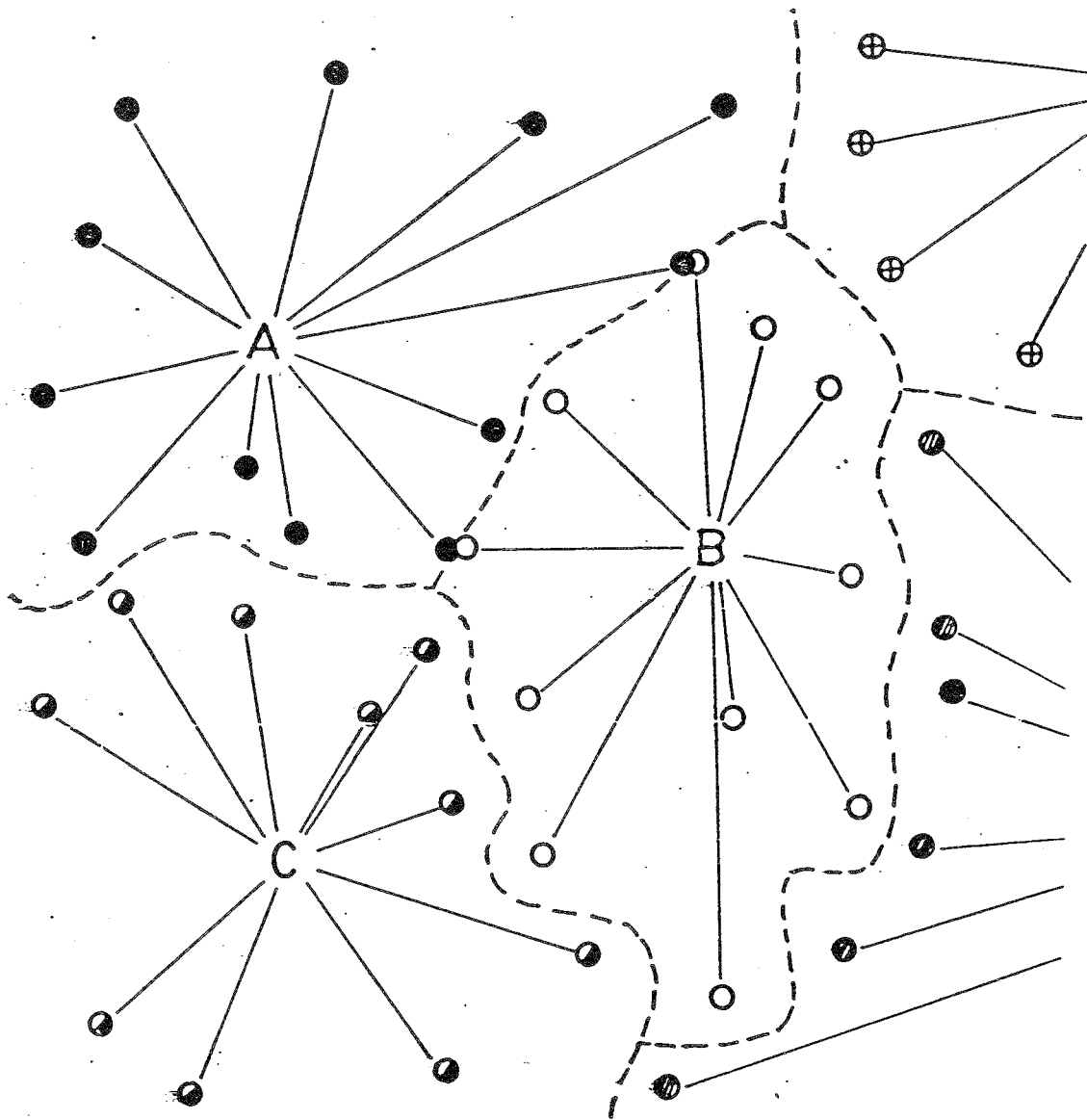


Figura 3. Figura Conceptual de la ZONA DEL SERVICIO MEDICO

A,B,C significan las instituciones m3dicas. Cada c3rculo significa la comunidad. El 3rea redeada con l3nea de puntos es la ZONA DEL SERVICIO MEDICO. Unos puntos est3n sobrepuesto entre zonas A y B.

Este territorio se puede llamar la "ZONA DEL SERVICIO MEDICO" (Figura 3).

La formación de la zona del servicio médico está determinada por varios factores, o sea:

Factor exterior----- La distancia entre comunidades e instituciones; la manera de transportarse etc.

Factor interior----- Fuerza centrípeta de los habitantes, es decir la calidad del servicio, la comodidad; crecimiento del servicio, el cambio de la personalidad etc.

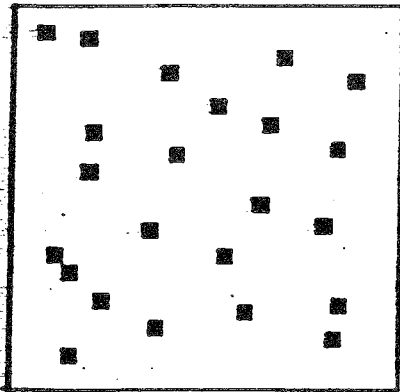
Como la zona del servicio médico no cambia, salvo que se alteren esos factores, podemos considerar la zona como unidad básica del servicio médico en el nivel de la comunidad. La zona del servicio médico se presenta por la acción que los habitantes hacen para acudir a ciertas instituciones médicas, por esto es poco distinta del área operativo del Ministerio de Salud (p.e. región sanitaria, área, sectores etc.), que se determina por la política sanitaria. Sin embargo, no es raro que la zona del servicio médico coincide con áreas operativos.

## 1.2. Desviación local del hecho médico.

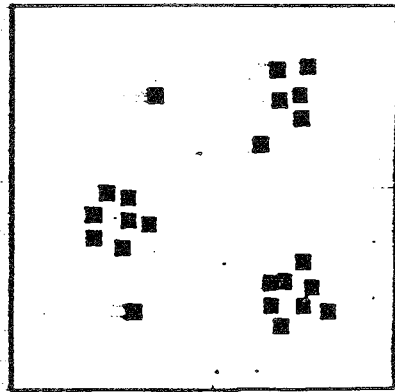
Para saber la situación del servicio médico en la zona rural, que está remota de las instituciones médicas, es muy importante comprender la dinámica poblacional cuyos componentes son la población total, la densidad poblacional, la (cruda) natalidad, la (cruda) mortalidad, la tasa de aumento etc. Como se mencionó en la primera parte, la densidad poblacional es muy importante concepto para discutir el medio ambiente geográfico.

No es obstáculo la densidad, ni es el índice que nos enseña la condición de la distribución poblacional.

En la figura 4, ambos cuadros tienen la misma densidad, aún con distintas distribuciones. La densidad relativamente es apta para comparar las áreas grandes, pero no es útil para evaluar la distribución local.



dispersion



concentración

■ UNIDAD = 100

**Figura 4. Distribución poblacional:**  
Dispersión y Concentración

Cada cuadro tiene misma densidad, 2,300 por cuadro.  
pero los modelos de la distribución son distintos.



La evaluación del servicio médico que nos llama la atención, necesita el micro-punto de vista, hasta que sepa la situación exacta de la población, condición natural y la manera de transportes.

Es cierto que la desviación poblacional formaría el desequilibrio del servicio médico entre los habitantes, pero es muy difícil evaluar esa situación. Por ejemplo, si un municipio tiene 5,000 habitantes, cuya parte de 4,000 vive en la zona urbana y de 1,000 vive en la región rural, no sabemos que proporción les daría el servicio médico a los habitantes que son el veinte por ciento de la habitación total y viven en lugares remotos. Supongamos que ambas zonas, urbana y rural tengan la misma población, no se puede tener la misma calidad del servicio entre ellas; porque en la zona urbana, la población condensada, se pone el abastecimiento médico fácilmente, mientras que es más difícil suministrar la misma calidad del servicio en la región rural.

Por el contrario, en el punto de vista de los habitantes, la acción centrípeta del pueblo cambia, dependiendo de los lugares en que ellos viven.

Digámoslo más simplemente, la accesibilidad geográfica de los habitantes urbanos es alta, pero ellos tienen que esperar en larga fila de pacientes, lo que les quita el deseo de acudir al servicio.

Los habitantes rurales, deben caminar largas distancias, hasta el Centro de Salud, con el riesgo de que no exista suficiente medicina, pero ellos pueden aceptar ese servicio con menos dificultad que los urbanos.

Como hemos observado, varios factores limitan la acción de la gente, por lo que no es fácil sacar un factor principal, solamente. Además, hay varios factores antropológicos, lo que se presentarán después, por lo tanto, es necesaria la investigación detallada para evaluar el servicio médico.

## 2. Antropología Médica

El campo académico, en que la medicina se comprende en el contexto cultural y su pensamiento práctico en el campo médico, es lo que se llama antropología médica. Aunque la proporción de la cultura que los habitantes ocupan en la acción médica es alta, no se han tratado como punto problemático. Una de las causas de este fenómeno es el pensamiento de que la medicina occidental

del modelo fisioquímico, se aplique a todo el mundo y no haya falla. Con esta idea la medicina occidental se aplicaría la situación latinoamericana sin condición. Y si hubo fracaso de introducción de la medicina occidental, siempre han explicado que fue por causa administrativa o económica:

Sin embargo en lo humano actual influye la cultura, la clase social, la ideología de la época en que participa. Por ejemplo hay varias explicaciones y expresiones de "dolor" o "cansancio" entre los grupos étnicos. También se informaron la diferencia de la conducta de los enfermos entre las diferentes clases sociales, a las que el Ministerio de Salud debe servir propiamente.

Es muy importante comprender esa realidad, aunque el Ministerio despliegue una campaña de reducción de cierta enfermedad, no se obtienen los resultados deseados, si los habitantes no comprenden la enfermedad como algo evitable. Por ejemplo la enfermedad de "Chagas" que transmite algún tipo de chinche, la comprenden los doctores, pero es difícil hacerles entender a los habitantes porqué el síndrome de esa enfermedad aparece crónicamente, por lo que ellos no comprenden la relación entre la chinche y la enfermedad.

Hace bastante tiempo la institución pública (p.e. Ministerio de Salud) ha usado la estrategia de:

- (A) Insistir en la opinión que la gente está equivocada y difundir un nuevo concepto.

A pesar de eso, no se puede mejorar el concepto al que ellos están acostumbrados, con el uso de esa estrategia, porque eso es como si se obligara la conversión.

Si quiere entender al lado de la gente, el método será:

- (B) Desplegar una campaña del uso del concepto de la gente.

Con todo, no existe ninguna manera de la campaña que podría transformar el propio concepto de la gente. Realmente tenemos que:

- (C) Difundir nuevo concepto de la medicina moderna poco a poco, sin negar completamente el concepto de la gente.

El fenómeno que la cultura antigua se transforma, por la introducción de la nueva cultura ó ideología, se llama acculturación (Cambio de cultura) en an

tropología cultural nosotros debemos comprender esa acculturación médica con cuidado.

El pensamiento de la gente sobre la medicina puede definir la sub-cultura médica ó etnomedicina como una cultura (la sub-cultura), sería la unidad de nivel bajo de la cultura. El modo de ese pensamiento se presenta en varias formas porque la cultura misma existe con sentido amplio. Por ejemplo en Honduras, uno puede comprender la tradición cultural del latinoamericano y otro analizaría el marco de la mesoamérica. Si quieren estudiar con el grupo indígena, tienen que investigar la relación con grupo ladino y la ladinización etc. Además el aspecto cultural se refleja actualmente en la administración médica.

A pasar de eso tenemos pocos datos de este estudio. Por eso los antropólogos médicos sacan los datos básicos sobre la etnomedicina y participan la planificación para realizar la administración ideal de la salud pública.

## 2.1 La elección del servicio médico.

Cuando la gente se enferma o está indispuesta, acude por algún remedio que necesita. Pero a veces esperan la curación natural o deja su estado en misma condición por algunas causas. (p.e. ocupación de trabajo).

La gente confunde la tos crónica como el síntoma primario de la tuberculosis, con la tos crónica senil, y el diagnóstico de la enfermedad se puede retrasar, lo que significa que es distinto el diagnóstico de la gente, ó sea el diagnóstico popular, y el diagnóstico clínico.

Cuando los habitantes rurales se sienten que van a "caer enfermos", dan tres categorías de elección del remedio:

- (1) La medicina institucional
- (2) La medicina tradicional
- (3) La automedicación

Uno acude a la medicina institucional directamente, otro trata con la automedicación y la medicina tradicional después o antes de visitar al centro de salud. Ellos seleccionan la categoría que piensan que es la mejor según su creencia y las condiciones personales.

Sin embargo, sabemos que empíricamente la gente de cierta comunidad tiene alguna tendencia de esa acción. Por consecuencia podemos observar la acción de

la gente.

El saber el porcentaje de los habitantes que dependen de la medicina institucional, nos daría útiles datos para hacer el plan de salud.

Es necesario por lo menos saber (1) cuándo, (2) por cuál enfermedad y (3) por cuál procedimiento se ha seleccionado cierta manera del servicio médico por cada caso.

## 2.2 El concepto médico de la gente.

La administración establecida ha aplicado los planes médicos de la misma calidad con los distintos lugares que tienen varias tradiciones, sin pensar las variedades del concepto médico de la gente. Y solo algunos etnólogos tenían el interés de escribir las enfermedades folklóricas, como empacho, ó caída de mollera acerca del concepto médico.

Como esos estudiantes de etnología quieren saber la idea antigua sobre la enfermedad, no les interesa la reducción de ese estudio al problema práctico. También el doctor que le interesó este asunto trató de definir las enfermedades folklóricas con las enfermedades clínicas, lo que todavía no ha tenido éxito.

Son dignos de atención ya que los pacientes "empachados" nunca acuden a la medicina institucional sino a la medicina tradicional, y dicen, "empachos no se curan por enfermeras ni por doctores". Por consiguiente, no podemos comprender esa situación en la clínica, tenemos que salir de la clínica y preguntarles en el ambiente domiciliario. En general existen por lo menos dos sistemas médicos, medicina institucional y tradicional en la región rural hondureña. Esta situación se llama Pluralismo Médico en antropología médica. Sin embargo todavía no hemos entendido mucho ese mecanismo del pluralismo médico, la solución de ese problema teórico podría contribuir a la solución del problema administrativo.

## 2.3 Los Practicantes

El uso de los practicantes tradicionales y la participación comunitaria reducirían el precio médico imprevisto, lo que es importante mejorar el modo de pensar sobre la medicina institucional, en la atención primaria. (la declaración de Alma-Ata).

Pero esa cuestión preocuparía a todas las personas que tocan la administración médica.

