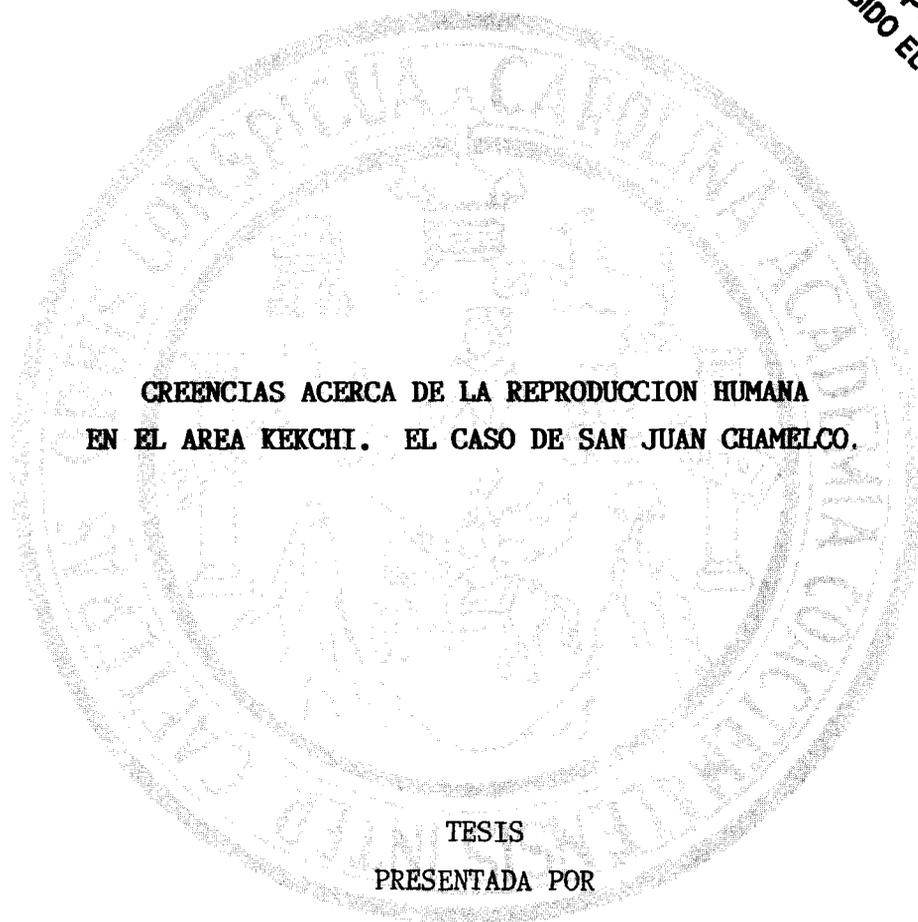


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE HISTORIA

AREA DE ANTROPOLOGIA

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO



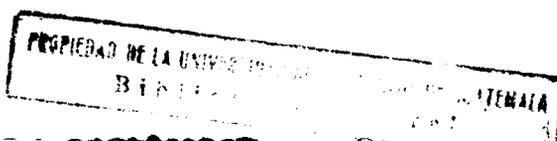
**CREENCIAS ACERCA DE LA REPRODUCCION HUMANA
EN EL AREA KEKCHI. EL CASO DE SAN JUAN CHAMELCO.**

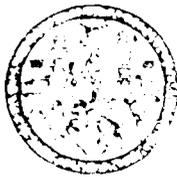
TESIS
PRESENTADA POR

MARIO SERGIO RAUL DE LEON ESTRADA

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE

LICENCIADO EN ANTROPOLOGIA





Ciudad de Guatemala, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

147(41)
DL.

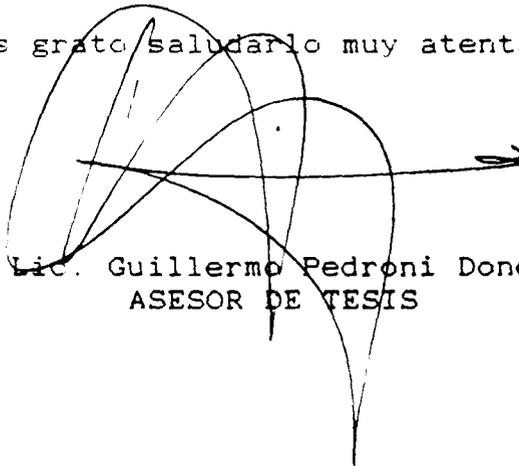
Guatemala, 29 de Septiembre de 1987

Licenciado
Julio Galicia Díaz
Coordinador del Consejo
Directivo de la Escuela de Historia
Presente.

Licenciado Galicia:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que he trabajado conjuntamente con el estudiante de la Escuela de historia, Mario Sergio Raúl de León Estrada, Carnet No.12537, en su trabajo de tesis titulado "Creencias acerca de la reproducción humana en el área Kekchí. El caso de San Juan Chamelco". Durante varios meses del presente año. Después de someterla a un examen y detenida revisión, me es grato comunicarle que en mi calidad de asesor de dicha tesis, ha merecido mi aprobación, por lo que ruego a usted se nombre el COMITE DE TESIS, para su estudio y trámite respectivo.

Sin otro particular, me es grato saludarlo muy atentamente,



Lic. Guillermo Pedroni Donett
ASESOR DE TESIS

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Historia
Presente

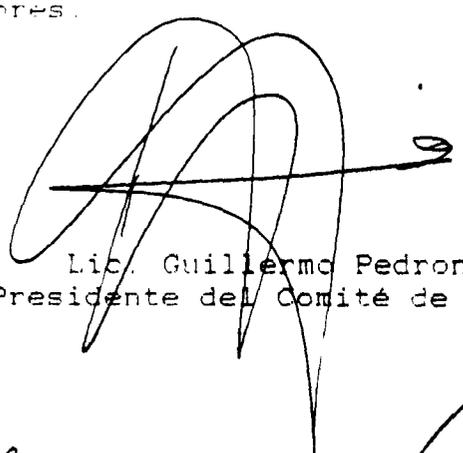
Señores Miembros:

Atentamente nos dirigimos a ustedes, con el objeto de rendir informe sobre el trabajo de tesis del estudiante MARIO SERGIO RAUL DE LEON ESTRADA, Carnet No. 79-12537 que se titula: "CREENCIAS ACERCA DE LA REPRODUCCION HUMANA EN EL AREA KEKCHI. EL CASO DE SAN JUAN CHAMELCO".

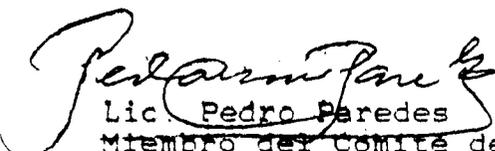
De conformidad con lo establecido en los artículos Décimo Cuarto y Décimo Quinto del Reglamento de Tesis vigentes, cumplimos con examinar, estudiar y discutir el mencionado trabajo del autor haciendose las observaciones que estimamos convenientes, las que fueron atendidas en la versión que ahora presentamos.

Habiendo observado tales aspectos, rendimos nuestro informe final indicando que a nuestro criterio el trabajo de tesis del estudiante DE LEON ESTRADA, merece nuestra aprobación, para que pueda sustentar su examen previo a obtener el título de Licenciado en Antropología.

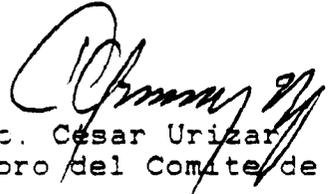
Sin otro particular, aprovechamos la oportunidad para agradecer a los Señores Miembros del Consejo Directivo, como siempre a sus atentas servidoras.



Lic. Guillermo Pedroni
Presidente del Comité de Tesis



Lic. Pedro Paredes
Miembro del Comité de Tesis



Lic. Cesar Urizar
Miembro del Comité de Tesis

GRACIAS A:

Cloe

y

Retoñin

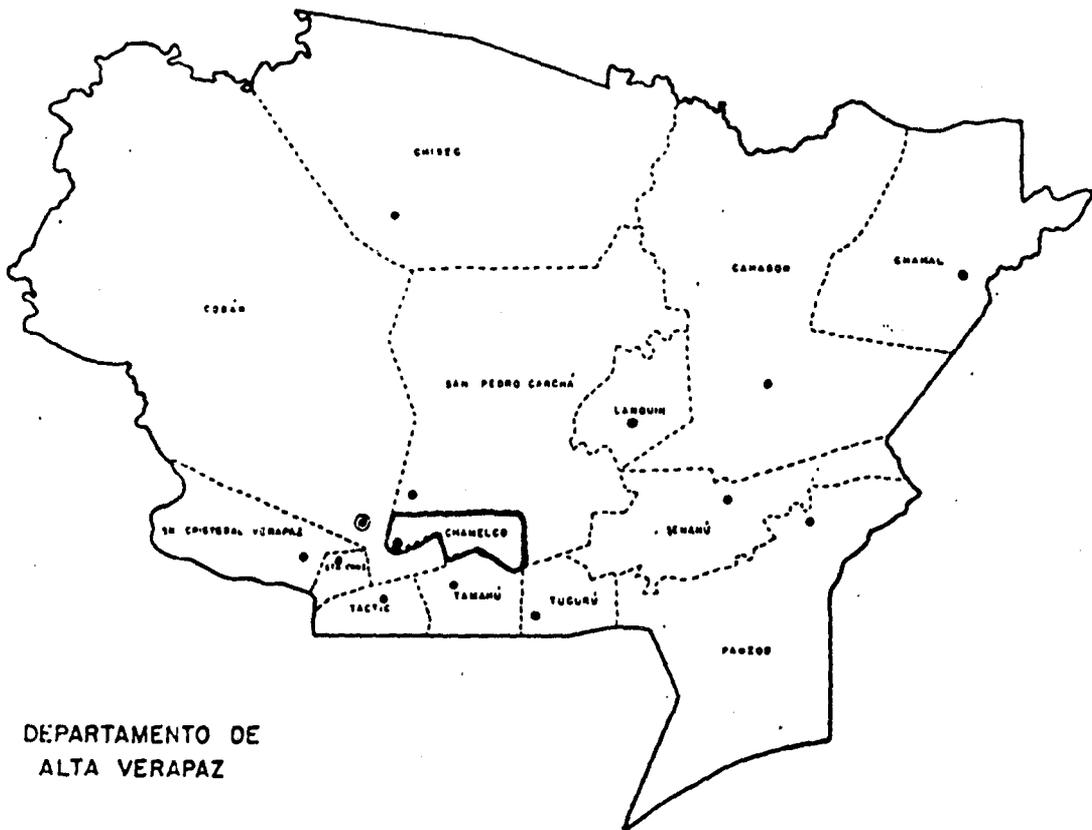
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE HISTORIA

Director: Lic. Julio Galicia Díaz
Vocal 1o.: Lic. Edelberto Cifuentes Medina
Vocal 2o.: Lic. Juan Francisco Barillas Barrientos
Vocal 3o.: Br. Hugo Zelaya Azurdia
Vocal 4o.: Br. Ricardo Saavedra González
Vocal 5o.: Br. Salvador López Aguilar
Secretario: Lic. Gabriel Morales Castellanos

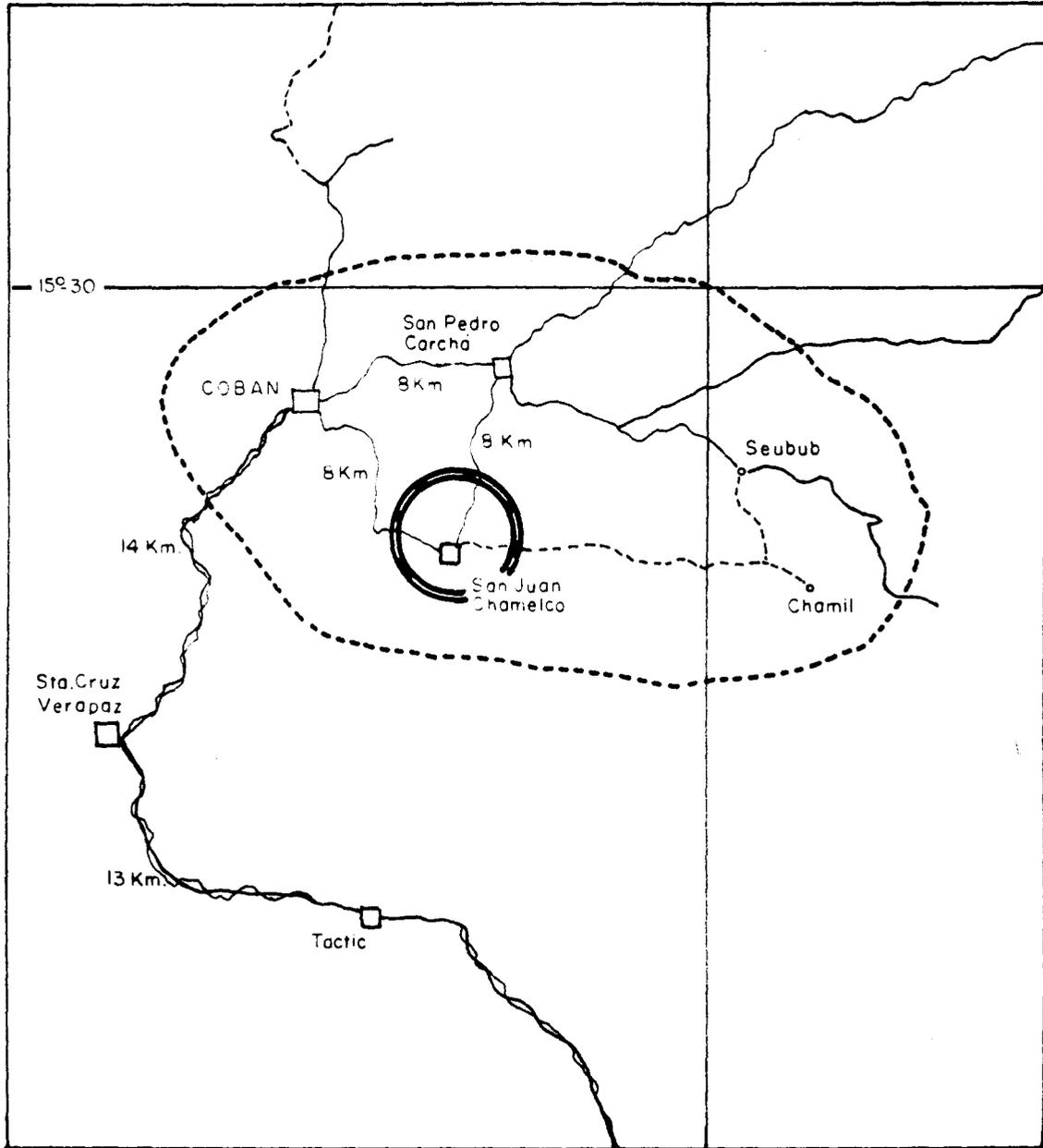
COMITE DE TESIS

Lic. Guillermo Pedroni
Lic. Pedro Paredes
Lic. César Urizar





DEPARTAMENTO DE
ALTA VERAPAZ



Kilómetros

- O = Aldeas
- = Pueblos o cabeceras municipales
- = Carretera asfaltada
- - - = Camino de tierra
- · · = Vereda

INDICE

1.	INTRODUCCION	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.1	Objetivos	3
2.1.1	Generales	3
2.1.2	Específicos	3
2.2	Hipótesis	4
2.3	Metodología	4
2.3.1	Métodos generales	4
2.3.2	Técnicas y procedimientos	4
3.	LA PROBLEMÁTICA DEL CAMBIO CULTURAL	9
4.	ALGUNAS CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL	15
5.	ALGUNAS ESCUELAS ANTROPOLÓGICAS Y SUS ENFOQUES HACIA LA ETNOMEDICINA	19
6.	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANALÓGAS EN GUATEMALA	21
6.1	Bibliografía etnomédica guatemalteca	22
7.	ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS CREENCIAS Y CONCEPTUALIZACIONES DE LA ENFERMEDAD Y LA REPRODUCCIÓN HUMANA EN LA CULTURA INDÍGENA GUATEMALTECA.	27
7.1	Categorías conceptuales de enfermedades en la cultura indígena guatemalteca	28
7.2	Prácticas y conceptualizaciones acerca de la reproducción humana en la cultura indígena guatemalteca	29

7.3	Los especialistas médicos tradicionales	29
7.4	Las creencias sobre la reproducción humana	30
7.5	La medicina humoral guatemalteca	33
8.	ALGUNAS CONSIDERACIONES CULTURALES QUE DETERMINAN LAS CREENCIAS Y CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DE LAS ENFERMEDADES Y LA REPRODUCCION HUMANA EN EL GRUPO KEKCHI	37
9.	DESCRIPCION DE SAN JUAN CHAMELCO	41
9.1	Aspectos geográficos	41
9.2	Características sociales	41
9.3	Características económicas	42
9.4	Area de servicios	43
10.	DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO	45
11.	RESULTADOS	49
12.	DISCUSION DE RESULTADOS	57
13.	CONCLUSIONES	61
14.	BIBLIOGRAFIA	63
15.	ANEXOS	73

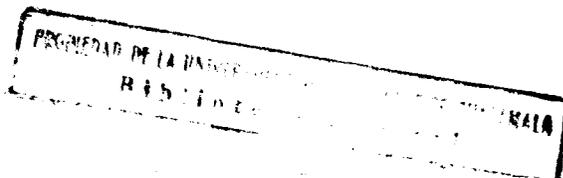
1. INTRODUCCION

Dentro de la vertiente sociocultural de la ciencia antropológica, la etnomedicina o medicina tradicional ha registrado numerosos e interesantes casos sobre el sistema de diagnóstico y curación de las enfermedades de aquellos grupos que no comparten un origen occidental. Sin embargo, las conceptualizaciones que representan a los elementos que intervienen en ese sistema no han sido suficientemente tratados en el campo de la reproducción biológica.

Desde la postguerra, los grandes focos socioculturales, a través de sus poderosos organismos internacionales, inician una dinámica de contacto cultural con un enfoque trasculturativo que choca con las concepciones y prácticas no occidentales de la medicina hasta el punto de hacerlas proclives a la desaparición. Desde hace algún tiempo, la preocupación por estudiar integralmente el funcionamiento sociocultural de estos grupos ha implicado una relativa especialización temática. Se evidencia en la mayoría de los aportes un compromiso de conocimiento más que de valorización, de interpretación más que de clasificación y de conciliación más que de imposición.

Dentro de estas intenciones, el trabajo pretende, bajo premisas resultantes de un marco teórico e histórico flexible y delimitado, conocer en su mismo lugar de origen, algunas de las conceptualizaciones étnicas sobre el fenómeno de la concepción, el parto y el aborto. Este estudio pudo realizarse mediante la serie de hechos que circulan alrededor de cada una, en boca de sus creadores y cultores. Lo que se intentó encontrar es el vínculo que, aunque sea en este campo específico, entrelace los sistemas médicos modernos y tradicionales. Se escogió el municipio de San Juan Chamelco, cuya población mayoritaria esta integrada por miembros de la etnia mayance kekchí, para sentar una base práctica de trabajo que incluyó metodologías y técnicas adecuadas (entrevistas, cuestionarios, observación, etc.), así como un grupo de trabajo compuesto por tres ayudantes colaboradores oriundos del lugar y pertenecientes a la misma etnia estudiada, con experiencia en investigaciones anteriores. Se formularon varias hipótesis, (las cuales fueron verificadas) sobre los sistemas individualmente observados, la comunidad y la dinámica de contacto cultural. En principio fue necesario contextualizar la realidad en la que el objeto de estudio opera, a saber, la realidad campesino-indígena rural. Creímos conveniente un enfoque integral, histórico, comparativo y estructural, pero concentrado en lo funcional como consecuencia del nivel "micro" del análisis, y por el carácter de sistema específico que el cuerpo de creencias y prácticas médicas adopta. Aunque se aborda obviamente la salud, debido a las presiones económicas, sociales, demográficas, de carencia de servicios, etc., y por la irreversible presencia de agentes foráneos en las comunidades tradicionales, los marcos conceptuales de éstas se ven drásticamente afectados, y algunos simplemente no resisten una transformación.