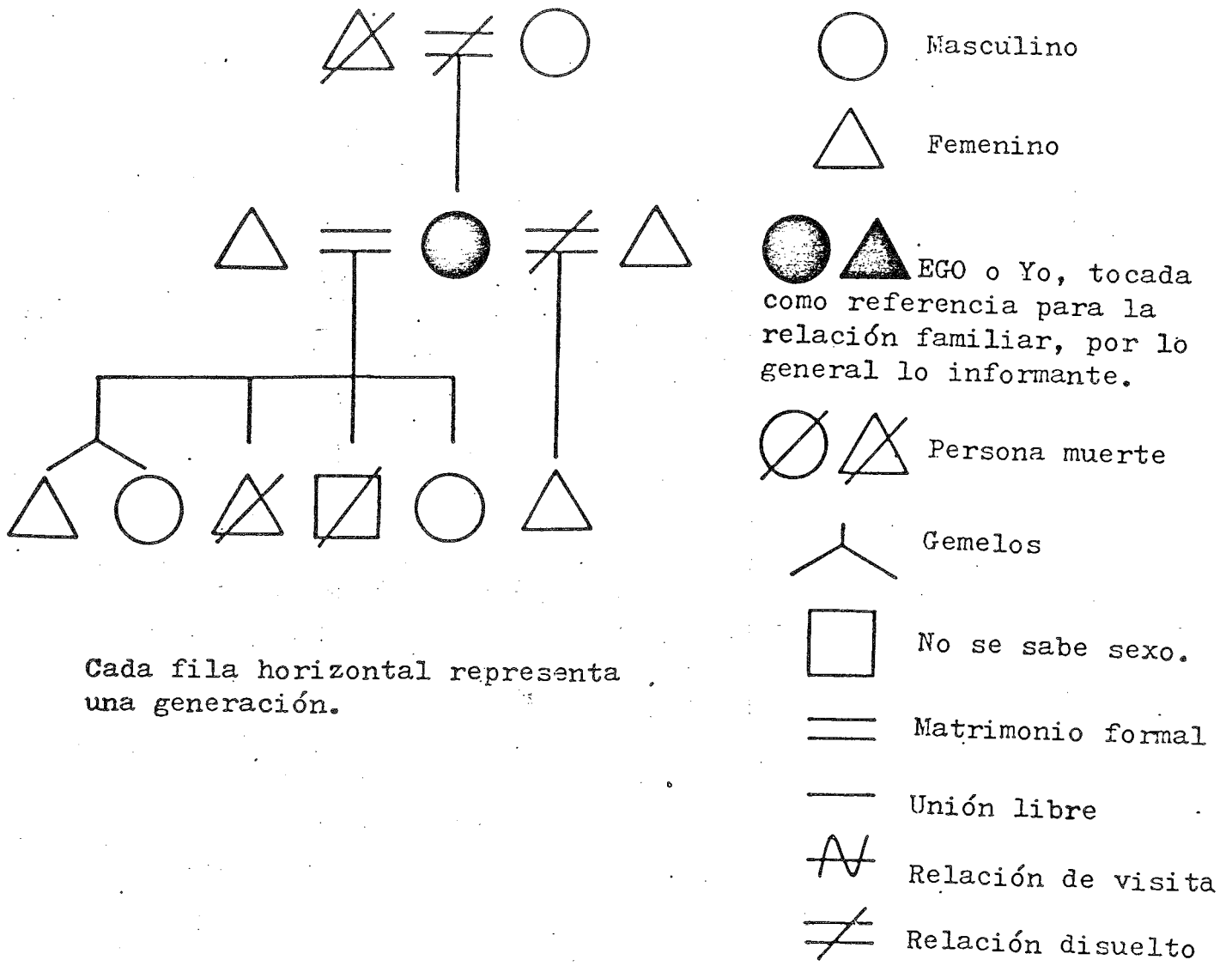
Hay varios problemas; ¿hasta qué nivel de los practicantes tradicionales se utilizará?, ¿cómo podríamos mejorar el nivel de los practicantes en su nivel técnico? y ¿con cuál manera se podría evaluar y supervisar el contenido de su trabajo? etc.

Aunque primeramente es necesario averiguar la situación real de los practicantes y evaluar la contribución que ellos dan latentemente a la medicina institucional.

Por lo menos se necesitan los datos del tipo del practicante, el número de practicantes y su papel en la comunidad.

En general los practicantes son miembros de la comunidad y además que tienen su propia actividad. Por eso podemos saber una parte del concepto médico del pueblo a través de la entrevista con los practicantes. El conocimiento del practicante es un poco diferente al de los habitantes porque él es por lo menos especialista en medicina popular. Es decir el concepto médico popular se clasifica en dos tipos de conocimiento, uno es (i) el conocimiento que solo los practicantes saben, otro es (ii) el conocimiento que todos los habitantes poseen en común. Los practicantes trabajan en la comunidad por uso del conocimiento y técnicas que la gente común no sabe. Así es que ellos funcionan socialmente como doctores de la medicina institucional. Es muy importante que averiguemos como ellos se evalúan en cierta sociedad. Por ejemplo: nos informaron en un lugar que ellos se evalúan positivamente, y en otro lugar se nos informó todo lo contrario.

Es importante saber el estado de la formación familiar, es muy fructuoso saber la relación familiar de los practicantes. En este lugar explicamos el diagrama de la relación familiar, o sea el árbol genealógico, según Susan Scrimshaw y Elena Hurtado (1984) en Figura 5, y el ejemplo actual se presenta en la figura 16 en este folleto.



Cada fila horizontal representa una generación.

Figura 5. Diagrama de Relaciones Familiares

Según Scrimshaw et.al.(1984), modificado en parte.

II. SEGUNDA PARTE: PONENCIA

La discusión del hecho médico en Copán.

El campo de la investigación de este estudio está situado en el municipio de Dolores, Veracruz y Dulce Nombre que están situados al norte de la cabecera departamental, que es Santa Rosa de Copán. La razón de la elección del campo investigativo es que estos municipios presentan una zona rural típica del departamento de Copán.

También era muy apto para hacer la investigación con la observación participante a largo plazo por causa de menos movilidad de la población.

Entonces por el resultado de la investigación de esos tres municipios no se puede mencionar toda la situación local sobre la medicina en el departamento de Copán. A pesar de eso nosotros podríamos recibir la misma impresión en otro pueblo rural de Copán.

También para generalizar la actividad de un mismo tipo de investigación en otros departamentos, se colocó el nombre del "Departamento de Copán" como título.

#### 1. Geografía médica.

Departamento de Copán situado en la zona occidental de la república de Honduras, cuya superficie tiene 3,203 Km<sup>2</sup>, cuya población calculada (1984) es 222,640 y cuya densidad poblacional mantiene 69.5 personas por /Km<sup>2</sup>.

Santa Rosa de Copán, la cabecera municipal, está a la altitud de hacia 1,100m. El Departamento no tiene mar, está en la región interior. Un 18.9% de la superficie departamental ocupan llanuras y valles (605.4 Km<sup>2</sup>), y el 81.1% (2,597 Km<sup>2</sup>) está ocupado por montañas. Por consiguiente, podemos decir que este departamento tiene el medio ambiente montañoso.

El clima se divide en dos estaciones, la estación lluviosa desde mayo hasta diciembre. Y la estación seca desde enero hasta abril. En la primera parte de la estación lluviosa, o sea de mayo a septiembre, es templado, pero de octubre a diciembre no llueve mucho, casi igual a la estación seca y a veces suceden tormentas, "lluvia de oro".

Ese clima puede clasificar el modelo de el clima montañoso.

Se presenta la precipitación y el promedio de la temperatura del departamento de Copán del año 1982 (sitio desconocido) en Figura. 6 y la precipitación del municipio de Veracruz durante estos diez años pasados en Figura 7. El promedio



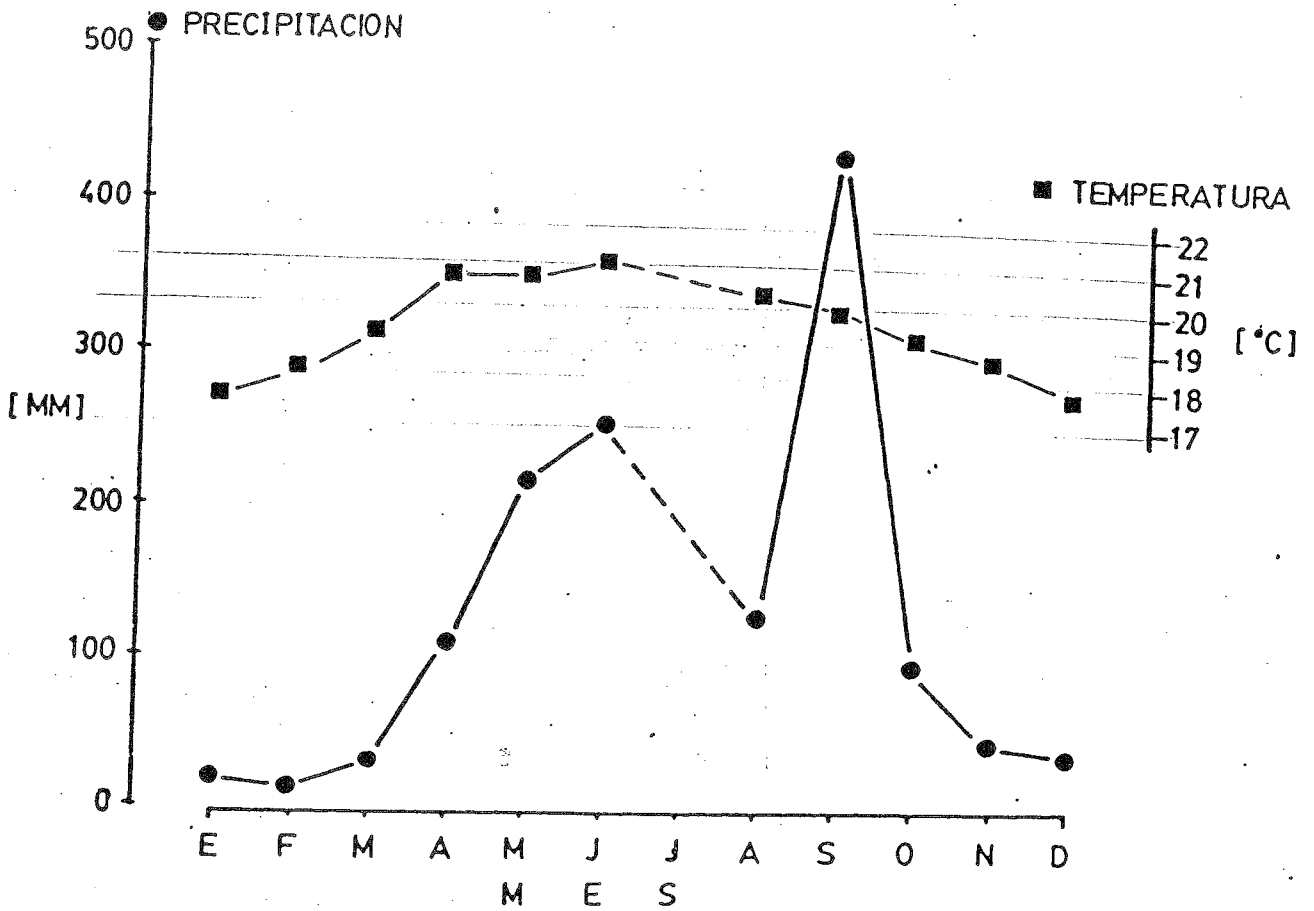


Figura 6. Registro de Temperatura y Precipitación de Copán (durante el año 1982)

Fuente: La Sección de Climatología de la Dirección General de Aeronáutica Civil.

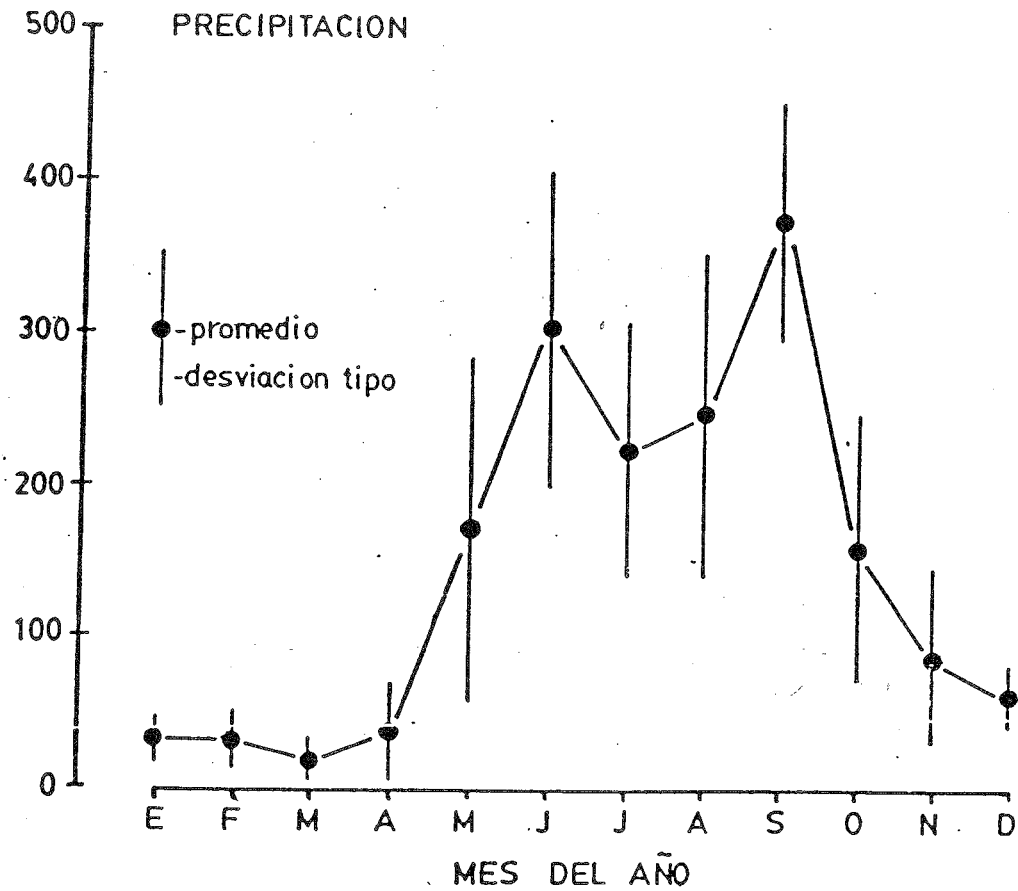


Figura 7. Precipitación de Veracruz, Copán (1976-1986)

Fuente: Empresa Nacional de Energía Electrica  
Dept. Estudios Basicos, Unid. de Hidro-  
logía, Estación Veracruz, Copán

de la suma anual de la precipitación es  $1807.4 \pm 178.5$  milímetros. (promedio  $\pm$  desviación normal).

Según esta condición natural, se forma el medio ambiente típico de la enfermedad. Por ejemplo, en el altiplano ó la montaña los casos de malaria aparecen esporádicamente y en la tierra baja existe la malaria endémica.

### 1.1 La zona del servicio médico

Alrededor del campo investigado las instituciones médicas ó CESAR y CESAMO están situados en la Figura 8. CESAMO de Dulce Nombre tiene una doctora, una enfermera profesional y tres auxiliares de enfermería, y cada CESAR tiene un auxiliar de enfermería (en Febrero de 1986). En este país la política médica toca el sistema del centralismo en el nivel nacional, por eso se incluyen los CESARES y el CESAMO de este lugar en el mismo sistema (Figura 9 y 10). Por ejemplo el CESAR de Dolores pertenece al Sector 1 del Area 1 de la Región Sanitaria V.

De modo que el plan de vacunación se práctica según el plan de salud de la Región Sanitaria bajo la supervisión de la Dirección General del Ministerio en Tegucigalpa. D.C.

Cada centro de salud tiene el área que debe cubrir cuando se hace la operación de salud.

Este tipo de área es una unidad de área mínima, del Ministerio de Salud.

El CESAR de Veracruz, cubre tres aldeas ó sea Triunfo, San Antonio de Veracruz y Agua Caliente y algunos caseríos, cuyas poblaciones son: sumamente hacia 1,700. al CESAR de Dolores le tocan cuatro aldeas ó pasquingual, Yarucante, San Antonio de Dolores y El Camalote, y algunos caseríos, cuyas poblaciones son unos 2,200.

Ahora se presenta la distribución geográfica de los pacientes de los centros de salud en Veracruz y Dolores durante ciertos días en el Cuadro 1 y 2 y la figura 11. Vinieron casi el mismo número de pacientes de las aldeas en Dolores; la mayor parte de los pacientes vinieron de la cabecera municipal en Veracruz. Esa diferencia puede depender de la concentración poblacional. El movimiento de los pacientes depende de la distancia entre la comunidad y el centro de salud. Podemos presentar un ejemplo en caso de los habitantes de Agua Caliente.

La distancia de Agua Caliente, a los centros de salud de Dolores y Veracruz es

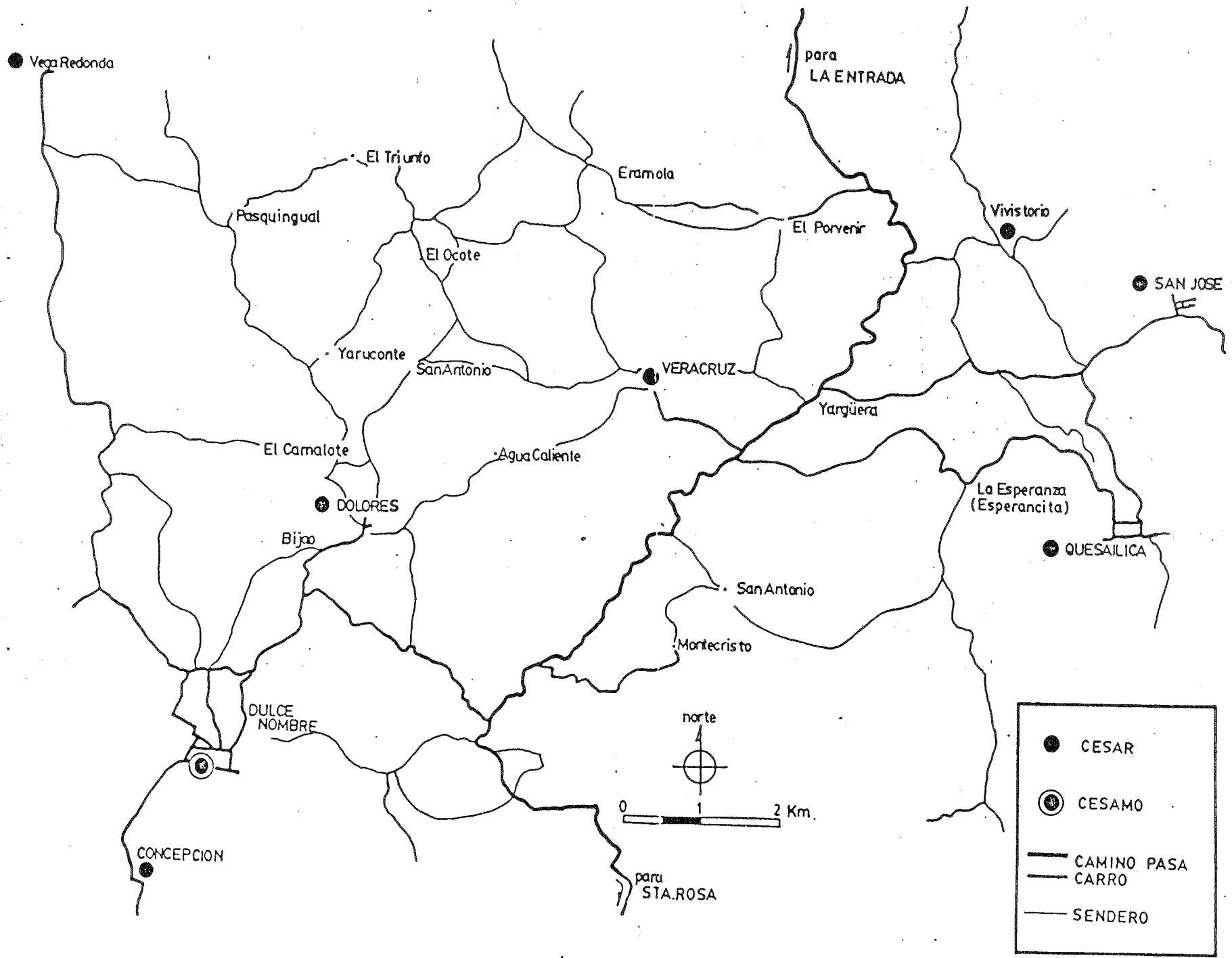


Figura 8. Lugar Investigado de Este Estudio



Figura 9. Esqema del Sistema Médico Nacional

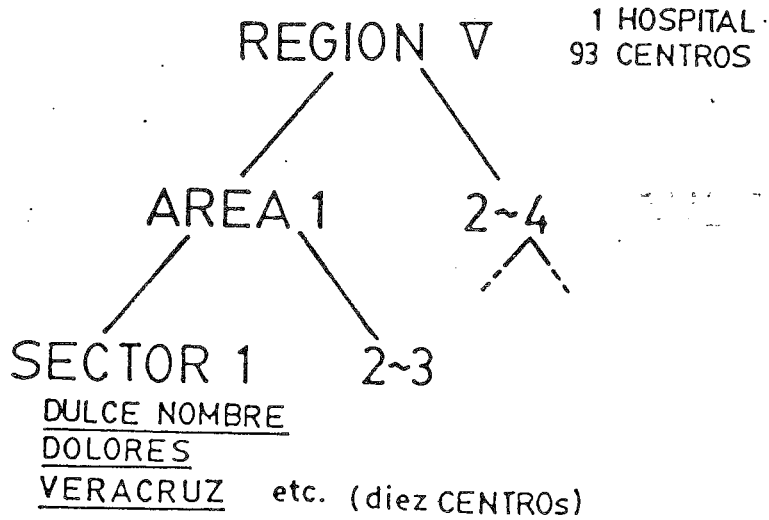


Figura 10. Estructura Regional del Ministerio de Salud Y Campo investigado

la misma, por lo que los habitantes de Agua Caliente pueden visitar ambos centros de salud, aunque ese lugar pertenece a Veracruz.

Es diferente el área operativa del Ministerio de Salud, de la zona del servicio médico que aparece en la figura 11, esa se puede llamar "LA ZONA DEL SERVICIO MEDICO". Veracruz sería considerado como zona del servicio médico y como área operativo.

Sin embargo, la zona del servicio médico de Dolores cubría más lugares como Agua Caliente. Las superficies estimadas de Veracruz y Dolores son, respectivamente, de unos 40 Km<sup>2</sup> y unos 20 Km<sup>2</sup> (Cuadro 3). Siendo así la zona del servicio médico de Dolores que tiene más pacientes, pero cubre menos cantidad de la superficie que la de Veracruz.

## 1.2 La desviación local del hecho médico.

Entre todos los pacientes de CESAR de Dolores, durante cierto período, los números de pacientes de la cabecera municipal, Yaruconte, El Camalote, San Antonio de Dolores, Bijao y Agua Caliente de Veracruz y sus porcentajes se presentan en la columna izquierda del cuadro 4. También la distribución de la población de cada aldea y su porcentaje se pone a la derecha en el mismo cuadro. A condición de que la morbilidad sea constante en cada localidad, se puede decir que los habitantes de la cabecera municipal de Dolores lo utiliza más que la gente de otras localidades.

La razón de la menos utilización de la gente de Agua Caliente con el CESAR de Dolores es que ellos actualmente están utilizando el CESAR de Veracruz. No hemos conseguido ninguna información de la epidemia durante el período en que este estudio se investigó, por eso esa suposición sería conveniente. Entonces cuanto más cerca viven del centro de salud con mayor oportunidad lo utilizan. También la manera de transporte desempeña el papel importante que determina el hecho médico.

Por ejemplo, los habitantes de la cabecera municipal de Dolores viajan hacia Santa Rosa de Copán cuando quieren acudir al doctor a la medicina superior, por la razón de que es más provechoso salir en bus a la cabecera departamental que al CESAMO de Dulce Nombre, a pie. (Figura 12).

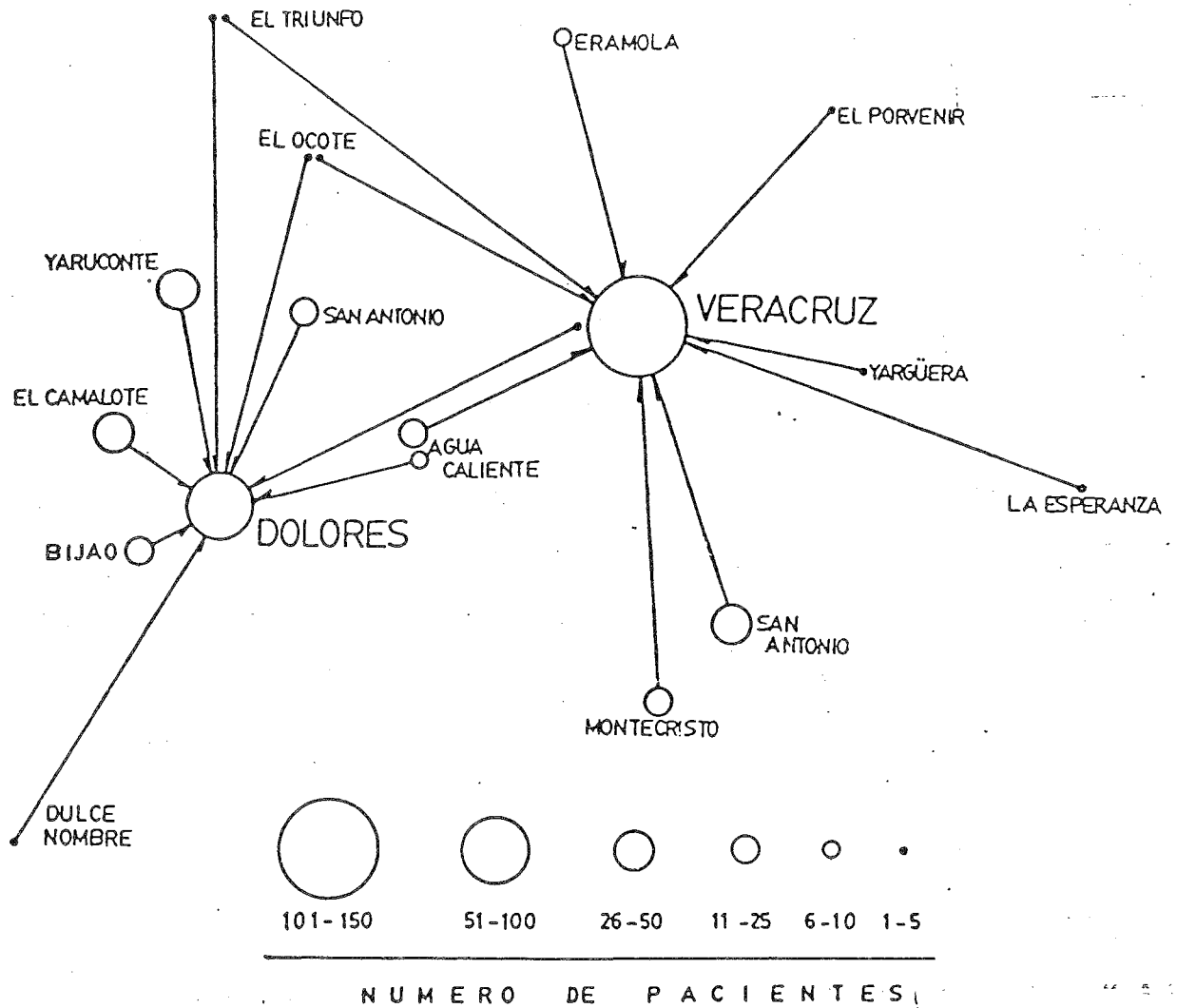


Figura 11. Distribución de Pacientes

Nota: Cada círculo significa el numero de pacientes. El area en que distribuyen los pacientes es la ZONA DEL SERVICIO MEDICO. Véase Figura 3.

Cuadro 1. Lugales en que viven los pacientes  
(CESAR, Veracruz, por 19 días, abril-mayo, 1986)

localidad	numero
Veracruz	115
San Antonio de Veracruz	24
Montecristo	18
Agua Caliente	13
Eramola	10
Cerro Ocote	3
Triunfo	2
Porvenir	2
Hacienda Yargúra	1
Esperancita	1
Total	189

Cuadro 2. Lugales en que viven los pacientes  
(CESAR, Dolores, por 19 días, marzo-abril, 1986)

localidad	numero
Dolores	77
Yaruconte	29
El Camalote	27
San Antonio de Dolores	15
Bijao	14
Agua Caliente(Veracruz)	8
Cerro Ocote(Veracruz)	4
Triunfo(Veracruz)	3
Dulce Nombre	1
Veracruz	1
no sabemos	3
Total	182



Cuadro 3. ZONA DEL SERVICIO MEDICO:  
Dolores y Veracruz

	Dolores	Veracruz
Población estimada	2,400 *	1,700 **
Superficie(km)	20	40

Fuente: \* Diagnóstico de localidad, Oficina local de Dolores, PLAN EN HONDURAS, 1985-6.

\*\* Ministerio de Educación Pública, 1983, p.123. "Monografía del Departamento de Copán"  
(~~1983~~)

Cuadro 4. Comparación entre habitantes y pacientes en la ZONA DEL SERVICIO MEDICO

LOCALIDAD	pacientes		habitantes*	
	numero	%	numero	%
Dolores	77	45.3	684	31.1
Yaruconte	29	17.1	390	17.2
El Camalote	27	15.9	378	16.7
San Antonio(Dolores)	15	8.8	330	14.5
Bijao	14	8.2	265	11.7
Agua Caliente(Veracruz)	8	4.7	223	9.8
<b>Total</b>	<b>170</b>		<b>2,270</b>	

Fuente: \* Véase Cuadro 3.(en \*)

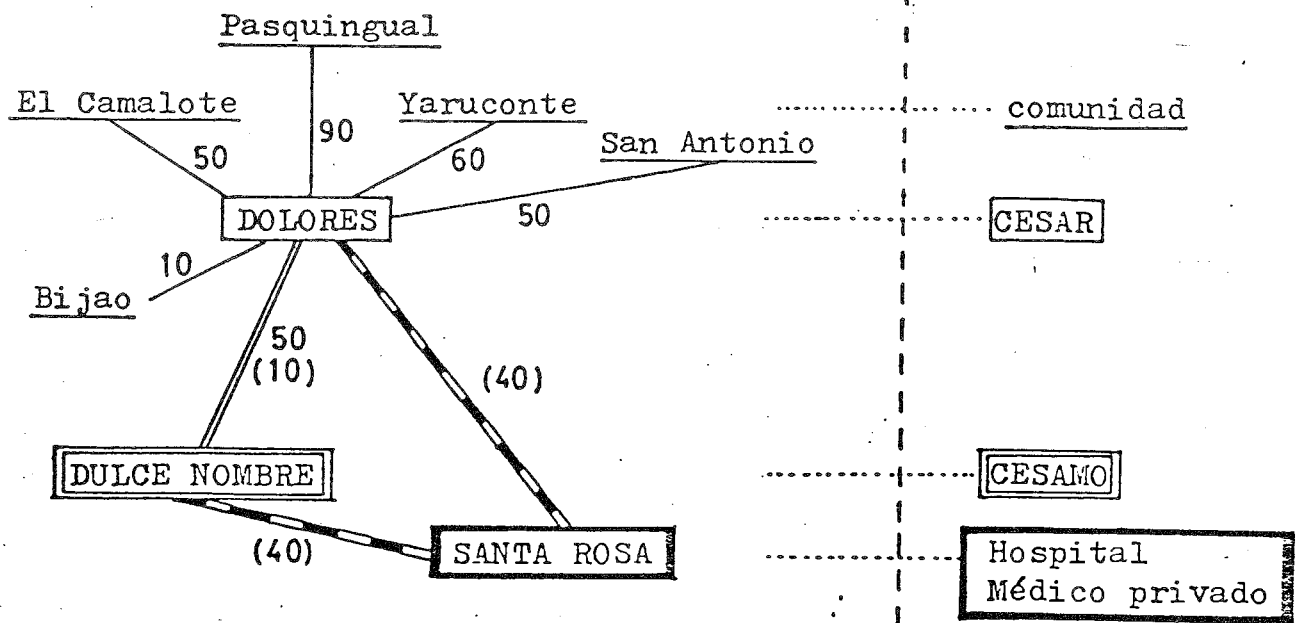


Figura 12. Red de Comunicación y servicios médicos

Nota: Cada cifra presenta los minutos a pie, (cifra) re-  
 presenta en autobus o carro particular.