Bajo toda la variedad de concepciones terapéuticas, diagnósticos y asociaciones de tipo mágico-religioso, los sujetos de las culturas tradicionales no occidentales se ven destinados a sufrir pérdidas en todos los órdenes vitales. En última instancia, aparte de las consideraciones estadísticas sobre las tasas de mortalidad o las frecuencias de enfermedades gastrointestinales y bronco-pulmonares, nos enfrentamos a grupos humanos que experimentan gradualmente la pérdida de función de muchos de sus elementos culturales (que en un tiempo correspondieron a un entorno relativamente bien integrado). Si tomamos en cuenta la falta de conocimiento o de interpretación que los grandes programas



de salud presentan en el abordaje de las problemáticas humanas rurales, causa reconocida aún más por sus elaboraciones en la evaluación de los fracasos, veremos que el saldo negativo para los pobladores de estas áreas es desolador. Creemos que en toda sociedad la concepción, el embarazo, el aborto, y todas las situaciones que se desprenden o giran alrededor de la reproducción de seres humanos que representan continuidad y existencia sociocultural, constituyen un hecho fundamental que sugiere un manejo y acción delicados por parte de todo el cuerpo intitucional de un grupo. Si admitimos que la introducción de elementos occidentales es inminente e irreversible, y que por ello deben hacerse funcionales, es ineludible para el antropólogo conocer los significados de esos hechos con el fin de hacer de la coexistencia cultural un fenómeno positivo que no ponga en peligro la vida humana y sociocultural de los kekchíes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuente incompatibilidad de dos sistemas médicos en acción implica una brecha económica, social y cultural. De esta premisa, podemos lanzar algunas interrogantes que apoyen nuestra inquietud, y a la vez, sirvan de base como elementos de juicio para la estructuración y enumeración de las hipótesis de investigación.

Si se parte del fenómeno del contacto cultural en una vertiente aculturativa, el objetivo es establecer de qué manera los integrantes de un grupo humano se adaptan al choque tecnológico e ideológico, en una esfera tan vital como las conceptualizaciones sobre la reproducción humana. Sobre lo mismo, también se pretende conocer cuál va a ser el carácter de las nuevas significaciones cuando los elementos innovadores del sistema occidental obliguen a una transformación para la sobrevivencia humana y sociocultural, y cuál va a ser el juego de presiones entre la intensidad con la que son promocionados programas y proyectos y los mecanismos etnorresistentes para aquellos elementos que todavía pueden plantear su permanencia. En este sentido, los ejes centrales de este análisis consistirán en conocer los aspectos cosmológicos étnico-culturales, en sus elementos fundamentales para aprehender la naturaleza de las prácticas, las simbolizaciones y conceptualizaciones cotidianas psico-bio-sociales, como acercamiento concreto a grupos humanos que presentan características diferenciadas de lo occidental. Además se busca dilucidar la posibilidad real de conciliar y mantener un equilibrio histórico y funcional entre dos presencias (muchas veces antagónicas), innegables y urgidas de definición positiva para muchas comunidades.

2.1 Objetivos

2.1.1 Generales

- a) Establecer la forma en que la etnia kekchí elabora sus diversas conceptualizaciones de los procesos culturales.
- b) Observar la sobrevivencia y la integración de nuevos elementos médico-gineco-obstétricos dentro de su espacio sociocultural.
- c) Determinar la importancia de la conceptualizaciones biológico-reproductivas y su comportamiento como parte de la práctica cultural cotidiana.

2.1.2 Específicos

- a) Determinar con qué frecuencia se utiliza la medicina tradicional y la medicina occidental.
- b) Establecer la confianza que deposita la comunidad en los medios terapéuticos tradicionales y occidentales.
- c) Determinar las concepciones y conceptualizaciones dominantes acerca de la reproducción humana.
- d) Establecer las posibilidades de aceptación que tiene la medicina occidental para la reproducción humana dentro de la comunidad tradicional.

2.2 HIPOTESIS

Sabemos que una sola proposición no basta para efectuar un análisis que centra su atención sobre toda una red sociocultural específica. En este sentido, presentamos tres hipótesis formuladas así:

- A. La frecuencia en la utilización de un cuerpo de creencias y prácticas médicas tradicionales está en correspondencia directa con la respuesta y adecuación a los marcos cognitivos del grupo y la intensidad de la penetración foránea.
- B. La confiabilidad en un sistema médico es mayor cuando se asienta en un entretejido cosmogónico psico-social, que regula el diagnóstico, el tratamiento y el efecto final en el sujeto.
- C. La dinámica etnorresistente que las comunidades imprimen en su calidad de dominados, acentúa las prácticas y conceptualizaciones sobre la reproducción biológica humana más fuertemente tradicionales.

2.3 Metodología

2.3.1 Métodos Generales

Este estudio dista mucho de reunir los requisitos para marcar un precedente positivo en cuanto a estudios integrales se refiere. Aunque nos adscribimos a una corriente particular, rechazamos toda adherencia dogmática que impida abordar otras perspectivas que enriquezcan los resultados. Si bien en el Marco Teórico predomina el método Estructural-Funcionalista, éste se combina con el método comparativo en el análisis y discusión de los resultados.

2.3.2 Técnicas y procedimientos

Debido a las limitaciones siempre presentes, el tiempo de estancia en la comunidad no sobrepasó los cuatro meses. Aunque la garantía de los resultados no fue amplia, el recurso y la técnica de la entrevista no estructurada (para el momento en que lo tratado fue el objeto de estudio), nos permitió relacionarnos con vecinos y familias del lugar, acentuando el carácter coloquial en este procedimiento. Obviamente, la confianza siempre es fundamental en el trabajo de campo, pero lo es más cuando el objeto analizado constituye un elemento de naturaleza íntima. Como se apuntó anteriormente, se contó con la colaboración de informantes del lugar. Para proceder a la instrucción sobre la actividad que desempeñaron, fijamos algunos requisitos para que la información obtenida fuera más confiable. El informante debería ser:

- Oriundo del lugar
- De uno u otro sexo (contando más con el sexo femenino por el perfil psico-social de los integrantes del grupo étnico).
- Casado(a) y con familia
- Edad comprendida entre los 20 y 49 años

Estos informantes dieron a su vez, las pautas para estructurar los cuestio-

narios que se pasaron a un número definido de habitantes. Su papel, pues, también abarcó la implementación de un grupo piloto. Se hizo un corto adiestramiento sobre la estructura gramatical del idioma kekchí, para asimilar por lo menos algunos términos populares que ayudaran a una mejor comunicación.

La forma en que se estructuró el instrumento para la realización de la encuesta estuvo fundamentada en un conjunto de indicadores asociados a nuestros objetivos e hipótesis. A saber:

- Rol por sexos
- Conducta sexual
- Edad
- Situación socioeconómica
- Grados de Bilingüismo
- Autodefinición étnica
- Religión
- Escolaridad
- Ocupación
- Grados de aculturación

La temática de las entrevistas y los cuestionarios giró sobre los puntos siguientes:

- Creencias y conocimientos sobre la concepción
- Creencias y conocimientos sobre el parto
- Creencias y conocimientos sobre el aborto
- Creencias y conocimientos sobre la sobrevivencia infantil
- Creencias y conocimientos ante la problemática de la salud e higiene
- Creencias sobre la lactancia

El énfasis de la investigación recayó principalmente en los tres primeros, por tratarse de la esencia del problema que abordamos.

HIPOTESIS VARIABLES

INDICADORES

-
- | | | |
|---|---|---|
| A | a. Independientes: El sistema sociocultural y el conjunto de elementos innovadores. | - Número de visitas al centro de salud o médicos locales. |
| | b. Dependientes: El grado de eficiencia de este sistema en la satisfacción de necesidades y empleo de recursos. | - Número de visitas a los médicos tradicionales de la comunidad.
- Frecuencia aproximada de compras en farmacias del lugar.
- Frecuencia aproximada de compras a los curanderos y yerberos del lugar. |
-

HIPOTESIS VARIABLES

INDICADORES

-
- | | | |
|---|---|--|
| B | a. Independientes: El marco cosmogónico psicosocial que un grupo crea e implementa. | - Buena o mala comprensión de los diagnósticos y terapéuticas dictados por los servicios médicos públicos. |
| | b. Dependientes: El origen más o menos identificado de los elementos de un sistema médico respecto al sistema mayor de creencias. | - Buena o mala comprensión que los diagnósticos y terapéuticas dictados por los especialistas médicos tradicionales.
- Tipos de enfermedades por los que se consulta a los médicos occidentales.
- Tipos de enfermedades por los que se consulta a los médicos tradicionales.
- Índice de curaciones efectivas en la medicina tradicional.
- Índice de curaciones efectivas en la medicina occidental. |
-

- C
- a. Independientes: Un sistema sociocultural global compuesto por grupos dominantes y dominados. Función y lugar de cada uno de ellos.
 - b. Dependientes: La intensidad y carácter de la presión aculturativa que implica una mayor conservación cultural por efectos de la etnorresistencia.
- Sobre el acto sexual: creencias sobre su función reproductora; como goce físico; aceptación de ambas.
 - Sobre la reproducción: creencias sobre la edad ideal para el casamiento, sobre las posibilidades de concebir en la primera unión, conocimiento del embarazo en relación a la frecuencia de relaciones sexuales, conocimientos y creencias sobre anticonceptivos, sobre planificación familiar.
 - Sobre el parto: Conocimientos y creencias sobre la duración del embarazo, sobre el feto, sobre el proceso del parto, sobre la reanudación de relaciones sexuales post aborto, embarazos después del aborto.
 - Sobre la supervivencia y la lactancia: Conocimientos y creencias sobre las causas de muerte infantil al momento del parto, enfermedades de los recién nacidos, signos que distinguen al niño sano del enfermo.
 - Sobre la adolescencia: Conocimiento de los procesos de desarrollo fisiológico adolescente.
 - Indicadores socioeconómicos: Desarrollo de la infraestructura de la comunidad, otras creencias y prácticas socioculturales, desarrollo de las campañas de información. Fuentes de trabajo y producción.