- transporte a pie o en bestia
- ==== carretera, se pasa carro
- - - - - autobus

Cuadro 5. Accesibilidad de Servicios Médicos de Tres Ciudades

nombre	contenido médico	precio de transporte	minutos al llegar
Dolores	enfermera(CESAR)	0	0 - 5
Dulce Nombre	doctor, enfermera (CESAMO)	0	50 (a pie)
Santa Rosa	doctor, médico privado, hospital	L. 1.50	40 (autobus)

## 2. Antropología Médica

En el departamento de Copán, sobre todo los habitantes rurales pueden aprovechar algunos servicios médicos: (1) CESAR, (2) CESAMO, (3) Hospital de Occidente, (4) Hospital Privado, (5) Médico Privado que tiene su propia clínica. Según edad, sexo, ingresos, ocupación, hay varias preferencias. En general la elección del servicio médico se ocurre dentro del mismo departamento, pero algunas veces se desarrolla una gira para San Pedro Sula, Tegucigalpa ó Siguatepeque donde existe el famoso Hospital de una misión religiosa.

Para los habitantes se sirven dos tipos de la información sobre el servicio médico y la medicina; (1) medios masivos públicos, como radio y periódicos y (2) medios privados como comunicación oral.

Sobre todo el medio posterior, es decir la comunicación oral desempeña un papel importante, les gusta hablar de la fama de algunos doctores y algunas medicinas y ellos siempre tratan de obtener ese tipo de información. Los medios masivos principalmente les dan la información o propaganda sobre la medicina. Los anuncios del PRASAR y Planificación Familiar se escuchan por radio en toda la zona departamental, especialmente es muy popular una serie de anuncios del PRASAR. Sin embargo, la elección del botiquín siempre se determina por la comunicación oral como relato de la experiencia de otro al fin y al cabo. Actualmente por este tipo de información, unos botiquines se evalúan como "buena medicina" reconocida por los miembros de la comunidad. También sucede el aumento de los pacientes después de que llega un carro del Ministerio para traer medicinas sin aviso público, lo que nos enseña la importancia de la comunicación oral en el pueblo.

Ahora explicaremos sociológicamente la situación del CESAR que tiene más accesibilidad con la gente rural. En CESAR disponen de un(a) auxiliador(a) de enfermería, que se llama "enfermera" en común. Normalmente ella (o él) vive en la comunidad donde existe Centro de Salud. A veces ella es del mismo sitio de la comunidad es miembro del pueblo por la permanencia a largo plazo. En general el tamaño de la comunidad en que está el Centro de Salud es pequeño, por eso la relación entre "enfermera" y la gente en los contextos social y personal sería muy importante.

O sea la "enfermera" no solo conoce los pacientes en el contexto de especialista y enfermos en el centro sino que debe portarse con ellos como conocida o ami

ga en la sociedad. Demostramos un ejemplo sobre este problema.

Cuando viene una enfermera nueva a la comunidad después que la predecesora que es del mismo pueblo había trabajado por un largo plazo, los habitantes habían chismorreado sobre la vida privada de la enfermera nueva y la comparan con la predecesora. El resultado es que ellos dicen: "no es buena".

Sin embargo, en el punto de vista del investigador no le parece que la nueva trabaja técnicamente peor que la predecesora aunque sus caracteres sean distintos. Cuando el investigador visitó una casa y a la vez preguntó por qué no visitaban el Centro, una ama de casa le contestó solamente, "ella no es buena; con Rosita\* voy a visitar el Centro", a pesar de eso el número de los pacientes no había disminuido durante esos días. Ellos visitaban el centro de salud aunque tenían desconfianza con la nueva. Ese fenómeno es desinterés para toda las personas que trabajan con los habitantes en el término de la atención primaria de salud, y no se puede resolver solo con la introducción de la educación pública ni la técnica científica.

\* Rosita - seudónimo, la predecesora.

## 2.1 La elección del servicio médico.

Ahora mostramos la distribución según edad y sexo de cada uno de los pacientes que vinieron al CESAR (cuadro 6 y 7) lo que demuestra que dos modelos de la distribución de edad y sexo son iguales. Sobre todo el número de niños menores de cinco años según el sexo, son iguales porque siempre sus madres les llevan al centro.

En el grupo de más de seis años las mujeres llegan más que los hombres en todas las capas del cuadro. La razón de esa acción es que ellas, o sea las amas de casa pueden visitar el centro de salud libremente además de que ellas tienen más oportunidad de llegar al centro, al estar embarazadas.

En tal caso queremos saber la proporción de los habitantes que visitaron al centro, al enfermarse. Los resultados cuya investigación se realizó en febrero de 1986 con todas la familias de la cabecera municipal de Dolores excepto algunas casas, señala que 232 personas de las 563 personas investigadas, o sea el 41.2%; "cayeron enfermas" por dos semanas (Figura 13). En tales "enfermos" están incluidas las enfermedades crónicas y las desventajas físicas además de

Cuadro 6y7. Numero de pacientes encuestados

## Cuadro 6.

HOMBRE	EDAD	MUJER
38	0 - 5	32
7	6 - 10	10
4	11 - 19	24
5	20 - 29	21
3	30 - 39	19
3	40 - 49	6
9	50 +	8
69	Total	120

Fuente: Datos originales, Veracruz, abril-mayo, 1986.

## Cuadro 7.

HOMBRE	EDAD	MUJER
31	0 - 5	29
7	6 - 10	9
3	11 - 19	18
4	20 - 29	28
3	30 - 39	18
5	40 - 49	9
10	50 +	8
63	Total	119

Fuente: Datos originales, Dolores, marzo-abril, 1986

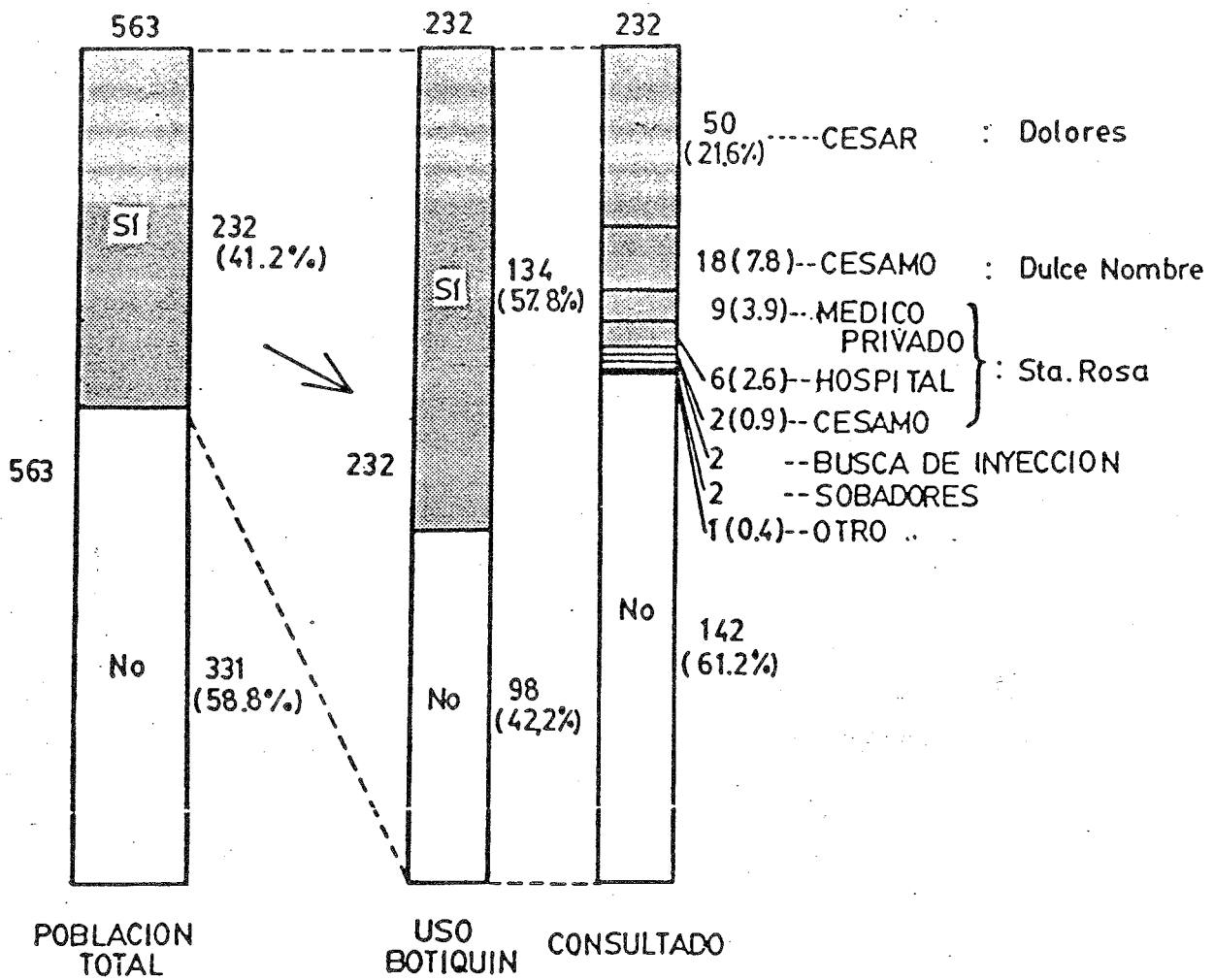


Figura 13. Acceso para servicios médicos por dos semanas, en la cabecera municipal, Dolores

las enfermedades comunes como: "gripe" o "diarrea" .

Ellos dicen: "estamos siempre enfermos", los habitantes sienten incorporadas las enfermedades, más que el número estadístico. Solo el 38.8% (90 personas) de los "enfermos" acudieron al servicio médico de una forma cualquiera. La mayor parte, 1/5, visitaba el centro de salud más cercano. El orden de la accesibilidad es como sigue: Primero, cabecera municipal de los lugares locales, Dolores, Segundo: municipio cercano, Dulce Nombre, Tercero: cabecera departamental Santa Rosa de Copan. Sin embargo, la accesibilidad para Santa Rosa es casi igual que Dulce Nombre, porque en la cabecera departamental hay varias maneras del servicio médico no solo público sino privado. Los caracteres locales sobre salud pública y la condición del transporte se escriben en el Cuadro 5.

La definición de la automedicación se explicaría como la acción que no acude a otro, sino diagnóstica y trata de curarse por sí mismo. En esta investigación como el 60% de los enfermos utilizó los botiquines de cualquier forma que se venden en la pulpería, "la trucha" (o tienda pequeña) o la farmacia. La suma de los "enfermos" que utilizan botiquines es mayor que el número de los pacientes que visitan a cualquier servicio médico, lo que acredita la opinión del pueblo "más medicina que asistencia médica". Sobre automedicación comentaré otra vez en el apéndice en este informe.

Solamente dos "enfermos" seleccionaron en la medicina tradicional que les cura, ambos casos de "empacho". Es un ejemplo que siempre la enfermedad folklórica se cura por manera de la medicina tradicional, lo que hemos mencionado en 2.2 de la primera parte.

## 2.2 El concepto médico de la gente.

Para entenderlo tratamos dos métodos de investigación, uno es, encuestas, para los pacientes que vienen al Centro, y el otro es hacerle entrevista a la gente común. Era insuficiente solo encuestar porque los pacientes que acuden al centro aceptan la medicina moderna en mayor o menor grado, lo que posiblemente excluiría la enfermedad folklórica.

En esta sección primeramente se examinará el concepto tradicional sobre la enfermedad y después se informará el concepto de las enfermedades comunes.

Cuadro 8. Enfermedad Folklórica Hondureña

N o m b r e	Adams <sup>1</sup> (1957)	Ortega <sup>2</sup> (1977)	Nazar <sup>3</sup> (1984)	Cohen <sup>4</sup> (1984)	Este Estudio (1986)
empacho	X	X	X	X	X
pasmo	X				X
vista fuerte	X			X	X
mal de ojo, ojo	X	X	X	X	X
niño ojeado			X		X
pujo, pujón	X				X
susto	X				X
flato	X	X			X
hijillo	X	X	X		X
caída de mollera <sup>5</sup>	X	X	X	X	X
malos oficios <sup>6</sup>	X			X	X
mucle		X			X
tobardio		X			
siete días		X	X		X
fuego de San Antonio			X		X
mal de aire, mal aire			X	X	X
orzuelo			X		X
caída de paletilla				X	
costipado				X	X

Nota: 1. todo el país, 2. Depaltamento de Ocotepeque,  
 3. Departamento de Santa Barbara, 4. Los Garifunas,  
 5. desmollerado, 6. hechicería



### 2.2.1 El concepto tradicional sobre la enfermedad.

En el cuadro 8 se enumeran las enfermedades tradicionales que varios estudiantes han sacado en Honduras.

Estas enfermedades folklóricas están popularizadas en el contexto mesoamericano, por eso la situación hondureña de las enfermedades folklóricas tendría la misma raíz de la cultura etnomédica. En el departamento de Copán aunque hay varias explicaciones de cada informante entrevistado, casi todas las enfermedades folklóricas se descubrieron.

La explicación detallada de las enfermedades se omitirá en vez de consultar con esos estudios, solamente mencionaremos las cuatro enfermedades más importantes y las analizaremos desde el punto de vista del concepto etiológico.

#### (1) Empacho.

El empacho es una más de las enfermedades folklóricas representativas, el que tiene síntomas de indigestión típica, estreñimiento, diarrea, anorexia etc. Gramaticalmente la palabra "empacho" es una de las enfermedades que se presentan en el hombre y se utiliza "empachado (a)" adjetivamente. Hay varias causas del empacho según los informantes o lugares, pero por lo menos dos causas famosas se han entendido o sea (i) no comer en el tiempo correcto y soportar la condición de hambre, y (ii) Comer juntas ambas comidas "caliente" y comida "fría" al mismo tiempo.

Algunos de los estudiantes cuyo campo de la investigación principalmente está en México explican el empacho como "atascándose el estómago" (Foster et. al., 1978, P. 76) o "digestión tapada". (Young, 1981, P. 62). Para la curación del empacho se aplica el purgante (de hierva o químico) o la sobada.

Los sobadores que llaman la gente empiezan con un masaje desde el término de la mano o pie y termina en la parte abdominal.

"La gente empachada", dicen "tiene unas chibolitas en la mano y el pié", esa chibolita se ocurre como el carácter típico del empacho.

#### (2) Caída de la mollera

Literalmente ésta significa "caer" de mollera, también se llama "des mollerada (o)". Dicen que esta enfermedad ocurre en los niños sobre todo en los críos, se cae la mollera dentro de la cabeza cuando los tratan mal. Los

síntomas de esa enfermedad son la calentura, vómitos etc. A veces llaman a la partera que asistió a la madre del niño en el parto, ella trata de curar al niño. La curación se compone con la presión de dedos en el paladar de la boca, el poner al niño cabeza abajo o la chupada a la mollera con la boca, cuyo procedimiento siempre contiene una acción de reponer la parte caída.