HIP. UNIDADES DE ANALISIS

METODOS

TECNICAS E INSTRUMENTOS

- | HIP. UNIDADES DE ANALISIS | METODOS | TECNICAS E INSTRUMENTOS |
|--|--|---|
| A. a. Pobladores, individuales y colectivamente. Personal del servicio médico occidental. Especialistas locales en medicina tradicional. | Muestreo selectivo de informantes clave.
Muestreo probabilístico de la población.
Observación directa no participante. | Entrevista estructurada o dirigida a través de una guía de entrevista.
Boleta de encuesta con preguntas abiertas o cerradas.
Observación ordinaria a través de una guía de observación. |

HIP. UNIDADES DE ANALISIS

METODOS

TECNICAS E INSTRUMENTOS

B a. Sujetos tratados por una o ambas de las fuentes médicas en calidad de pacientes y/o usuarios.	Muestreo selectivo de informantes clave. Muestreo probabilístico de la población. Observación directa no participante. Escala de actitudes.	Entrevista estructurada o dirigida a través de una guía de entrevista. Encuesta a través de un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas. Observación ordinaria por medio de una guía de observación. Construcción de una escala de actitudes.
--	--	---

HIP. UNIDADES DE ANALISIS

METODOS

TECNICAS E INSTRUMENTOS

C a. Pobladores, tanto en sus roles individuales como en las instituciones familiares que giran en torno al hecho de la concepción.	Síntesis bibliográfica. Muestreo selectivo de la población. Observación directa no participante.	Sistematización bibliográfica en fichas o diskettes. Entrevistas estructurada o dirigida por medio de una guía de entrevista. Encuesta por medio de una boleta. Observación ordinaria por medio de una guía de observación.
---	--	--

3. LA PROBLEMÁTICA DEL CAMBIO CULTURAL

La problemática crucial de toda nuestra dinámica sociocultural es la del contacto cultural entre dos sistemas muchas veces antagónicos, es decir, en desigualdad de condiciones para conservar sus elementos. La dependencia económica y social a la que nos vemos sujetos encuentra una modalidad muy utilizada: la de los programas de salud e higiene. A través de estos, se pretende introducir una serie de reformas arbitrarias a los patrones culturales de las comunidades tradicionales.

Los organismos internacionales encargados de establecer un patio al desarrollo en las regiones comunitarias culturalmente opuestas a tales sistemas, se dieron cuenta que una de las razones principales para la inoperatividad de sus programas de servicios, infraestructurales y sociales, era la incompatibilidad de códigos culturales. Por lo tanto, decidieron adquirir los servicios de profesionales y especialistas en ese tipo de problemáticas, lo que dió como resultado un nuevo enfoque en la elaboración de proyectos y programas interrelacionados para impactar a/en los distintos niveles de conciencia y actitud. En este sentido, se cuenta ya con la "Colaboración de antropólogos cuya misión principal es la de trasponer las barreras etnorresistentes que por siglos ha presentado la otra posición del contacto cultural". (A.I.D. 1975)

Bajo el enfoque del rol social, en el mismo documento (Foster, Colson, Hughes, 1975), se han vertido algunas premisas teóricas para examinar el proceso de adaptación de los agentes medicinales tradicionales: curanderos, comadronas, shamanes, brujos, etc. Estas premisas son:

1. El rol tradicionalmente prescrito del curandero presenta relativa seguridad hasta que las presiones del cambio cultural se presenten.
2. Entre las funciones antes del contacto, estaban las de mantener y/o asegurar la posición social. A pesar del prestigio tradicional, la competencia se manifestaba por medio de los niveles de éxito o fracaso entre los demás curanderos.
3. El control sobre las ventajas y desventajas de la dinámica competitiva crea una medida de seguridad proporcional antes del contacto.
4. El rol del curandero, sin contar su cobertura total o parcial, hace extensiva la calidad del prestigio hacia todas las demás actividades del sujeto. (Hughes, en Logan y Hunt, 1973:160)

Posteriormente al contacto, el individuo cuenta con las siguientes posibilidades de adaptación:

- a. Adaptación: a pesar de las diferencias etnosemánticas sobre los conceptos de la enfermedad, diagnóstico y cura, los sujetos de un grupo experimentan un contacto cultural con sociedades occidentales y establecen una diferenciación selectiva para el restablecimiento de ciertos desórdenes.
 - a.1. Se escoge la asistencia médica moderna en los casos en que la enfermedad supera a la capacidad de afrontar y resolver de la medicina tradicional (folk pragmatism). Algunas variables que definen más esta situación son: la posición económica, la educación "formal" y la movilidad ocupacional y espacial.

- a.2. Se opta por la asistencia tradicional en el orden de las alteraciones que no incapacitan físicamente al sujeto, según marcos cognitivos de la comunidad.

En visión del curandero existe, pues, un convenio tácito con el médico occidental. La nueva especialización emergente no rompe con el marco conceptual del subsistema médico de manera rotunda. El papel activo del curandero, que lo convierte en un agente incorporador y resintetizador de los elementos nuevos, permite que su rol no sólo sea cambiado totalmente, sino sometido (por el mismo) a refuncionalización.

Veamos las otras dos formas de adaptación que los antropólogos descubrieron:

- b. Atenuación: la constante introducción de elementos de la medicina occidental, "con ciertas ventajas en el orden económico" pueden conducir al curandero a adoptar una posición que ignore el contacto. Esta negación implica un desgaste progresivo del prestigio del sujeto, en su rol prescrito y en sus demás actividades al permitir que competidores más fuertes acaparen la función del rol o darle una función equivocada, es causa de la progresiva desaparición del curandero en una situación de aculturación.
- c. Emergencia: apelando al sentido de tradicionalidad de un grupo, y las consecuencias de poder derivadas de él en tanto existe en las visiones integrativas no occidentales una confluencia de magia, religión y medicina de sujetos inmersos en grupos en donde no esté institucionalizada la función de curandero, emergen como oposición a la introducción de la medicina moderna sujetos comprometidos con el rol de sanar. Otra modalidad de la emergencia es clara, en grupos que sí presentan sujetos designados para esa función, quienes pasan a papeles secundarios, asistentes o marginales del sistema médico foráneo. (Landy, 1973, en Logan y Hunt: Ibid.)

Como veremos, en enfoque se ha enriquecido; las premisas que ahora están vigentes para la implementación de programas son:

- a. Las formas institucionales y las prácticas clínicas de los sistemas médicos de las naciones tecnológicamente más avanzadas son los modelos apropiados para el desarrollo de servicios de salud en todas las naciones.
- b. Los programas de medicina y salud pública en las naciones en vías de desarrollo suelen ser más exitosos si con la planificación y operacionalización se consideran los factores socioculturales del grupo objeto o receptor.
- ċ. Los más exitosos programas de salud en estos países requieren conocimientos de los factores socioculturales y psicológicos inherentes a las organizaciones innovadoras y su personal profesional.

Según S. Surinshaw y E. Burleigh, el programa de salud actual de la OMS pretende (Scrinsshaw y Burleigh, en Velimirovic, 1978:44-45):

1. Promover un enfoque realista de la medicina tradicional a fin de mejorar la atención en salud.
2. Evaluar la medicina tradicional a la luz de la ciencia moderna a fin de aumentar las prácticas útiles y eficaces y desalentar el empleo de las dañinas.

3. Promover la integración de conocimientos y habilidades de valor comprobado en la medicina tradicional y occidental.

No obstante, según A. Alvarado, debido a que los sistemas científico y etnomédico son distintos, y en muchos casos incompatibles, ya que tienen su origen en distintas percepciones de la realidad, "cada uno de ellos debe tener su propia autonomía. Cualquier fusión o integración de conceptos de la enfermedad y el ejercicio de las artes curativas deben necesariamente desarrollarse dentro de cada sistema en una forma intrínsecamente congruente con dicho sistema. Así como cualquier innovación en el concepto de etiología y tratamiento de la enfermedad en el sistema médico científico debe ajustarse a normas bien definidas, congruentes con el método científico, las tentativas de integrar a la medicina científica en la etnomedicina deben ajustarse a las normas de dicho sistema" (Alvarado, en Velimirovic, 1978:24).

Es importante señalar en este sentido, que los esfuerzos integrativos de ambos sistemas médicos suelen fracasar al intentar involucrar a los especialistas médicos tradicionales. Los ancianos curanderos, los chamanes y otros sujetos de prestigio no son los mejores intermediarios del cambio sociocultural; por el contrario, los proyectos de desarrollo médico más exitosos han sido los que han tomado y adiestrado auxiliares jóvenes proclives a la modernización. "El joven promotor se establece en la comunidad con un nuevo prestigio (...), esto es, con una categoría que carece de antecedentes en la estructura jerárquica del grupo y, por tanto, sin que tenga que entrar al inicio en competición o conflicto con la función reservada al chamán. Paso a paso los auxiliares reducen el campo en que el chamán actúa y la gama de enfermedades que atiende (...) (que) quedan cada vez más bajo el cuidado del promotor de salud (Aguirre Beltrán, en Velimirovic, 1978:13).

Según AID y sus colaboradores, el principio básico de la innovación es que la medicina científica afrontará y resolverá los disturbios de salud ocasionados por fenómenos que este sistema maneje y que la medicina tradicional se hará cargo de los desórdenes que involucren procesos psicosociológicos en el diagnóstico y la curación (AID, op.cit.). Esta es una visión simplista y pragmática que no considera suficientemente los factores socioculturales y psicológicos de los grupos receptores.

Las propuestas de Foster para estimular la aceptación de los programas de acción se encuentran en las premisas siguientes:

- Se perciben ventajas personales en lo económico, social, psicológico y cultural.
- Se percibe el cambio como una posibilidad real.
- El costo económico es afrontable.
- El costo social no supera a la ventaja personal.

La cultura de la burocracia es para este autor uno de los principales obstáculos para hacer efectivos los programas, puesto que el personal de las organizaciones asume una actitud y acción basadas en sus propios patrones y no en el entorno sociocultural del grupo objeto-receptor. La incorporación de los sujetos detentores de la sabiduría médica tradicional es efectiva y comprobada en tanto reciba adiestramiento adecuado para hacer del proceso

innovador-aceptador un proceso más realizable, aunque el papel activo de estos sujetos se considere más bien transitorio. (Foster, 1968:181)

Para Grolling la noción de cambio pretendería de la innovación y el préstamo (difusión) analizando algunas cuestiones muy importantes sobre el éxito o la limitación del mismo. El autor afirma que:

- La medicina preventiva es, en general, el concepto cuya introducción resulta más dificultosa dentro de las sociedades tradicionales, ya que, generalmente, tales conceptos son considerados irrelevantes.
- La aceptación o rechazo estará fuertemente influenciada por el diseño de los programas médicos que se intenten introducir. Es especialmente ventajoso un programa que haga referencia a aspectos conductuales y sociales involucrados (edad, sexo, status social, identificación étnica, etc.).
- En algunos casos no importará la imagen de la práctica o programa que se introduzca, sino las ideas preconcebidas que la población pueda tener sobre el asunto. Las nociones análogas serán más fácilmente adoptadas que las que tengan una base estructural completamente distinta y exclusiva.

La conclusión más representativa de esta teoría es que los sistemas más estables y mejor adaptados al ambiente -verbigracia la medicina occidental-, tienden a mantenerse a través del tiempo. A decir del mismo Grolling, "las poblaciones con sistemas más eficientes reemplazarán o absorberán a las que tengan sistemas menos eficientes si estos grupos están compitiendo en el mismo ambiente". (Grolling, 1976:180)

Siguiendo a Adams, Woods y Graves en su libro **El Proceso Médico de Cambio en los Pueblos del Altiplano Guatemalteco**, representativo de los estudios culturalistas sobre el cambio sociocultural, analizan la dinámica de cambio que va desde la "comunidad indígena tradicional" hasta la "comunidad indígena ladinizada", a la ladinización como más o menos equivalente a la modernización, el abandono de rasgos culturales indígenas "clásicos", como el vestido y el lenguaje, como representación del cambio, la disolución de las organizaciones comunales tradicionales en el campo de lo ladino, etcétera, (Woods y Graves, 1973). Las modificaciones en las creencias y la conducta se deberían a fuerzas internas y externas que se refuerzan mutuamente, tendiendo finalmente a la búsqueda del beneficio material y estilos alternativos de vida.

En lo que se refiere a los sistemas médicos nativos, el sistema de creencias tradicionales incluiría ciertos elementos relacionados: a. las infracciones a un código moral y la mala suerte; b. un modo de vida preordenado y/o vagamente definido; y c. un enorme panteón de agentes sobrenaturales que tienen poder absoluto sobre la vida y la muerte (Woods y Graves, 1973:13). Estos tres factores, la creencia en una suerte personal predeterminada, la afiliación a un código de conducta con "pocas posibilidades alternativas" y el sentimiento de impotencia ante la acción de las fuerzas sobrenaturales, afectarían las concepciones indígenas sobre su propio sistema curativo. A pesar de esto, las prácticas curativas tradicionales suelen mantenerse más o menos secretas para evitar las incursiones ladinas en este campo. Los especialistas (los que saben) pueden tener o no el reconocimiento de los especialistas ladinos, pero en todo caso sus procedimientos incluyen: 1. Diagnóstico; 2. búsqueda de la causa de la enfermedad; 3. aplicación de los métodos sobrenaturales

apropiados; y 4. administración de procedimientos y remedios secretos.

En todo caso, los especialistas gozan de mayor credulidad que los ladinos, no importando si estos aplican igualmente los métodos tradicionales. Los doctores, farmacéuticos y el shamán son considerados "fuentes mayores" de curación, mientras que las enfermeras, clínicas parroquiales y espirituales, se consideran "fuentes menores" (Woods y Graves, 1973:14).

La utilización de los servicios de una u otra fuente se relaciona con cuatro factores: 1. Síntomas de la enfermedad; 2. el conocimiento de casos y curaciones semejantes; 3. las alternativas de curación que ofrezca una u otra fuente; y 4. el costo. Los ladinos tienden a acudir a los especialistas "mayores" durante las primeras fases de la enfermedad, mientras que los indígenas, por el contrario, sólo acudirán a estos especialistas si los síntomas se agudizan, si los especialistas menores no tienen éxito, o si el caso se agrava. Más allá de estas consideraciones básicas, la adhesión a una "economía ladina" por parte de los indígenas puede también influenciar la elección de los especialistas occidentales.

Para explicar la tremenda tenacidad de los indígenas tradicionales en el mantenimiento de un sistema de creencias médicas refractario a la modernización, la innovación y otras panaceas occidentales, los autores sugieren que un cambio verdaderamente significativo solamente ocurre cuando existe una exposición a los estilos de vida modernizadores y una tendencia a la innovación, predisposición que sólo se alcanza adoptando a priori conductas novedosas. El cambio sigue la siguiente dirección: la exposición facilita la tendencia a la innovación, ésta produce la aceptación de prácticas médicas modernas, que a la larga necesitarán un cambio en el sistema tradicional de creencias.

Si el inicio de la cadena es la exposición a la modernización, debe sin embargo existir un "requisito" previo a ésta: una predisposición, así sea un grado mínimo, a la aceptación de las implicaciones del modernismo.

4. ALGUNAS CONSIDERACIONES ANTROPOLOGICAS SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL

El desarrollo de la teoría antropológica se ha caracterizado por la emergencia de corrientes, escuelas y doctrinas que en cada contexto histórico-social determinado han propuesto discursos y metodologías que pretenden abarcar aspectos totalizadores de la sociedad. En este sentido, la elección exclusiva de una corriente es inadecuada porque nunca un sólo cuerpo teórico bastará para describir, analizar e interpretar una realidad sociocultural concreta.

Las tres cuestiones fundamentales a considerar en este capítulo son las siguientes:

1. La abstracción científica sobre los sistemas médicos tradicionales.
2. Las conceptualizaciones sobre la reproducción humana en el área mesoamericana-guatemalteca.
3. El cuerpo de creencias y conceptualizaciones de una cultura específica practicada por una etnia determinada.

Aunque a primera vista pareciera ser lo mismo, no hay que confundir antropología médica con etnomedicina. La primera constituye el cuerpo teórico-metodológico que estudia a la segunda, interesándose en la problemática biocultural de creencias y prácticas terapéuticas de los sistemas socioculturales no occidentales. El término etnomedicina se refiere a "aquellas creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad que son productos del desarrollo cultural indígena y que no se derivan explícitamente del campo conceptual de la medicina moderna" (Hughes, 1973; en Logan y Hunt, op.cit.).

Aunque todos los sistemas culturales incluyen cierto conocimiento sobre las enfermedades, su clasificación y su etiología, "Toda respuesta cultural efectiva a las enfermedades requiere patrones de discriminación y categorización de los síntomas, aún si el tratamiento se basa principalmente en el método de ensayo y error" (Hughes, Ibid.)

Aún así, todas las teorías sobre la enfermedad alcanzarían su mayor relevancia en el orden moral, es decir, en el control de la conducta social humana. La curación reintegra al "desviado" al ámbito de lo socialmente aceptable, elimina la culpabilidad, sirve como expiación y garantiza al paciente el perdón social por cualquier transgresión. La cura, en este sentido, sería la garantía de la cohesión social, que el transgresor habría roto momentáneamente. Casi todos estos sistemas médicos incluyen una serie de causas de enfermedades: 1. Causas naturales, 2. rompimiento de un tabú o regulación social, 3. los espíritus de los antepasados, 4. fantasmas; (5-6). brujas y hechiceros, 7. dioses o espíritus benignos, 8. dioses o espíritus malignos, 9. magia practicada por no especialista, y 10. pérdida del alma. En algunas sociedades sólo se aceptan por lo menos dos causantes mayores de los estados patológicos (Grollig, 1976; Ghidinelli, 1981; Urizar, 1983).

1. Causas naturales: Se excluye la muerte accidental o natural. Esta categoría incluye más bien ciertas condiciones causadas por elementos ajenos al campo sobrenatural, como comidas indigestas, cambios de temperatura, vientos y brisas fuertes, sangre o aire atrapados en el cuerpo, etcétera.
2. Rompimiento de un tabú o una regulación social: Los tabús pueden alcanzar

a actos específicos, considerados desviaciones por el grupo general, o al contacto con cosas, objetos y animales considerados nocivos. En general suele haber una combinación de ambos; por ejemplo la prohibición a las mujeres embarazadas a ingerir cierto tipo de alimentos, vivir ciertas situaciones o relacionarse con cierta gente.

3. Espíritus de los antepasados: En algunas sociedades los ancestros pueden actuar sobre sus descendientes vivos produciéndoles estados de angustia, y aún peligro físico. En estos casos, los "vivos" deben protegerse de las incursiones de sus ancestros. Un acto malévolo llevado a cabo por un antepasado puede seguir afectando a sus descendientes, que pueden considerarse igualmente merecedores de castigo o enfermedad.

4. Fantasmas: Se suele establecer una separación entre los antepasados y a acción de los espíritus no familiares. En algunos casos, los espíritus de los antepasados pueden ser benignos y sus incursiones sirven solamente como medio de control social, mientras que los espíritus no familiares son vistos como potencialmente malignos, responsables del mal y de la falta de suerte que puedan aquejar a los vivos.

(5-6) Brujos y hechiceros: Un brujo es un individuo imbuído de poderes sobrenaturales que utiliza para causar daño. Aunque son capaces de utilizar medicinas y magia, son criaturas con poderes semisobrenaturales que utilizan malignamente para transformarse en animales, volverse invisibles, volar. Los hechiceros, por le contrario, son individuos con conocimientos especiales que pueden usar para el bien o para el mal indistintamente. El status de brujo es hereditario y a veces involuntario; los hechiceros pueden ser entrenados por otros hechiceros; mientras que los brujos suelen permanecer ocultos, los hechiceros pueden practicar sus habilidades más abiertamente, inclusive dentro del campo de la medicina, las condiciones climáticas, los cultivos, etcétera.