### (3) Aire.

La enfermedad dolorosa sucede en cualquier parte del cuerpo. Cuando la gente nos enseña la parte del cuerpo u órgano donde le duele, dice "me entró aire aquí". Aunque él solo utiliza la palabra "aire" en vez de "dolor" sin pensar en ninguna imagen, el "aire" puede ser el concepto de la substancia que entra al cuerpo.

Según el pensamiento del pueblo, el aire será siempre una substancia mala que nunca se aprovecha por buena cosa. Pero el aire no es la substancia personal sino impersonal, el que se metería al azar.

En un lugar de Santa Bárbara:

Se adquiere cuando una persona viene "sudada" luego de caminar mucho trae "aire del monte" y en la casa a que llega hay un niño tierno, y "entra de un solo" y sin necesidad de chinarlo, verlo o hablarle "el mal" se le va al niño (Nazar 1984, P. 52)

Este concepto parece que está mezclado con el concepto de "ojo" que explicaremos en el siguiente párrafo.

### (4) Ojo!

En otro lugar se llamaría también "mal de ojo", pero este nombre significa otra enfermedad folklórica en el campo investigado. Mientras que alguna gente tiene "vista fuerte", las cosas débiles, o sea, los niños y el ganado tierno tienden a recibir este tipo de enfermedades cuando se les mira fijamente la gente de "vista fuerte". El poder de la vista fuerte no está obtenida con ninguna intensión sino dotada innatamente. Para la prevención del "ojo" los niños y críos se les pone vestido rojo contra la "vista fuerte". Mientras que el ojo no tiene ninguna mala intensión, la enfermedad del "niño ojeado" sucede por mala intensión o envidia. La forma más adelantada como un arte se llama "brujería".

Cuadro 9. Tabla de enfermedad folklórica:  
(1) cuatro dimensiones de etiología

		PROCESO	
		(i) ATAQUE DE COSA EXTERIOR	(ii) DESEQUILIBRIO INTERIOR
CAUSA	(A) NATURAL	aire	empacho
	(B) PERSONAL	ojo	caída de mollera

Cuadro 10. Tabla de enfermedad folklórica:  
(2) clasificación de enfermedades

		(i)	(ii)
(A)	aire, susto, fuego de San Antonio 3	empacho, <del>pasmo,</del> <del>orsuelo</del> 3	→ 4/5
(B)	mucle, ojo, mal aire, brujería, pujón, hijillo, siete días <sup>1</sup> 7	caída de mollera 1	

Nota: No se clasifican siete días<sup>2</sup>, flato, y tabardio, porque sus causas no se han conocido.

1. según Nazar, 1984

2. según Ortega Sanches, 1977

Hata aquí hemos explicado sobre cuatro enfermedades folklóricas, ahora las analizamos en el punto de vista de etiología folklórica. En primera dimensión las enfermedades se pueden dividir en dos categorías, el (i) por el ataque exterior ó (ii) por el disturbio del equilibrio interior del cuerpo. Las enfermedades anteriores como "aire" y "ojo" tiene un carácter de entrar unas cosas al cuerpo. Las posteriores ("empacho" y "caída de mollera") se sostiene por el concepto de que nuestro cuerpo mantenga una armonía. La enfermedad acaece por el disturbio de esa armonía.

En segunda dimensión, unas enfermedades se explican por la causa de (A) La acción personal ("ojo" y "caída de mollera") o por la causa de (B) la acción natural ("aire" y "empacho"). En el grupo (A) aunque tenga cierta intensidad o no, las causas de esas enfermedades son unas acciones personales. La clasificación de (A) / (B) está correspondido a la dicotomía de naturalismo/ personalismo (Foster et al, 1978) de etiología folklórica.

Puestas en orden esas ideas, se presentan cuatro enfermedades en matriz 2 por 2 en el Cuadro 9.

Esta forma se aplica en varias otras enfermedades folklóricas en Honduras y las colocamos en el Cuadro 10.

Por consecuencia, mientras haya varias enfermedades causadas por el ataque exterior hay pocos géneros de la enfermedad por el disturbio del equilibrio.

### 2.2.2. El Concepto de la enfermedad común.

Quando los pacientes que visitan al centro de salud se les pregunta cual problema es que tienen, ellos nos contestan unos síntomas (p.e. "calentura" "tos" etc.) o unas enfermedades (p.e. "gripe" "disentería" etc). En general los habitantes no han recibido el estudio de la medicina clínica, por eso podemos decir que a ellos no les interesa la distinción definitiva entre el síntoma y la enfermedad. Sin embargo, ellos hacen un diagnóstico según la manera suya que ha aprendido en el contexto cotidiano. Nombramos este tipo de diagnósticos, el diagnóstico folklórico, de que distinguimos el diagnóstico clínico. Por eso el personal clínico no puede tachar que los habitantes tengan poco reconocimiento médico y a veces crean las cosas supersticiosas. Como el proceso del diagnóstico clínico rellena las formalidades lógicas, también el diagnóstico folklórico tiene la prescripción acumulada del

juicio y los habitantes se comportan según su hecho empírico. Nosotros has ta ahora todavía no hemos sabido el proceso del diagnóstico folklórico que no está escrito, sino aprendido de memoria.

Por lo mismo en esta sección no distinguimos entre el síntoma y las enfermedades en el caso folklórico, solo llamamos la enfermedad totalmente.

Todos los nombres de las enfermedades que se han sacado en la encuesta de Dolores por diecinueve días se han clasificado por un informante no especializado, 21 años.

Los procedimientos experimentales como sigue; en primer lugar se hacen tarjetas del nombre de la enfermedad (o síntoma), después se reúnen las tarjetas como grupo mínimo, luego se hace el mismo procedimiento pero como un grupo más organizado. Al terminar este proceso se saca la explicación de ca da enfermedad y los grupos.

Por consecuencia podemos conseguir un cuadro y unos dendrogramas en el Cuadro 11, y la Figura 14 y 15. En el Cuadro 11 se presenta toda la estruc tura de la clasificación con la frecuencia de la enfermedad. Cuando se les pregunta cuál es el problema que tienen, nos contestan con varias enfermeda des en el mismo paciente, por lo tanto la suma de la frecuencia es mayor que el número de los pacientes.

El número calculado de las enfermedades que se contestaron es de 2.36 por ca da persona. Sobre los mayores grupos I. II. y III. se describen las estruc turas de la clasificación detalladamente en la Figura 14 y 15.

La clasificación folklórica de la enfermedad lo comentan según su propia idea entre ellos. Por ejemplo en el grupo de las enfermedades respiratorias grupo III, "ahoguido" y "chilla" tiene el mismo sonido de la vibración del órgano respiratorio, pero no se puede respirar en "ahoguido" sino que se puede en "chilla", "hervor" se explica que suena en el pecho hondo como si hirviera frijol (Figura 15).

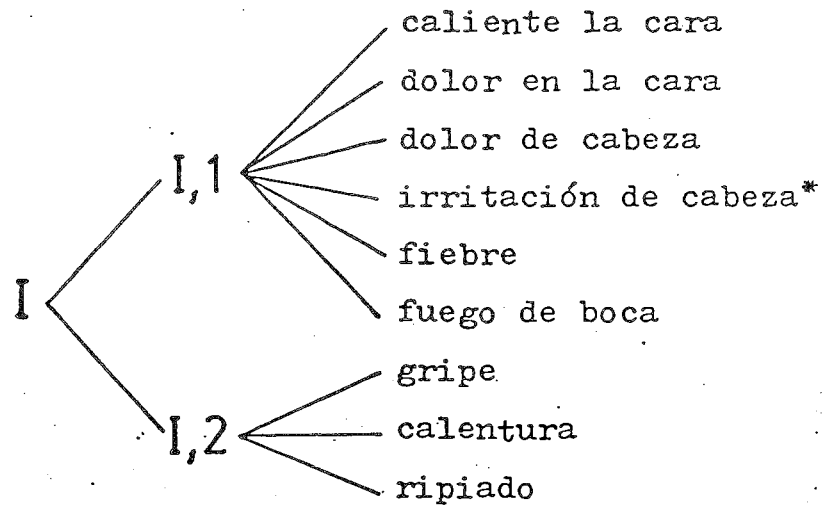
Así que debemos recordar la otra existencia del sistema diagnóstico y la clasificación de la enfermedad que sería distinta de la medicina moderna. Es ta clasificación folklórica es de la enfermedad común de los habitantes que llegan al centro, o sea un poco distinto de las enfermedades folklóricas que se explicaron en la sección pasada, aunque existe el "aire" en el grupo X co

Cuadro 11. Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (1)  
y Frecuencia de incidente

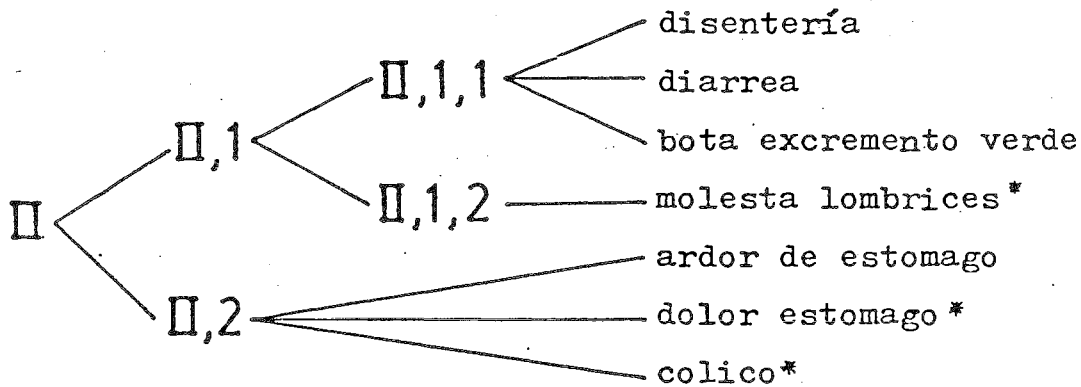
70 enfermedades populares, la frecuencia 430 , los pacientes 182

	especies( )	frecuencia
Grupo I		
I,1 Enfermedades de la parte cabecera	(6)	42
I,2 Enfermedades de la <u>gripe</u>	(3)	112
Grupo II		
II,1,1 Enfermedades del <u>excremento</u>	(3)	23
II,1,2 <u>Lombrices</u>	(1)	11
II,2 <u>Enfermedades dolor de estomago</u>	(3)	21
Grupo III Enfermedades de la respiratorio	(7)	77
Grupo IV Enfermedades de la piel	(6)	20
Grupo V Enfermedades que <u>susto</u> produce	(6)	8
Grupo VI Enfermedades vaginales	(4)	6
Grupo VII Enfermedades accidentales	(3)	5
Grupo VIII Enfermedades que se presenta en <u>hueso</u>	(4)	17
Grupo IX Enfermedades de todo el cuerpo	(5)	28
Grupo X Enfermedades que <u>aire</u> produce	(3)	10
Grupo XI Enfermedades <u>dolor en el cuerpo</u>	(3)	19
Grupo XII Enfermedades de ojos	(3)	11
Grupo XIII Enfermedades que <u>muelas</u> producen	(3)	4
Grupo XIV Enfermedades intestinales	(2)	2
Grupo XV Enfermedad <u>no le da hambre</u>	(1)	10
Grupo XVI Enfermedades de <u>tumor</u>	(3)	3
Grupo XVII Enfermedad <u>desnutrida</u>	(1)	1
<b>T o t a l</b>	<b>(70)</b>	<b>430</b>

Fuente: Datos originales, Dolores, marzo-abril, 1986

GRUPO I

\*Nota: irritación de cabeza produce  $\left\{ \begin{array}{l} \text{derrama de sangre de nariz} \\ \text{reventado un oido} \end{array} \right.$

GRUPO II

\*Nota: dolor estomago tiene tres tiops según causa,  
(i) por colico\*, (ii) por lombrices\*, (iii) por comer mucho.

Figura 14. Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (2):  
Situación de Intra-Grupo

	<u>pregunta</u>	<u>nombre</u>	<u>explicación</u>
GRUPO III	¿ duele ?	→ dolor en el pecho	-solo duele
		→ dolor galganta	-solo duele
	¿ hay sonido ?	→ ahogado del pecho	-sona la vibración del pecho, se puede respirar.
		→ chilla en el pecho	-sona la vibración, no se puede respirar.
		→ hervor en el pecho	-sona "toco toco" como si hirviera frijoles.
	¿ enronquecido? → ronco(a)		-se enronquece y no puede hablar.
	¿ hay tos ? → tos		-tose

Figura 15. Estructura de Clasificación de Enfermedad Popular (3):  
Distinción entre Enfermedades



mo las enfermedades comunes. (Cuadro 11).

Será hasta en la futura investigación que se sabrá la relación entre las enfermedades folklóricas y comunes.

### 2.3 Los Practicantes

Teller dió unas categorías como practicantes hondureños, es decir; parcheros o curanderos, sobadores, brujos, espiritualistas, farmacéuticos y enfermeras empíricas que traen inyecciones, parteras o comadronas (Teller, 1972, P. 52-53).

Con todo no podemos aceptarlas sin discusión suficiente sobre esas, por ejemplo, no solo en Copán sino en todos los lados hondureños la cultura ladina no permite decir la palabra "curandero" como uso favorable. Cuando dicen esa palabra, por lo menos connotan sentidos neutral y negativa. El curandero tiene el arte de curación empírica, al mismo tiempo, también tiene "el arte de la curación misteriosa" (Adams, 1957, P. 163). Por eso latente el tendría el poder que puede hacer daño a la gente, especialmente la enfermedad de brujería; por consecuencia los habitantes le tocan bien delicado como el sentimiento ambiguo (Foster et al 1978, P. 76). Entonces el nombramiento del curandero es solo la etiqueta social del papel, no es la autodenominación. En tal caso podemos entender que la gente llama "inteligente" en vez de "curandero".

En esta sección interpretamos que brujo y hechicera saben la causa de la enfermedad y la cura por el poder sobrenatural más que el arte de la curación empírica, y que el espiritualista dirige y alude la curación religiosa.

Supuesta esa interpretación, hay poca observación sobre brujo, hechicera, o espiritualista aunque a la gente copaneca le gusta hablar de eso. El autor de este informe ha tenido oportunidades de ver curanderos y los enfermos religiosos, sin embargo todos los casos serían episódicos, los que no pueden hacer estereotipar. Además falta la discusión detallada sobre el arte de la curación sobrenatural, la definición imprevista y la clasificación detallada solo invitaría a la confusión ociosamente, por eso en esa sección esas categorías de Teller, o sea curandero, brujo o hechicera, y espiritualista, se incluye en un nombre: "curandero".

Entonces los practicantes folklóricos en el departamento de Copán se clasifican en cuatro categorías como Curandero(a), Sobador (a), enfermera empírica, partera o comadrona, los que se escribirán de la forma siguiente.

(1) Curandero (a)

En cada aldea hay por lo menos un especialista de el conocimiento de la hierva. El o ella hace diagnóstico folklórico y tratamiento de la hierva. Casi en todos los casos es la partera que sabe el arte de sobar, por consiguiente es muy difícil buscar la curandera que no hace sobadas ni la atención del parto.

(2) Sobador (a)

La gente llama al sobador por causa de "empacho" o para la rehabilitación de la herida o la torcedura. De todos los tipos de los practicantes, esta profesión está menos especializada, o algunos viejos del pueblo pueden sobar a la gente empachada sobre todos los niños. Como el empacho ocupa el papel importante de las enfermedades folklóricas, es muy valioso investigar la relación entre sobadores y empacho. Casi todas las parteras pueden sobar al niño empachado.

(3) Enfermera empírica.

Ella trata con la medicina moderna que se vende en la farmacia o pone la inyección que los pacientes traen. Los pacientes no piensan en ella como la profesión que les cura sino como la técnica que les vende la medicina y le aplica la inyección.

De vez en cuando la enfermera del centro de salud le toca actuar de esta forma ya que le piden que les inyecten la medicina.

(4) Partera ó Comadrona.

Ellas son las más populares de los practicantes folklóricos y sucesoras del conocimiento tradicional sobre la medicina folklórica.

En mayor caso ellas se desempeñan al mismo tiempo como curanderas o sobadoras. Todavía no se puede decir que ellas tocan la posición respetada en la comunidad como en la mayor parte de las sociedades mesoamericanas (Cosminsky 1977), pero la sociedad copaneca reconoce a ellas como una profesión especial y también ellas mismas reconocen su vocación como un trabajo "respon

sable" . Muchas parteras en Copán están registradas como la "partera adiestrada" que ha recibido un curso para ello.

Aunque ellas piensan que no han recibido ningún tipo de enseñanza ni han estudiado al obtener el arte de la atención del parto, hay varias parteras o curanderos en sus parientes. (Figura 16). Por eso nos enseñaría que el reclutamiento de la partera estaría desarrollándose entre los amigos íntimos en medio del parentesco.

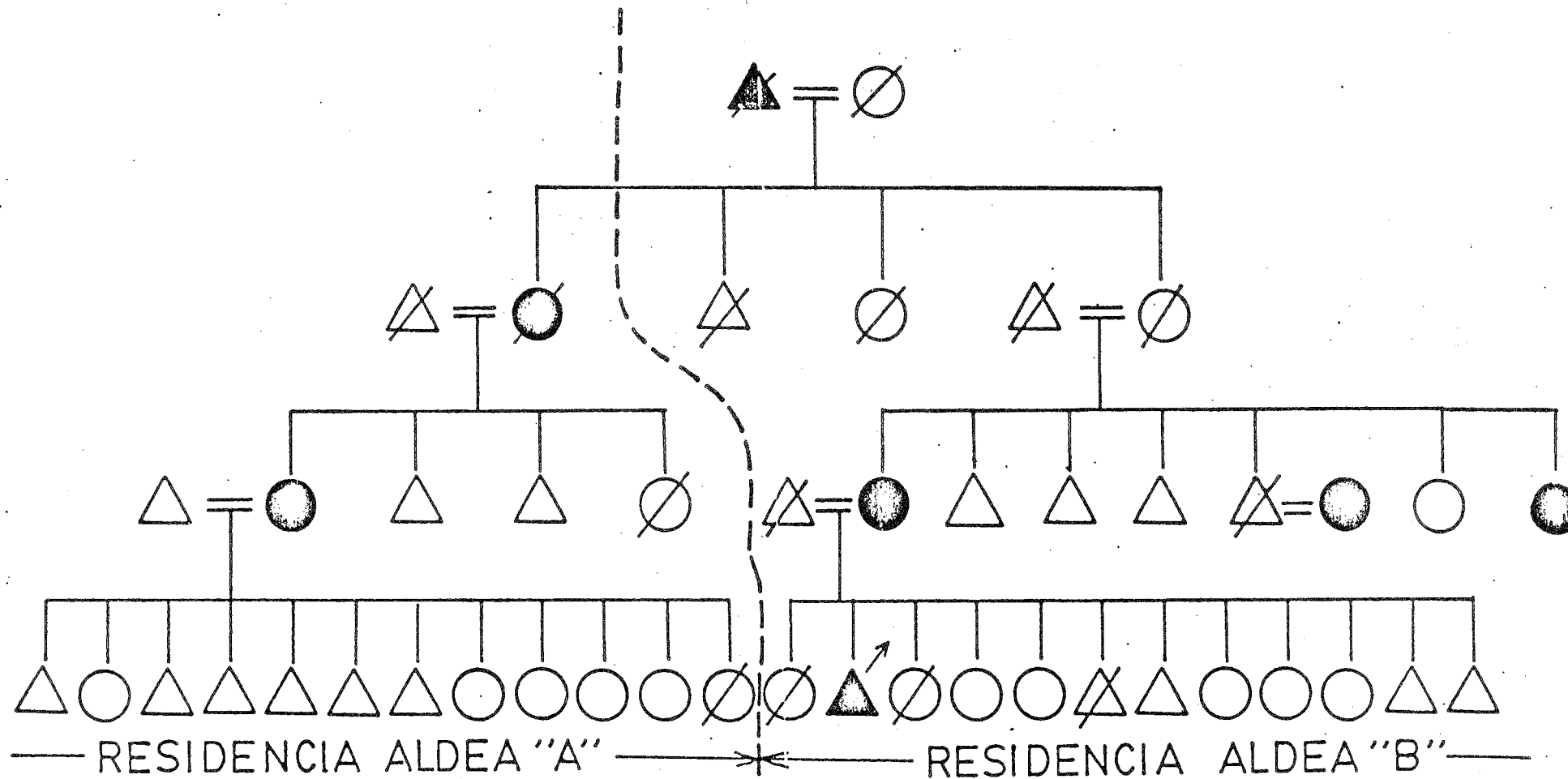


Figura 16. Diagrama del Parentesco de Parteras

Nota: Signos colorados son parteras o curaderos.

**IV. APENDICE:**

**SOBRE LA AUTOMEDICACION EN EL DEPARTAMENTO  
DE COPAN.**

Cuadro 12. Propagandas Comerciales de la Medicina

categoría	numero de partida	tipos de propaganda
Tónico	12	13
Analgésico/Antipirético	7	9
Pomada/Bálsamo	5	7
Antitusígeno	3	5
Antidiarreico	1	2
Antiparasitario	1	1
Medicina para el riñón	1	1
Tranquilizante	1	1
Píldra anticonceptiva	1	1
Sal de TRO**	1	1
Refrescante	1	1
Crema cotra quemaduras del sol	1	1
<b>T o t a l</b>	<b>35</b>	<b>43</b>

Nota: Las propagandas\* se sacaron desde 10 hasta 12 de febrero de 1986, en las emisoras; Radio Sultana, H.R.N, y Radio La voz de Occidente.

\* :excepto de la información pública por el gobierno o la institución pública.

\*\* :Terapia de la Rehidración Oral (TRO).

Cuadro 13. Medicinas Boticarias que se venden en el pueblo

## Medicinas de Acido Acetilsalicilico

Aspirina	Bayer	El Salvador
Sanaphtrin	Farsiman	?
Mejoral	?	?
Denguina	Lab.Morazan	El Salvador
Divina	?	Honduras
Dristan	WhiteHall	Ecuador
Conmel	?	?
Desenfriol-D	Schering	E.U.A.
Desenfriolito	Schering	E.U.A.
Bebetina	?	?
Otros Analgésico		
Novalgina	Hoechst	?
Espasmofin	Lab.Lopez	El Salvador

## Cuadro 13. (a continuación)

Tranquilizante			
Nervotiamin		Lab. Ancalmo	El Salvador
Antimalarico			
Aralen		?	?
Antibiótico			
Penicilina G		Drogueria N.	Honduras
Terramicina		Pfizer	?
Sulfamida			
Sulfadiazina		Drogueria N.	Honduras
Sulfatiazol		Drogueria N.	Honduras
Antiparasitario			
Padrax		SterlingPro.	Panamá
Helmisan		Far. Occiden.	El Salvador
Refrescante			
Alka-Seltzer		Miles	Guatemala
Sal Andrews		Sterling	Honduras
Picot		RichardsonVicks	Guatemala
Pastilla medicinal			
Vick		RichardsonV.	Guatemala
Purgante			
Laxol		S. Kline & French	E.U.A.
Magnesia Elicott		Drogueria N.	Honduras
Esencia			
Esencia de Yerbabuena		Drogueria N.	Honduras

Cuadro 14. Promedio de Gasto Familiar para comprar Botiquines

	febrero	marzo	promedio
Por Familia*	L. 7.39	L. 5.53	L. 6.05
Por Persona*	L. 1.36	L. 0.94	L. 1.15

Nota: Cada promedio se calcula por divisor de todas las familias/ todas las personas.

\* 104 familias, 563 personas en febrero de 1986,  
95 familias, 560 personas en marzo de 1986.

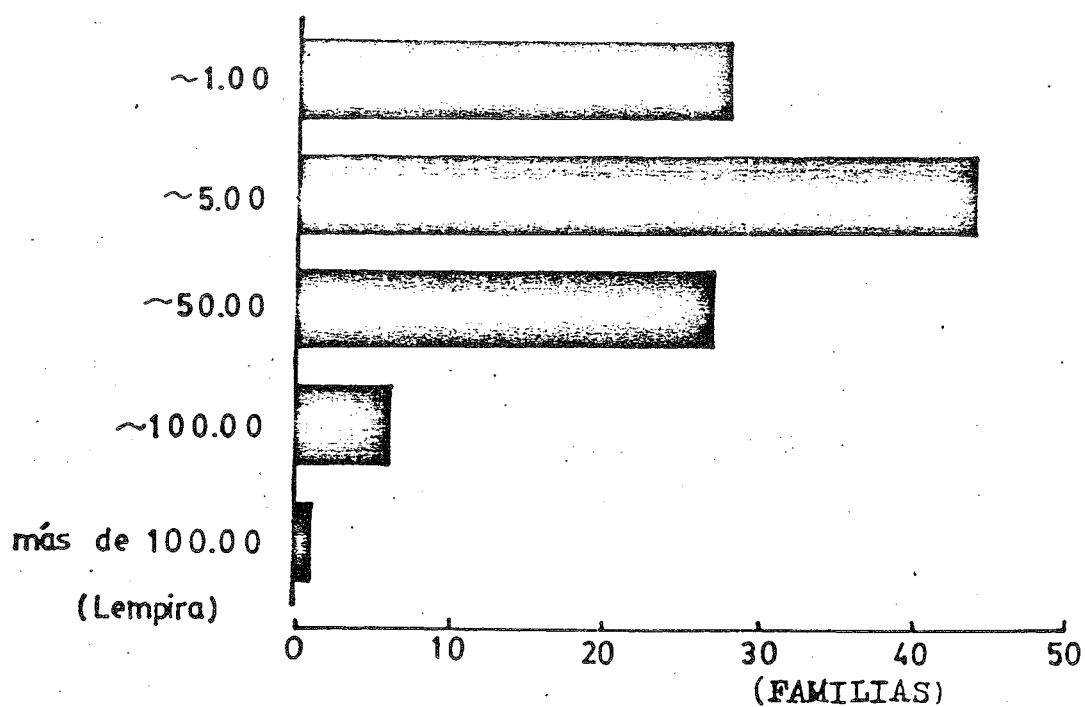


Figura 17. Distribución de Gastos Familiares

Cuadro 15. Tratamientos Alternativos antes de llegar al CESAR

Veracruz

No	81
Sí	108

---

Botiquín	66
Tratamiento Folklorico	31
Medicina del Centro	34

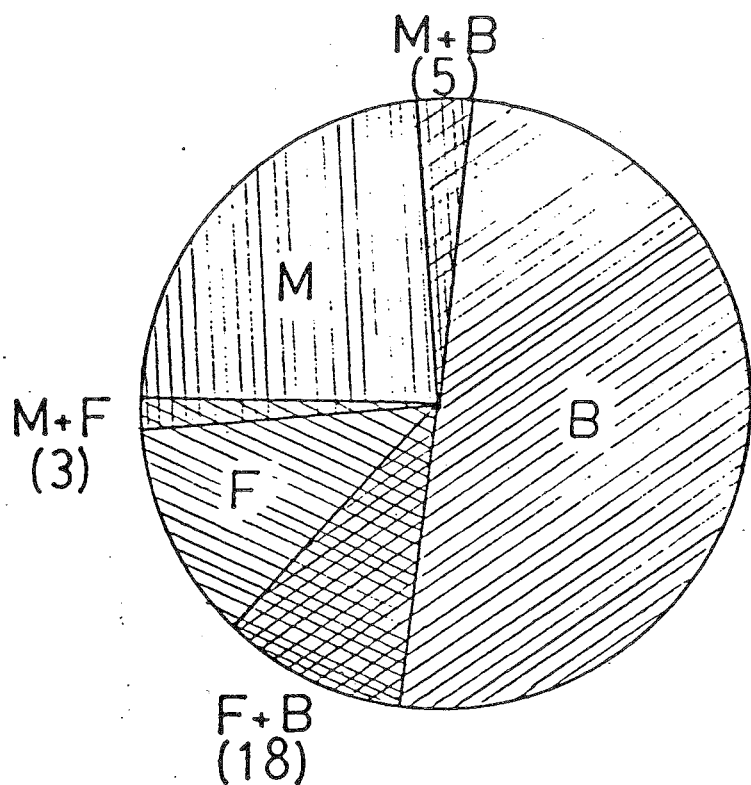
Dolores

No	105
Sí	77

---

Botiquín	50
Tratamiento Folklorico	12
Medicina del Centro	18





Tratamientos	casos
Botiquín (B)	116
Trata. Folklórico (F)	43
Medicina de Centro (M)	52

Figura 18. Tratamientos Alternativos antes de llegar al CESAR

## IV. BIBLIOGRAFIA

Adams, Richard N. 1957

Cultural Surveys of Panama, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Honduras.

Pan American Sanitary Bureau, Scientific Publication N°33.

Barquin, Martha et.al. 1982

Factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de "Medicina Popular": la automedicación.

En "Medios de Comunicación Masiva, Reproducción Familiar y Formas de Medicina Popular", Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. p55-70

Escaleras, Juana et, al. 1982

Factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de "Medicina popular": la automedicación.

ibid p 71-105

Briones, Víctor et. al. 1982

Influencia del Instituto Mexicano del Seguro Social en el proceso de automedicación.

ibid p. 106-125

Campos, Roberto et. al. 1982

La automedicación en indígenas y mestizos: el caso de Tenejapa, Chiapas.

ibid, p. 126-146. (También en Estudios de Cultura Maya, XIV, p. 311-325. 1982, U.N.A.M.)

Cohen, M. 1984

The Ethnomedicine of the Garifuna ( Black Caribs ) of Rio Tinto, Honduras.

Anthropological Quaterly, 57 (1); p. 16-27.

Cosminsky, Sheila 1977

El papel de la Comadrona en Mesoamérica  
América Indígena, XXX VII (2), p. 305-335.

Cosminsky, S., y M. Scrimshaw 1980

Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation  
Social Science and Medicine 14 (B), p. 267-178

\* No utilizado en este estudio, según Van der Geest(1984 a)

Fiallos, Carmen 1984

Conozca Honduras

Secretaría de Cultura y Turismo. Tegucigalpa, Honduras.

Foster, George M. y Barbara G. Anderson 1978

Medical Anthropology

Alfred A. Knopf, New York.

Ikeda, Mitsuho 1985a

Sinópsis breve de la Antropología Médica.

División de Control de Vectores, Ministerio de Salud Pública.  
Tegucigalpa, Honduras.

Ikeda, Mitsuho 1985b

Primer informe provisional del Proyecto para Investigación Antropológica Médica en el departamento de Copán.

División Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública.  
Tegucigalpa, Honduras.

Nazar, Nicolás 1984

Estudio de la Medicina Folklórica en el Municipio de San Nicolás,  
Santa Bárbara.

En Memoria Primer Seminario sobre Medicina Tradicional  
U.N.A.H., p. 49-60.

Ortega, Horacio 1977

Estudios realizados sobre Manipuladores de Alimentos y Medicina Popular en la Ciudad de Nueva Ocotepeque.

Tesis del Doctor, U.N.A.H.

Pardo, Martha 1984

Patrones de Automedicación.

Cuadernos de Antropología, Universidad de Costa Rica, N°3  
p. 73-82

Scrimshaw, Susan y Elena Urtado 1984

Field guide for the Study of health seeking Behavior at the house hold level

Food and Nutrition Bulletin 6(2), p.27-45.