La enfermedad también puede ser considerada como proveniente de la brujería o hechicería, pero en otros casos se puede apelar al hechicero para la curación. "Puesto que los hechiceros pueden actuar para el bien o para el mal, su status dentro de la comunidad es a menudo ambiguo y los sentimientos hacia ellos, ambivalentes" (Grollig, 1976:147).

7. Dioses y espíritus benévolos: La violación de un tabú es castigada a menudo por alguna entidad sobrenatural. A los dioses se los culpa o se los alaba por la suerte o la falta de suerte individual, aunque generalmente se reconoce que actúan porque se ha roto una culpa o quebrantado un tabú.

8. Espíritus malignos: Existen fuerzas sobrenaturales, a veces personificadas, que pueden producir estados patológicos. Mucha de la medicina preventiva no occidental está dirigida precisamente contra este tipo de seres. La "no racionalidad" de la medicina no occidental puede, según Grollig, tener mucho que ver con estas creencias, vistas por él como disfuncionales desde el punto de vista de la teoría médica.

9. Magia practicada por no especialistas: Muchos sistemas de creencias apoyan la posibilidad de que individuos no especializados, o no particularmente dotados para el uso de poderes sobrenaturales, pueden sin embargo causar enfermedades utilizando magia o brujería.

10. Pérdida del alma: En algunos casos la enfermedad no provendría del exterior sobrenatural sino se inicia internamente. La dicotomía mente-cuerpo puede o no ser rígida en los sistemas tradicionales para favorecer la creencia en un estado en el que el alma abandona el cuerpo. Se afirma que existe una relación directa entre la cantidad de conocimiento "esotérico" en un sistema de creencias médicas y el status del practicante médico. Un sistema esotérico aumentará el status profesional del doctor nativo y le permitirá afirmar su influencia, directa o indirecta, sobre dominios extramédicos inclusive (Grollig, 1976:149). El control que al chamán o al terapeuta se le acredite sobre los eventos sobrenaturales le asegura mantener el buen estado de su grupo.

Para las sociedades no occidentales, la explicación del estado de enfermedad se basa sobre todo en un "Common-sense empiricism": lo que resulta, sirve. Cuando fallan las prácticas basadas en este empiricismo, surge cierto tipo de explicación trascendente, en cierto modo metafísica.

En todo caso, el pensamiento tradicional sobre la patología no tiene la base racionalista del pensamiento occidental. La lógica positivista y la explicación científica de la causa y el efecto no podría prevalecer como paradigma en estas sociedades, sobre todo considerando que es difícil probar la ineficiencia de un sistema de creencias que, al igual que el occidental, tiene una lógica interna y referencia a la causa y el efecto, coherentes dentro de su propio contexto. En este sentido, los sistemas de creencias tradicionales son "cerrados", es decir, no permiten explicaciones alternativas que no sean las derivadas del cuerpo teórico-empírico ya establecido y que forma el eidos cultural de determinado pueblo. Sin embargo, no se afirma que la "falta de opciones" en la explicación de la patología sea total, más bien que toda teoría de la enfermedad "es siempre relativa a las condiciones en que ocurre. (...) las teorías tradicionales sobre las causas de las enfermedades van más allá del nivel de razonamiento con sentido común y producen una cosmología de las categorías de enfermedad mucho más amplia" (Morley, 1978:16).

Las prácticas terapéuticas de la etnomedicina encuentran su concreción conceptualizadora en hechos sobrenaturales y empíricos de la enfermedad. En tanto exista uno o más agentes sobrenaturales involucrados en un desorden psicofisiológico, el delegado para establecer el orden (curandero, shamán, brujo, yerbero, etc.), invocará y practicará ritos en el mismo orden trascendental. Aunque esta práctica es efectuada en tanto procura un resultado psicosocial de balance (catarsis, confianza, alivio físico) es probada la existencia de vastas farmacopeas y técnicas quirúrgicas, traumatológicas y terapéuticas tradicionales.

Mucha de la controversia mágico-científica que se produce en torno a la medicina tradicional se fundamenta en realidad en el paradigma etnocéntrico del marco epistemológico inductivo moderno. Sin embargo, ambos marcos resultan similares, ya que se refieren a la cura de un desorden en el margen de éxito de una predicción. La diferencia real estriba en que las proposiciones teóricas de esa predicción, en la etnomedicina, están determinadas de modo causal más que funcional con el fenómeno. Hay que agregar, sin embargo, que en sus respectivos contextos la efectividad de las coincidencias nivela la falta de sistematización filosófico-científica de estas prácticas. Los marcos conceptuales de la etnomedicina son instrumentos del proceso adaptativo total: se transforman cuando su efectividad se reduce y permiten la entrada de otras variaciones propias o adoptadas. "La condición de salud y enfermedad es universal; tenemos

que los procesos son invariables, mientras que las mentalidades, por efectos de la adaptación, son variables" (Morley, 1978:14).

La resistencia de la medicina tradicional a la occidentalización de sus prácticas se deberá a que en general es más que un simple sistema de creencias: puesto que está relacionada con los sistemas religiosos y mágicos y con las reglas morales del grupo, es más que un simple cuerpo práctico de teorías y tratamientos con fines exclusivos y unidos. A decir de Aguirre Beltrán en el proceso de aculturación que se inicia con el contacto de la medicina científica con la indígena, resulta evidente que "no es una fusión de los conceptos en que las dos medicinas opuestas basan su ejercicio, sino en la superposición de estos conceptos, lo que facilita la sustitución de una u otra medicina. No obstante, la medicina científica tiende a desplazar, lenta pero inexorablemente, a la medicina tradicional, aún cuando tenga que tolerar su práctica paralela en el tratamiento de aquellas enfermedades que provocan una mayor angustia en los enfermos y sus familiares, o simplemente permanezcan en reserva para acudir a ella en estos casos" (Aguirre Beltrán, en Velimirovic, 1978:14).

5. ALGUNAS ESCUELAS ANTROPOLOGICAS Y SUS ENFOQUES HACIA LA ETNOMEDICINA

Existe una abundante bibliografía acerca de los cuerpos de creencias, conocimientos y prácticas para diagnosticar, clasificar y curar en las sociedades no occidentales (véase Bibliografía General, Cap. 14). Esto denota que el interés en la problemática médica ha estado presente desde los inicios de la antropología, ya sea en estudios anatómicos, biológicos y terapéuticos. De este cuerpo teórico se pueden desprender tres premisas generales:

1. El carácter de la enfermedad es común a todos los grupos humanos.
2. El desarrollo de métodos y actitudes, por parte de los grupos, congruentes con sus recursos y estructuras para responder a la enfermedad, también común por extensión.
3. Todos los grupos desarrollan un cuerpo de creencias, conocimientos y percepciones, acordes a sus matrices culturales, para definir y clasificar las enfermedades (tomando el término enfermedad en un sentido más amplio de desórdenes psico-fisiológicos). (Logan y Hunt, 1973:193).

Para la cronología teórica del abordaje de la medicina antropológica tomaremos como estudios representativos de distintos momentos históricos para analizar el problema médico-antropológico, los siguientes:

- Los de la escuela Difusionista (v.g. W.H.R. Rivers)
- Los de la escuela Particularista Histórica (Forrest Clemens)
- Los de la escuela Relativista Cultural (R. ackernecht)
- Los de la escuela de la Antropología Aplicada (Benjamin Paul)
- Los de la escuela Ecologista (Livingstone, Wiesemeld, Dunn, McCracken, Fábrega y Colson, y Shelby)

Rivers, de la escuela Evolucionista, propone un esquema acerca de la enfermedad y sus conceptualización a través de una dinámica de difusión y degeneración. Presenta como variables independientes tres tipos de visiones del mundo: a. Mágica; b. Religiosa; y c. Naturalista. Como variables derivadas dependientes presenta los tipos de creencias sobre la enfermedad según cada visión: a. Manipulación humana de fuerzas; b. fuerzas sobrenaturales; y c. procesos naturales relacionados casuísticamente. Relacionado con esto, sugiere las siguientes prácticas o comportamientos en el tratamiento: a. Hechizo o contrahechizo; b; apelación o propiciación de las fuerzas sobrenaturales; y c. tratamientos naturales de las enfermedades (Rivers, 1924: en Logan y Wallis, op. cit.). Para el doctor Rivers, la tercera visión del mundo corresponde a la práctica médica occidental, mientras que las dos primeras existen o coexisten en las sociedades primitivas o tradicionales (Rivers, Ibid.)

Debido al momento antropológico en el cual Clemens desarrolla su trabajo, su enfoque cabe dentro de la línea particularista histórica norteamericana. Su esquema se basa en la frecuencia e intensidad del intercambio cultural. Esta interpretación difusionista se apoyaba en una metodología clásica de áreas culturales: registrar los intercambios como aparecieran en la literatura espe-

cializada y a continuación inferir las secuencias temporales y las rutas espaciales más probables. Sin embargo, Clemens presenta la clasificación más aceptada de las causas de la enfermedad en las sociedades no occidentales: brujería y transgresiones de tabús, la intrusión de enfermedad por un objeto, la intrusión de enfermedad por un espíritu y la pérdida del alma. Sus variables independientes eran los factores histórico-geográficos de la difusión y el proceso de invención independiente; las dependientes eran la distribución mundial de los rasgos conceptualizadores y las relaciones temporales espaciales, y los orígenes y rutas de los intercambios (Logan y Hunt, op.cit.).

Ackernecht también es representante del pensamiento antropológico de su época (1949). Sus trabajos consiguen una síntesis entre el funcionalismo británico y la herencia boasiana a través de Ruth Benedict. Su visión de la antropología médica era la de un patrón cultural relacionado funcionalmente a una configuración sociocultural. Sus premisas fundamentales son: a. Unidad de análisis: no un rasgo sino una configuración cultural de la sociedad, como el estudio del lugar que el patrón médico ocupa en la sociedad; b. aceptación de la existencia de tantas medicinas como sociedades; c. aceptación de la interrelación funcional de todos los elementos del patrón médico; d. la preeminencia de la antropología como principal intérprete de las cuestiones de la medicina tradicional; y e. aceptar que toda medicina primitiva es mágico-religiosa.

Para B. Paul el sistema médico existía dentro de un sistema orgánico mayor: la cultura. Sus trabajos siguen la línea de la antropología aplicada en un afán de presentar posiciones concretas en forma de programas de salud. Su premisa básica se basa en que la respuesta de un sistema médico sociocultural a la introducción de nuevos elementos debe verse en función de la interacción de ambas partes (Paul, 1955; en Logan y Hunt, op.cit.).

Por último, en el aporte ecologista, tenemos la propuesta que, en base de enfoques biológicos y culturales, ve a los sistemas médicos como efectos recíprocos del medio ambiente y el hombre: la adaptación del último al primero, la acción transformadora del hombre y, nuevamente, la acción estimuladora o casual de este entorno manipulado. Los puntos de referencia no son los síntomas de enfermedad en un individuo sino la compleja cadena de eventos y procesos involucrados en el ciclo de enfermedad (Kochar, V, en Grollig, 1976:290). En este sentido, las poblaciones entre las que se identifica y estudia la enfermedad, las "poblaciones interactuantes e interdependientes" involucradas en un ciclo de enfermedad "constituyen una red ecológica compleja (...). En vez de pensar en términos de causalidad (de una enfermedad) o en términos de poder de asociación entre un grupo de variables y una causa final (la enfermedad), una perspectiva alternativa es pensar en términos de regulación-no regulación de poblaciones y de las interacciones entre poblaciones en puntos específicos de la historia natural de las poblaciones" (Kochar, Ibid:291). El objetivo implícito en esta teoría es "explorar la función subyacente de los patrones de conducta específicos y de los usos sociales en la regulación de un ciclo de enfermedad (...) (y, segundo) relacionar estos patrones a varios otros aspectos de una cultura que tengan que ver en la regulación de enfermedades" (Kochar, Ibid.).

6. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANALOGAS EN GUATEMALA

En Guatemala el tema etnomédico ha sido abordado ampliamente. Aunque para los objetivos de esta investigación se consultaron principalmente estudios norteamericanos incorporados a la dinámica de la asistencia internacional (v.g., Woods y Graves, 1973; Logan y Hunt, 1978; Foster, 1975; Grollig, 1976; etc.), es importante mencionar otros estudios sobre este tema realizados en Guatemala, especialmente aquellos publicados por el Instituto Indigenista Nacional (Adams, 1952; Ghidinelli, 1981; Rodríguez Rouanet, 1969; Avila, 1977; Solien, 1971; etc.), el Seminario de Integración Social Guatemalteco (Wagley, 1957; etc.), el Centro de Estudios Folklóricos de la Universidad de San Carlos (Villatoro, 1982, 1983, 1986; Torres, 1984; Figueroa, 1984; Hurtado, 1984; Cáceres, 1984; etc.), y las publicaciones de la Editorial Universitaria de la USAC. Estas referencias, y otras, pueden encontrarse al final de este capítulo, así como en la Bibliografía general.

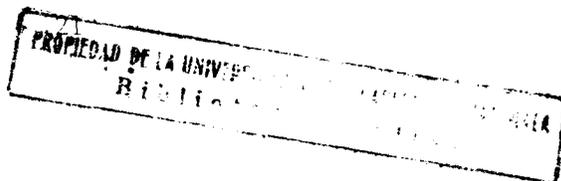
En 1973, Woods y un colaborador efectuaron un estudio estadístico sobre las causas y efectos del contacto cultural occidental-indígena en un pueblo del altiplano guatemalteco. Sus Conclusiones giran en torno a la dinámica aculturativa dentro de los procesos ideológicos. Woods acepta que los indígenas guatemaltecos de esa región "ya piensan en términos occidentales". En lo referente a los sistemas (y sobre todo a los agentes) médicos tradicionales, el autor afirma la existencia de cambios esenciales en función de los costos sociales y económicos más que los procesos culturales. Logan y Hunt (1978) reunieron materiales más profundos y mejor distribuidos en los aspectos particulares de la disciplina etnomédica basados en la teoría de la "crosscultural dynamics". Siempre en el mismo estilo, Morley y Wallis presentan un año después otra colección de ensayos etnoédicos (Morley y Wallis, 1979).

En el congreso organizado por AID en 1975 (AID, 1975) participaron, entre otros, el Ministerio de Salud de Guatemala, el presidente de AID y una lista considerable de autores que reunieron esfuerzos para enunciar la definitiva incorporación de la ciencia antropológica a los servicios internacionales, el cambio en la conceptualización de estos hacia los grupos receptores de la ayuda, y los aportes aplicados en el campo de la salud y la higiene.

La cantidad de trabajo sobre el tema específico de la reproducción humana entre grupos indígenas guatemaltecos es más limitada. Entre las tesis de profesionales médicos (v.g., Mencos Santos, 1976; Vidaurre Baldizón, 1976; Roca Sandoval, 1976; Sac Velásquez, 1981; Martínez Galvez, 1978, etc.), pueden encontrarse análisis sobre aspectos específicos de este tema, si bien con una orientación distinta a la que pueda privar entre los científicos sociales.

Entre otros trabajos consultados cabe destacar el de la investigadora Rosario Saquic C., quien en 1970, comisionada por el IIN, realizó un estudio sobre la familia indígena y la planificación familiar tomando como base un muestreo de algunas aldeas de Totonicapán y Sololá, contando con la colaboración de los centros de salud de estos lugares.

Cuando se proclamó en 1974 el año mundial de la población, se consideró un estudio en relación a los conocimientos y actitudes sobre la reproducción humana, en un trabajo preliminar, realizado por miembros de la división de biología ambiental del INCAP. Como resultado de esta serie de estudios longitudinales, se abordó el fenómeno en forma intracomunitaria en la población de



Santa María Cauqué, departamento de Guatemala. El informe final está firmado por Bertha García y colaboradores.

En 1978 Juan José Hurtado llevó a cabo un trabajo extenso y minucioso sobre las prácticas relacionadas con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto en el estado nutricional de la madre. Se tomó como universo de estudio algunas comunidades de los departamentos de Huehuetenango, Sololá, Guatemala, Jutiapa, Quiché, etc.

6.1 Bibliografía etnomédica guatemalteca

Adams, Richard

1952 "Prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala". En Guatemala Indígena, No. 17, IIN, Guatemala.

Avila, César Augusto

1977 "Creencias populares sobre la etiología de la caries y el dolor dental en grupos indígenas kekchíes". En Guatemala Indígena, Vol. XII, Nos. 1-2, IIN, Guatemala.

Cáceres, Armando y Lidia Girón

1984 "Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala". En Etnomedicina en Guatemala, CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Cáceres, Edgardo y Armando

1984 "Revalidación cultural y transferencia de recursos terapéuticos para mejorar la atención de salud en áreas rurales de Mesoamérica". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Dieseldorff, Erwin

1940 Las plantas medicinales del departamento de Alta Verapaz. Tipografía Nacional, Guatemala.

Figueroa, Horacio

1984 "Algunos aspectos de medicina tradicional". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

García Antillón, Jorge Eduardo

1984 Análisis del impacto del control de la natalidad en la familia guatemalteca. Tesis, Facultad de Derecho, USAC, Guatemala.

García, Bertha, et al.

- 1978 "Creencias y conocimientos sobre biología de la reproducción en Santa María Cauqué", en Guatemala Indígena, Vol. XII, IIN, Guatemala.

Gehler Mata, Carlos

- 1980 Vida, enfermedad y muerte en Guatemala. Editorial Universitaria, Colección Monografías, No. 8. USAC, Guatemala.

Ghidinelli, Azzo

- 1981 "La investigación etnomédica y su sectorialización". En Guatemala Indígena, Vol. XVI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Guadrón de Cifuentes, Ana Emilia

- 1976 Factores socioculturales que inciden en la utilización de los servicios de salud en Patzún, Chimaltenango. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Hurtado, Elena

- 1984 "Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena del altiplano de Guatemala". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Hurtado, Juan José

- 1977 "Algunas ideas para un modelo estructural de las ciencias en relación con la enfermedad en el Altiplano de Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. III, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

- 1978 "Prácticas relacionadas con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto sobre la salud y el estado nutricional de las madres y niños de edad baja en Latinoamérica". En Guatemala Indígena, Vol. XII, Nos. 3-4. IIN, Guatemala.

Johnston, John R.

- s.f. Catálogo de plantas medicinales del departamento de Alta Verapaz. Tipografía Nacional, Guatemala.

Martínez Gálvez, Edgar Ariel

- 1978 Realidad de la planificación familiar en Baja Verapaz. Guatemala.

Mellen, Ann George

1974 "El uso de las plantas medicinales en Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. IX, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Mencos Santos, María V.

1976 Diagnóstico de la situación de salud del grupo materno-infantil en el municipio de Agua Blanca, Jutiapa. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Quintana, Epaminondas

1970 "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala". En Congreso Panamericano de Historia de la Medicina. Edit. Pineda Ibarra, Guatemala.

Roca Sandoval, Héctor Rafael

1976 Modelo de programa materno-infantil con proyección a aplicarse en el municipio de San Sebastián Huehuetenango. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Rodríguez Rouanet, Francisco

1969 "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala". En Guatemala Indígena. Vol. IV, No. 2, Diciembre. IIN, Guatemala.

Rogoff, Bárbara

1977 "Etnografía del desarrollo del niño en una comunidad maya en proceso de modernización". En Guatemala Indígena, Vol. XI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Roque, José María

1941 Flora médico guatemalteca. Tipografía Nacional, 1941.

Rosel, Enrique

1964 La medicina entre los mayas. tesis. Facultad de Medicina. USAC, Guatemala.

Ruano Reyes de Méndez, Hilda

1975 Análisis de la planificación familiar en Guatemala. Tesis, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala.

Rubio, O. Gonzalo

1976 "Medicina indígena actual". En Guatemala Indígena. Vol. XI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Sac Velásquez, Luis Angel

1981 Análisis del funcionamiento y resultados del programa de planificación familiar en la clínica "MAN" en San Juan Ostuncalco. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Saquic C. Rosario

1970 "La familia indígena y la planificación familiar". En Guatemala Indígena, Vol. V, Nos. 2. IIN, Guatemala.