Silverman, Milton 1976

The drugging of the Americas  
University of California Press.

Teller, Charles H. 1972

Internal Migration, Socio-Economic Status and Health.  
Ph.D. Dissertation, Cornell University, U.S.A.

Van der Geest, S. 1984a

Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries.  
Medical Anthropology Quaterly 15(3), p. 59-62.

Van der Geest, S. 1984b

Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries II.  
Medical Anthropology Quaterly 15 (4), p. 87-90

Young, James C. 1981

Medical Choice in a Mexican Village

Rutgers University Press, U.S.A.

NOTAS SOBRE LA CULTURA ALIMENTICIA EN EL DEPARTAMENTO DE COPAN

MITSUHO IKEDA

1987

[advertencia] Las palabras subrayadas siguen el uso del informante. Por ejemplo, vitamina no tiene el sentido médico, sino lo que la gente piensa cuando el (o ella) oye la palabra "vitamina".

## OBTENCION DE ALIMENTOS

La mayor parte de la comida se compra al contado. Claramente la tasa de la dependencia de la compra del alimento en efectivo es más alta en la clase baja económica que dedica al jornal sin tener tierra que las clases alta económica y media que pueden abastecen de los granos básicos\*. Aunque materiales y alimentos se compran y venden al contado, no existe el trueque en el pueblo. La única excepción es trocar entre el maíz seco colorado y el maíz blanco o de otro color equivalente. Sin embargo la motivación del cambio no es de la causa económica sino la preferencia personal del color del maíz.

\* Nota: Hay margen para reconsiderar que existía tres clases sociales según la situación económica en cierta comunidad en el departamentode Copán. En esta situación con arreglo a Ikeda(1985), denominamos operativamente tres clases sociales económicas como sigue; (1) Superior: la propiedad de la tierra y la manera que puede aumentar la escala de la ganancia. (2) Media: la propiedad de la tierra, la familia que puede sostener la producción más que su consumo. (3) Baja: no tiene la propiedad de la tierra o aunque la tiene, no produce más que su consumo. (Ikeda,1985,p.15)

## MAIZ COMO UN ELEMENTO DE LA CULTURA ALIMENTICIA

Cuando se elaboran las vituallas,el pueblo tiene unos cinco maneras de cocinar. O sea;

- (1) cocer en la olla
- (2) tostar encima del comal
- (3) asar en hornilla del fogón
- (4) freir con aceite
- (5) asar en el horno

La gente piensa que la comida debe hacerse por mujeres y actualmente no están muchos hombres que tienen la experiencia de cocinar en el pueblo.

Igual que la mayoría de Honduras, o sea donde producen maiz, la comida principal del Copán es la tortilla de maiz. Así que la palabra maiz o tortilla a veces se ocupa como metonimia de la vida. Por ejemplo comer tortilla significa "ganarse la vida"; tortilla con sal se entiende "la comida de los pobres" sin relación actual.

El proceso del arte culinario de la tortilla se empieza por el remojo del maiz seco en agua con cal. Para suabizar el maiz lo cuecen por largo plazo. Además para facilitar la cocina la gente ocupa el maiz remojado con cal por toda la noche antes de cocerse. Después de cocerse el maiz cocido (nixtamal, nicstamal) se lava suficientemente con agua dulce y se muele con molino cuya forma es occidental. Ese producto se llama masa, que es la materia de la tortilla. Ahora la masa que se muele sueltamente se necesita triturar más fino con metate y mano, o llamándose piedras. Antes habían hecho toda la masa con piedras, hoy no lo hacen porque se necesita ciertas veces del tiempo para cocinar. La razón que hasta hoy se ocupan piedras es la preferencia cultural en que les gusta comer tortilla más fina. Normalmente cocinan la tortilla uno o dos veces al día. En general después del desayuno



empiezan a cocer el maizy pueden comer la tortilla recién cocinado, tortilla fresca, en el medio día. Así que dicho anteriormente, por la introducción del molino estilo occidente se puede almorzar la tortilla fresca aún que se comienza la preparación de la comida a las 10 AM. Suponemos que se necesita el tiempo de toda la mañana para hacer masa sólo con las piedras, lo que nos señala la energía que las mujeres anteriores pusieron para cocinar la tortilla.

Transforman la masa a la forma redonda pequeña y gruesa como la gente copaneca identifican la típica y la cocinan encima del comal. Esta forma de la tortilla se podría decir pistón ("en ser más gruesa y más pequeña" Membreño, 1982, p.55) en el punto de vista de la gente que vive fuera de Copán. No obstante los copanecos identifican que el pistón sería más grande que el estilo copaneco. La tortilla tiene dos lados, cara y lomo, o sea el lado anterior es la fachada y el posterior es la encima de atrás. Lógicamente se sirven las tortillas puestas en lado cara arriba. Las tortillas frescas se envuelven con la tela de algodón, mantel, para que mantenga la temperatura de la tortilla, caliente.

Como ellos piensan que es mejor comer tortillas calientes, la tortilla que se enfrió se mete en la hornilla del fogón en la cocina. Esta tortilla recalentada, tortilla tostada, se puede hacer fácilmente para el desayuno, la cena o la merienda. Además al pone más fuego a la tortilla tostada se hace la tortilla quemada cuyo estado está bien quemado. Esa ya no está situado en la categoría comestible sino en la categoría medicinal porque se hace uno de las medicinas tradicionales, té de tortilla, que se ocupa para la enfermedad de riñones.

De vez en cuando se cocina la tortilla frita que se utiliza para la enchilada - encima de tortilla frita tiene repollo, tomate y un tipo de carne sobre todo de chicharón etc. En este caso prefieren que se eche la materia colorante natural, achote, en la masa.

Raras veces se hace la tortilla de harina de trigo para el desayuno o el alimento subsidiario sin labor.

La tortilla es la comida principal del maiz, además hay bastantes variedades de la comida de maiz lo que presentan en la Figura 1. Toda las comidas de maiz no se comen siempre durante el año sino que nos encuentran en la mesa como el simbolo del tiempo de la cosecha y del acto anual. Por ejemplo elote o maiz verde se puede comer sólo cuando el tiempo de la cosecha llega. Para hacer ticuco se adquieran los frijoles nuevos que son frijoles recién cosechado, y ticucón o tamalón se cocina como sustituto de la tortilla porque la gente piensa que hacer tortilla durante de la Semana Santa, es pecado.

## FRIJOLRES

Como siempre decimos "maiz y frijol" juntamente, al alimento que es tan importante como el maiz es el frijol. Mientras que el maiz se reconoce como el alimento principal, la gente comprende el frijol como el plato de acompañamiento. También en tanto que el maiz está puesto la imagen del alimento basico, el frijol está siendo puesto en la imagen de la alimentación que refuerza al cuerpo por la gente. Un cierto informante explica que el frijol contiene el hierro que protege los huesos de lo humano. Por

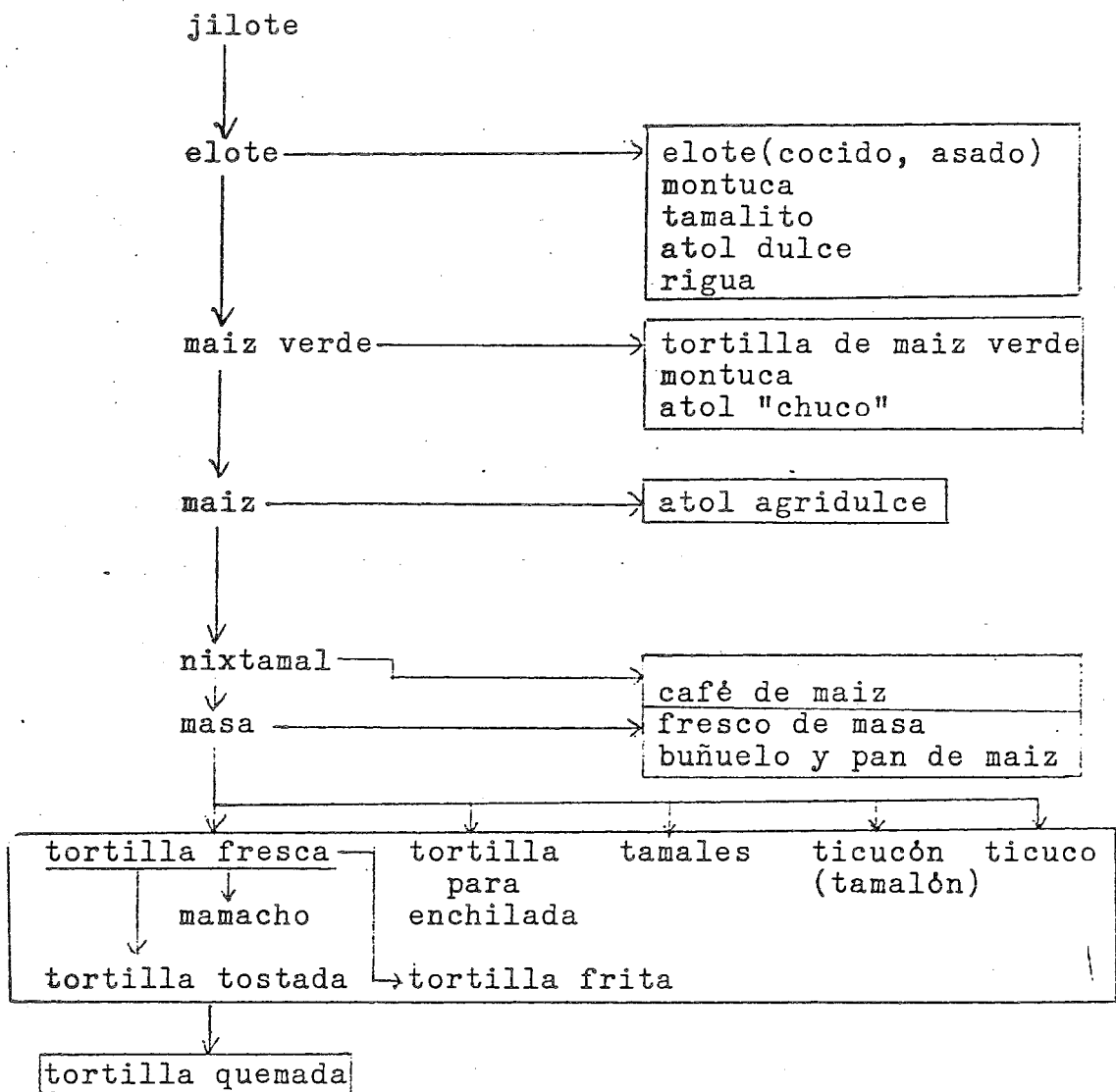


Figura 1. El proceso del crecimiento del maiz y la utilización culinaria del maiz

consecuencia explican lógicamente que el cuerpo será muy débil sin comer frijoles.

Igual que el maíz el frijol tiene bastantes especies domésticas (Cuadro 1). En general prefieren el frijol retinto o rojo al frijol negro según su gusto. El frijo blanco sólo se cocina para el chancho relleno, un tipo del cerdo hornado, cuando tienen la fiesta familiar o la feria de la comunidad. Es decir este tipo casi no se utiliza en el plato común en la comunidad copaneca.

Los platos representativos del frijol son la sopa de frijol, los frijoles parados o frijoles cocidos, los frijoles fritos, los frijoles molidos etc.. Los frijoles cocidos son los frijoles guisados en que a veces se agrega la manteca con cebolla como condimento. En la sopa del frijol casi todo se acompaña manteca con chile verde. Los frijoles molidos se hacen moler los frijoles guisados con unos condimentos, por ejemplo el ajo o la hierba buena. Los frijoles fritos significa los frijoles molidos con manteca con cebolla. El ejote es el frijol tiernito también se llama a bichuela. Lo cocinan con huevo revuelto etc..

## VERDURA

Las verduras que se tratan en el lugar investigado está presentado en Cuadro 2. A excepción de la papa se producen alrededor del pueblo, sólo güiskil o pataste, ayote y guineo valen los productos suficientes y otras verduras se mercan por cualquier manera. Hay dos tipos de la verdura, o sea, la verdura que se necesita cocinar, por ejemplo güiskil, ayote, y la verdura que podemos comer cruda, por ejemplo aguacate. Con todo no hay

Cuadro 1. La clase del frijol en el nombramiento campesino

1. frijol retinto, "frijol rojo"

- 1.1 sangre de toro
- 1.2 pico de gallina
- 1.3 frijol de milpa
- 1.4 frijol de peruano
- 1.5 frijol bayo
- 1.6 frijol de arros

2. frijol negro

- 2.1 uva
- 2.2 uvita
- 2.3 mantecoso
- 2.4 frijol de milpa
- 2.5 frijol breve
- 2.6 frijol bayo

3. frijol blanco

4. chinapopo

Cuadro 2. La clase de la verdura

CULTIVADO

SILVESTRE

---

frijolles  
ejote  
chinapopo  
güiskil(pataste)  
papa  
repollo  
tamate  
yuca  
camote  
aguacate  
ayote  
zanahoria  
platano  
guineo

macuses  
sucte  
pito  
berro  
culantros  
pacaya

mucho oportunidad de ver comer la verdura cruda en la forma de la ensalada. Tienen dos sinónimos de la verdura, es decir, legumbre y hortaliza. Solamente la palabra legumbre los habitantes se imaginan la cosa que posee los hojas verdes. Por consiguiente a veces piensan que la legumbre incluiría una clase de condimentos (Véase la sección CONDIMENTOS). Nada más de eso no hay distinción entre legumbre y hortaliza.

El aguacate y el sucte o el aguacate silvestre son las verduras que comen en la forma cruda. Clasifican el aguacate dos tipos, uno es el aguacate cuya sabor es sencillo y el otro es aguacate anís que tiene el olor aromático. Como la cebolla que se come en cruda, el aguacate y el sucte se connotan la fuente de energía sobre todo energía sexual y el aguacate se denota el testículo en cierto contexto (Membreño, 1982, p.4).

El güiskil (pataste), macuses, guineo y repollo a menudo se emplean los materiales de la sopa. Especialmente la preferencia del güiskil es más alta de las verduras porque se produce fácil y abundantamente. El macus es una yema de la planta cuyo sabor parese sencillo. Por esta razón hacen la sopa de los macices cuando los cosechan.

El guineo se comen en las formas frita, asada y cruda como la comida substituta además del material de la sopa. De vez en cuando podemos observar que los niños (cipotes) piden importunamente el guineo para asar como merienda a su madre en la cocina campecina en una tarde del día. Cuando el guineo está verde, se lo clasifica como verdura. Pero el guineo maduro ya no es verdura sino que identifican la fruta.

La pacaya comestible es una parte de la yema blanda que se

asa o cuece. Por la razón del comer, o sea, la gente come la pacaya amarga para abrir el apetito, esta vervura está situado entre la vervura y el condimento. La capuca de la pacaya se come cruda.

El ayote es la calabaza en castellano, a pesar de eso ellos no lo llaman. Mientras tanto que el ayote se clasifica como verdura, la calabaza se clasifica como un material de recipiente natural igual que guacal o morro. Es decir la calabaza es connotado la calabaza vinatera. Del ayote se saca las semillas y se cuece con dulce (azúcar bruto) y canara. La semilla cruda del ayote se muele y hace la bebida, fresco blanco, que sirve para disenteria (en este sentido es la enfermedad folklorica). La semilla tostada del ayote se llama aiguaste. El polve del aiguaste, sorro, se utiliza el atol o el condimento que se echa al plato.

El pito (Erythrina berteroano\*) se usa en una parte de yema de la flor cuya efectividad fisiológica creen que le da mucho sueño. El pito se le quita amargor con agua salada, luego se frie sin o con huevo. Por lo tanto prefieren comer el pito en la cena. \* Nombre científico.

#### CARNE COMO PROTEINA ANIMAL

En general se consumen las carnes de res, pollo, cerdo y animales silvestres incluido con aves como proteína animal. Criando los pollos en la mayor parte de las casas domesticas, la carne de pollo se vende rara vez menos huevos. La carne de res y cerdo se obtienen periodiccamente en la comunidad porque las

Cuadro 3. El animal comestible en el vocabulario campesino\*

VERTEBRADOS

MAMIFEROS

venado  
cerdo de monte  
guatusa  
conejo de monte  
tacuacin  
cusco  
taltuza  
mapache  
gato de monte  
pezote solo  
ardilla o shurica  
sorro

PAJAROS

chacha  
paloma  
gualchoca  
lora  
chirinero  
chojin  
tordo  
bobo  
urpendura  
chorcha  
panpera  
chejas  
pajaro carpintero  
chenqueque  
tucán  
chilero  
tocta

REPTILES

boa

ANFIBOS

rana de cruz

PECES

olonima

guapote

juilin

anguilla\*\*

INVERTEBRADES

ARTROPODO

CRUSTACEOS\*\*\*

cacarico

chacarin

cangrejo

MOLUCO

jute

\*Nota: La configuración de este cuadro se ha seguido en la clasificación natural. Sin embargo los habitantes no clasifican por la misma manera. Por ejemplo, la anguilla(\*\*) se identifica en la familia de la culebra y la categoría de CRUSTACEOS(\*\*\*) no existe en el pensamiento de los habitantes.

*carne de tepesquite (Z.M.)*



bestias se matan en el rastro público o privado. La carne de cerdo no viene mucho en la mesa como el alimento cotidiano. Salvo las aves de corral como pollos, pavos, patos etc., los animales y aves silvestres se comen oportunamente (Cuadro 3). Con todo pocas veces nos encontramos con este tipo de plato. Al principio el animal silvestre se guisa y luego se asa, mientras que el ave silvestre se cocina como sopa o se asa en el hornillo del fogón. Además de eso unos peces, anfibios, crustáceos y molusco se pueden comer no para alimentar nutricionalmente sino para que abunde la vida culinaria.

Los platos de carne se clasifica (1) cocido, (2) asado y (3) hornado. Sobre todo el plato hornado significa culinariamente algo extraordinario. Entre tanto que la carne de cerdo está puesto la imagen de la carne contaminada simbólica en la vida cotidiana y no es recomendable para comer tanta. Sin embargo en la fiesta como la boda, el bautisimo, Navivad etc. es favorable que hace cerdo hornado especialmente el chancho relleno.

#### CONDIMENTO

Los habitantes ocupan los condimentos ambos que se vende y que nace naturalmente con la misma taza de la frecuencia. Definen el condimento el que pone ciertos sabor, olor y color al plato. Los condimentos representativos son la pimienta, el ajo, la albahaca, el culantro de castilla, el culantro de tripa, el culantro de pata, la yerba o hierba buena, el achote etc.. En esas hierbas también se reconocen las medicinas cuando las prepara de otro modo. Por ejemplo el achiote que es una de las

materiales naturales colorantes rojas se prefiere poner el color rojo a la sopa, y también se conoce como una de las medicinas folklóricas que ocupan la enfermedad intestinal. Pensando que la preferencia étnica del color rojo contra mal de ojo, es muy interesante considerar el significado entre el color rojo del achiote y la enfermedad folklórica.

## BEBIDAS

Los tipos de las bebidas típicas tienen más de diez y se clasifican aproximadamente tres clases; (1) fresco, (2) atol y (3) té. Se preparan estas tres clases en el Cuadro 4, pero las especies de té se muestran sólo como bebida en el cuadro porque generalmente piensan en las mayores especies de té como medicina liquada. El fresco de masa es una solución de masa con agua y azúcar. Dicho en sección VERDURA el fresco de aguaste hace de la semilla molida del ayote con azúcar. En el campo investigado de este estudio el aguaste no significa la salsa que se usa la semilla del ayote con otros condimentos (Membreño, 1982, p.4)\* sino la semilla sola. El fresco de cilacayote es una bebida fermentativa de la fruta del cilacayote, agua y dulce, lo que se hace en corto plazo.

\* Nota: Según Membreño, el aguaste significa "salsa compuesta de semilla de ayote, achote, chile, manteca y otros ingredientes que sirve para condimentar los naturales" (Membreño, 1982, p.4). Es distinto de nuestro uso de la palabra aguaste.

Cuadro 4. La bebida

fresco	atol y su semejante	té
horchata de arroz	atol "chuco"	agua pimienta (té de pimienta)
fresco de masa	atol agridulce	café de maiz
fresco de aiguaste	atol dulce	
fresco de cilacayote	pinol de maiz blanco	
	atol de arroz	
	chilate	

Los atoles de maiz son el atol chuco, atol agridulce y atol dulce que es de maiz verde, maiz seco y elote, respectivamente (Véase Figura 1). Sobre todo el atol chuco que tiene un sabor delicado es el más popular en el Departamento de Copán. El arte culinario del atol chuco es como sigue; Se muelen los granos de maiz verde y se remojan por un día para fermentarse. Después lo cuele con la tela del algodón, caliente acompañando con chile, sorro (el polve de aiguaste) y los frijoles guisados.

El pinol de maiz blanco no se dice una clase de los atoles, pero su forma aparece al atol. Esa bebida se hace del maiz tostado con dulce, canela y semilla de zapote. Para hacer el atol de arroz, las semillas de arroz se muele con piedras y se resuelve en agua con azúcar y canela, luego lo cuece. Esta bebida es viscosa como otra clase de atol. En este lugar el chilate significa un tipo del atol de la harina de trigo. Según su gusto se echan al chilate la hoja de sasafras etc., pero no se añade dulce ni azúcar sino se toma mordiendo dulce o batido.

Lo que se ha dicho antes la mayor clase de té se reconoce como medicina. Por eso el té como bebida favorita sólo es el té de pimienta. Para café de maiz se ocupa el maiz tostado que tuesta con dulce encima del comal en la misma manera de tostar café en este pueblo. El chocolate siempre es del producto comercial y su consumo es muy bajo porque ahora no se han producido cacao alrededor de Copán.

## PAN

Los materiales del pan son harina de trigo y de maiz (Cuadro 5.). La familia que está situado en la clase social media o alta tiene el horno cubierto con techo fuera de la casa, el que es un elemento de la cocina. Al principio se quema la leña para calentar al horno, despues de sacar la carbonilla de la leña y funciona realmente como horno por el calor residual.( Véase la ilustración del apendice).

Hay dos motivos por lo que la gente hace el pan. Uno es para consumir en la casa. Cuando hace pan, se puede hornear bastante cantidad de pan de una vez, ya que se gasta una cantidad de leña considerable, y la temperatura alta del horno dura por algun tiempo. generalmente una familia sólo consume el pan para desayuno o merienda. Entonces el excedente del consumo familiar, se vende dentro del mismo pueblo. Alguna familia hornea el pan frecuentemente o sea semiprofesionalmente, lo que ayuda al ingreso familiar, temporalmente. El otro motivo de hacer el pan es para la feria personal, comunal o regional. En especial la gente prefiere hornear el pan en el día del cumpleaños, de la boda, en la Samana Santa y en la Navidad.

La preferencia de la gente para comer pan es relativamente alta, sobre todo les gusta a los niños. En el punto de vista alimenticia es favorable para comer el pan en que se ocupan los productos lácteos. Además desde el punto de vista de la cultura alimenticia la preaparación de varios tipo tipos del pan en varios tiempos, llega a abundar la variedad de la vida alimenticia.

Cuadro 5. El pan

horneado en el horno	
de maiz	de trigo
rosca	pan(o torta) de miel
rosquilla	pastel
quesadía	marquesote
empanadía*	torta de leche
totoposte	
coraza	
marquesote	
semita*	
freido con fridera	
de maiz	de trigo
buñuelo	hojuela
torreja	frita

\* Los ingredientes de la empanadía y la semita incluyen la harina del trigo.

## CONCEPTO DE ALIMENTACION

La comida tiene una función para mantener la vida cotidiana y la salud. Los habitantes saben esa función de la comida y comprenden lo que les da la comida, cuanto más abundantes, se podrán más sanos. Siendo así, cuando les da gana de obtener el alimento, ellos tratan de comer la verdura, leche cocida, jugo de vegetal en lata, cerveza, miel de aveja etc.. Por la difusión secular del conocimiento bromatológico moderno piensan vagamente que la verdura contiene buena alimentación así como vitamina, proteína, hierro, etc.. Pero en el uso actual, la verdura funciona solamente para aumentar el numero de plato según el tiempo de la cosecha y no toman mucho, cierta verdura para obtener cierto elemento del alimento. La leche cocida están pensando una de las cosas que les dan la fuerza, a pesar de eso algunos no la toman, porque es la causa de la indigestión. A el jugo de vegetal lo consideran tambien buen alimento, se vende este tipo del jugo en lata en la trucha o pulperia, ciertamente, se nata su demanda alta. Además de la bebida alcohólica la cerveza se utiliza como un alimento del cuerpo de la mujer. Aunque la miel de abeja tiene el efecto que cura el dolor de cabeza y la debilidad, no se reconoce como medicina sino que como comida.

## LA DICOTOMIA ENTRE CALIENTE Y FRIO

Se ha sabido que en el carácter de la comida, medicina y enfermedad que se presenta la dicotomia entre caliente y frio en

Cuadro 6. La diferencia del concepto CALIENTE/FRIO

CALIENTE	FRESCO	FRIO
<u>Informante A.</u>		
naranja	aguacate	
yuca	otras verduras	
camote		
güiskil		
papa		
chile		
tamate		
<u>Informante B.</u>		
[comida pica]	carne	[verduras]
jengibre		güiskil
pimienta		papa
canela		yuca

Cuadro 7. El plato "ideal" cada clase socioeconómica.

	"muy pobre"	"medio pobre"	"rico"
DESAYUNO	tortilla, frijol cocido	tortilla, frijol huevo frito	café con pan, leche, osmil
ALMUERZO	tortilla, frijol cocido	tortilla, frijol cocido, arroz, carne	tortilla, sopa, mantequilla, arroz, queso, carne, frijol frito,
CENA	tortilla, frijol cocido	tortilla, huevo frito, queso, frijol frito	tortilla, frijol cocido, carne, mantequilla, queso, guineo frito,



el contexto cultural latinoamericano. Se dice que esta filosofía cosmológica es una amalgama histórica entre la medicina indígena y la medicina hipocrática o el humorismo que se ha traído por los conquistadores (Madson, 1965, p.97). Con todo en este lugar no se encuentra la dicotomía excelente que existe en el pueblo indígena en Guatemala o México. Especialmente la dicotomía de lo caliente y frío sobre la comida o el alimento no se comenta en la conversación cotidiana ni en la contestación de la entrevista. Si tuvimos éxito de entrevistar, nos dieron diferentes contestaciones según los informantes (Cuadro 6). El único punto común es que las cosas picantes son caliente, la verdura en general es fría. Un informante está parafraseando este pensamiento hasta "todos los hondureños" y diciendo un episodio como sigue:

Un día un catracho viajó por Guatemala. Cuando le da hambre el buscó un comedor chapín y entró. En el comedor una mesera chapina le preguntó a él como le gustaba la comida, caliente o fría. Entonces claro, el catracho pidió la comida caliente porque le gusta la comida recién cocido. Pero pobre nuestro catracho comió la comida que contiene bastante chile.

#### MANERA DE LA MESA

Igual que otros habitantes hondureños también los copanecos toman tres comidas al día. El modo común es que el desayuno es más simple, el almuerzo contiene más platos de los tres y el contenido de la cena es menor que el almuerzo pero más que el desayuno. Sin embargo actualmente observamos que los hombres que

trabajan fuera del pueblo llevan el almuerzo, él personalmente ó su familia lleva la comida en el medio día.

Cuanto más alta la clase socioeconómica, tanto más numerosos son los platos en la mesa. Los habitantes no visitan a la otra casa durante la hora de comer y además piensan que el acto de visitar a la gente comiendo es mal criado. En verdad, ellos no saben exactamente la vida de comer de la otra persona. No obstante, el comer es el elemento inevitable en la vida de los humanos y siempre la gente tiene conciencia de la comida, entre los habitantes se conforma en el modo de pensar en que "los ricos comen bastante carne mientras que los pobres sólo comen tortilla y frijoles". El Cuadro 7 es la lista del plato imaginario que presenta un joven que se autoidentifica medio pobre. Esta lista del plato imaginario no es muy equivocado, el plato que comen los ricos no es tan abundante como lo que la gente está imaginado. Actualmente los ricos comen menos platos que lo que se imaginan y los pobres toman más platos que lo que se imaginan. Por la imaginación, desde el punto de vista en que los ricos comen tanto la comida buena, los habitantes poseen en común que la obesidad es un símbolo del rico.

Entre los campesinos falta el ambiente en que come la familia unida en la misma mesa juntamente. En tal caso el hombre como primero y la mujer comiendo a hurtadillas sirve la comida a su esposo. Después que el hombre termina la comida ella toma asiento y comienza a comer. Entre tanto que este fenómeno nos da gana de explicar utilizando el concepto del machismo, los habitantes declararon que los hombre tenían que comer rápidamente para empezar el trabajo fuera de la casa por la mañana y debían de ser

hambre cuando regresaban a su casa despues de trbajar. A pesar de eso no significa que falta completamente la ideologia en que come la familia unida en la misma mesa juntamente. Ellos piensan que por la razón económica el hombre debe trabajar desde la mañanita hasta la tarde. Si les da mucho pisto, o sea, se sube la clase socioeconómica, queren comer en la mesa con toda la familia por la ayuda de trabajadora.

\* Nota: Es muy interesante este fenómeno desde el punto de vista del autor. Mientras que a unos blancos norteamericanos cuya clase social es media es muy importante que toda la familia coma en la misma mesa, en la familia tradicional japonesa todavía existe el machismo estilo japonés podemos observar la escena en que la familia no empieza la cena hasta que llega el padre a su casa.

Sobre la manera de la mesa no hay prescripción muy dura, sólo se identifica mal criado lo que toma el café o la sopa con buya, levanta de silla. durante de la hora de comer o se olvida de saludar a la gente que estácomiendo.

Salvo la mujer postpuerperal la dieta no prescribe. Entonces durante 40 días despues del parto a la mujer se recomiendan solamente la comida que es compuesto del café, carne de gallina y tortilla. También para evitar mucle\*(la enfermedad folklórica durante dos o trs meces se eluden las verduras verdes.

\* Nota: Mucle es una enfermedad folklórica de niños. Según la creencia, si la madre comen las verduras como repollo, pataste, pacaya, mostasa ets. los que tienen fresco, le da la leche de madre que se acumula fresco a su niño. Luego le pega la enfermedad cuya sintoma presenta el excremento verde

(pupu verde).

Hacen la comida para los enfermos, por ejemplo sopita de papa, de pollo o de huevo. En este caso se evitan frijoles, carne y tortilla. Pero no nos parece que la comida para los enfermos está especializado en este lugar.

#### BIBLIOGRAFIA

-Ikeda, Mitsuho, Primer Informe Provisional de Proyecto para Investigación Antropológica Médica en el Departamento de Copán, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras.

-Madson, Claudia, 1968, A Study of Change in Mexican Folk Medicine, p.91-137, en "Contemporary Latin American Culture" (M.S. Edmonson ed.), Middle American Research Institute, Tulane University.

-Membreño, Alberto, 1982, Hondureñismos (primera edición 1895), Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, Honduras.