1971 "Aspectos de la medicina popular en Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. VI, No. 1, Marzo. IIN, Guatemala.

Solien, Nancie

1971 "Creencias médicas de la población urbana en Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. VI, No. 4. IIN, Guatemala.

Torres, Miguel F.

1984 "Utilización ritual de la flora psicotrópica en la cultura maya". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Urizar Méndez, César

1983 Contribución de los curanderos tradicionales a la solución de la problemática de salud en Guatemala, un enfoque antropológico. Tesis, Escuela de Historia, USAC.

Vidaurre Baldizón, José Rafael

1976 Diagnóstico de salud del grupo materno infantil de la población de San Antonio Senahú, Alta Verapaz. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Villacorta, J.L.

1976 Historia de la medicina, cirugía y obstetricia prehispánicas. Guatemala.

Villatoro, Elba

1982 "Vida y obra de los curanderos del Petén, Guatemala". En La Tradición Popular, No. 38, CEFOL, USAC, Guatemala.

1983 "La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala". En La Tradición Popular, Nos. 42/43, CEFOL, USAC, Guatemala.

1984 "La medicina tradicional en Guatemala: aspectos históricos". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Colección Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

1986

"El baño de vapor tradicional, un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco". En La Tradicion Popular, No. 59. CEFOL, USAC. Guatemala.

Woods, Clyde M. y Theodore Graves

1973

The process of medical change in a highland guatemalan town. L.A. Medical Center: University of California.

7. ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS CREENCIAS Y CONCEPTUALIZACIONES DE LA ENFERMEDAD Y LA REPRODUCCION HUMANA EN LA CULTURA INDIGENA GUATEMALTECA

Entre los antiguos pueblos indígenas guatemaltecos la medicina herbolaria estaba estrechamente relacionada con la religión, la política y la brujería y únicamente reservada a la clase sacerdotal. Durante la conquista y la colonia, los indígenas aceptaron otros conceptos europeos, pero no abandonaron sus prácticas medicinales, aunque eventualmente aceptaron algunas plantas extranjeras para sus tratamientos (Mellen, 1974).

Para los sacerdotes médicos prehispánicos y para muchos curanderos en la actualidad, el hombre, por su naturaleza, es parte de la divinidad y la anatomía humana, reproduce la del universo. La parte superior del cuerpo corresponde al plano celeste y la parte inferior al terrestre, mientras que el ombligo corresponde al centro del mundo. Así como el cuerpo humano es un sistema en equilibrio, también el universo está regido por ciertas leyes que como fuerzas divinas lo mantienen en equilibrio. El microcosmos humano es parte de este sistema ecológico y el modo en el cual el grupo se armoniza con el medio determina cualitativamente la cultura. Sólo ajustándose perfectamente al ambiente la comunidad resolverá sus problemas de sobrevivencia (Ghidinelli, 1986:86).

La antropología social ha establecido definitivamente que la medicina es un producto cultural del grupo humano. La primera reflexión que tenemos que hacer a partir de lo anterior, para ubicar el sistema médico tradicional mesoamericano de las comunidades que existen como una prolongación sintetizada del choque cultural indígena y español, es que la diferenciación tecnoeconómica y tecnológica, por ende social y cultural, crea en la mentalidad americana nativa una integración del hombre y la naturaleza en un afán más justificativo que explicativo. La multirelación de todo el ambiente real y creado, ecosistema, religión, magia y brujería hace que aspectos de un orden abarquen dominios de otro y que un hecho afecte de manera directa o indirecta a toda la red de relaciones. El sistema cultural de creencias y prácticas sociales o familiares se expresa con normas consuetudinarias que tienen la función de prevenir una enfermedad o asegurar el normal funcionamiento del cuerpo humano.

La relación causa efecto no occidental se maneja en los órdenes físicos y metafísicos, siempre en busca de un balance entre el bien y el mal. El objeto de los ritos propiciatorios se deriva del afán de garantizar el orden natural, la secuencia exacta de las estaciones junto con el crecimiento y el rendimiento del maíz y del frijol. El sistema de vida debe ser funcional para sobrevivir y está sancionado en las costumbres de la comunidad. Violar una de estas normas trae inexorablemente como consecuencia el castigo sobrenatural. Uno de los castigos divinos es la enfermedad, aun cuando es considerada como determinada por causas inmediatas naturales. (Ghidinelli, 1986:86).

Los aspectos de la vida cotidiana y cognitiva están relacionados entre sí al punto que las "categorías de diagnóstico patológico" reflejan la siguiente situación (categorías etiológicas):

Causas sobrenaturales	/	Causas no sobrenaturales
Causas últimas o mediatas	/	Causas inmediatas

Las causas sobrenaturales: Son las que sitúan el origen de la enfermedad en causas sobresensibles, fuerzas y agentes malévolos o acciones no observables directamente, verbigracia la brujería, la posesión por espíritus o demonios, el susto y el mal de ojo.

Las causas no sobrenaturales: Se basan en relaciones de causa efecto observables, sin tomar en cuenta la exactitud de las observaciones.

Las causas inmediatas: Se relacionan con las no sobrenaturales y se refieren a las enfermedades en términos de su agentes patogénicos perceptibles. Explican cómo se materializan las enfermedades.

Las causas últimas: Explican por qué suceden. (Morley, 1979:2)

7.1 Categorías conceptuales de enfermedades en la cultura indígena guatemalteca

- a. Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo: (Hurtado, 1973)

Son las producidas por una alteración en la mecánica del cuerpo y consecuentemente el tratamiento se hace por medios mecánicos. Ejemplos: mollera caída, cuajo caído, cachetes caídos, estómago caído, varillas caídas.

- b. Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional: (Hurtado, Ibid.)

Categoría cognitiva que muchas veces atribuye causas emocionales a desórdenes físicos, ejemplo: "Estar chipe" pre y postnatal, sobrepeso, enfermedades semiemocionales de la madre después del parto y enfermedades que los psicólogos occidentales considerarían parte de su campo.

- c. Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío: (Hurtado, Ibid.)

Se trata de mantener un ajuste particular en relación a conceptos de frío y calor: no solamente orgánicos sino también extraorgánicos. Sería posible dar una enorme cantidad de ejemplos en relación a los alimentos que se consideran "fríos" y "calientes" y por ello son consumidos en determinadas combinaciones o con particulares precauciones para evitar la enfermedad.

- d. Enfermedades producidas por la pérdida del alma: (Ghidinelli, 1981).

Para los indígenas, la unión alma-cuerpo no es indisoluble durante la vida de un individuo. Una persona en un momento particular, como resultado de un pánico o temor intenso puede perder el alma, una persona ante la aparición de un espanto o ser sobrenatural, la caída en un pozo, lago o río, o cualquier otra circunstancia que le produzca bruscamente gran temor, enfermará de "susto".

El tratamiento único para esta condición es obviamente hacer retornar el alma al cuerpo. Existe todo un ceremonial mágico-religioso que permite recobrar o devolver a un paciente el alma para que recobre la salud. "Enfermedades físicas como la desnutrición, pueden ser interpretadas como resultado de la pérdida del alma.

- e. Enfermedades causadas por la influencia de otros seres naturales o sobrenaturales: (Hurtado, 1973:19-20)

El mejor ejemplo es el "mal de ojo" clásico, que afecta a los niños en diversas situaciones (proximidad de un borracho, una persona "de goma", una mujer embarazada o menstruando). Es una enfermedad muy temida y existen muchos procedimientos para prevenirla, diagnosticarla y tratarla. Se incluyen en esta categoría las enfermedades producidas por seres o medios sobrenaturales, desde las consideradas "castigos de Dios" hasta las producidas por brujos y medios mágicos.

- f. Enfermedades producidas por parásitos intestinales: (Hurtado, Ibid.)

Como ejemplo puede citarse el "alboroto de Lombrices". La presencia de parásitos se considera "normal" y se la trata solamente cuando se producen trastornos demasiado molestos, como por ejemplo, si se considera que se salen de la "bolsa" en la que se suponen viven, y se alborotan (por consumir ciertos alimentos por las tormentas eléctricas). No se trata de eliminarlas, pues se supone que, así como Dios da narices, ojos y orejas, también da las "lombrices de leche". Se trata tan solo de "embolsarlas" de nuevo.

Aunque los indígenas pueden solicitar los servicios de la medicina occidental, la atención que pueden recibir es siempre parcial. Al carecer la cura de una connotación mágico-religiosa no pueden extraer el mal a un nivel metafísico significativo, ni existe una explicación del procedimiento curativo que sea totalmente aceptada e interiorizada por la cultura mesoamericana tradicional.

7.2 Prácticas y conceptualizaciones acerca de la reproducción humana en la cultura indígena guatemalteca

Nuestra intención aquí es solamente presentar las formas más comunes que adopta el raciocinio de las comunidades tradicionales mesoamericanas hacia la enfermedad, pero con especial énfasis hacia los procesos de concepción, embarazo, parto, aborto y cuidados post-parto. En principio, hay dos formas o aspectos que cubren el tema de la reproducción: uno terapéutico, otro místico. Hay que decir también que la terapéutica tradicional demuestra un buen conocimiento del cuerpo y su funcionamiento. Los especialistas de la comunidad encargados de atender el proceso de la concepción y el embarazo han sido eficientemente adiestrados por la tradición oral y empírica.

7.3 Los especialistas médicos tradicionales

Al hacer un análisis sobre las prácticas médicas tradicionales nos referimos también a las personas que la ejercen. Existe el trabajo de Rodríguez Rouanet (Rodríguez Rouanet, 1969), investigación realizada en once zonas indígenas del altiplano y el norte del país: Mam, Quiché, Cakchiquel, Tzotujil, Kekchí, Kanjobal, Ixil, Chortí, Pocomchí, Jacalteca, Achí. En estas áreas, que forman parte del área mesoamericana, existen cuatro especializaciones médicas vigentes:

1. Parteras o Comadronas: las mujeres que se dedican a atender partos y que a la vez hacen un control pre y post-natal. Todas informaron haber aprendido solas y haber estado predestinadas para tal misión (revelaciones oníricas,

enfermedades de aviso). Atienden también enfermedades comunes como la tos, fiebre, empacho, locura, males de señoras, mal de ojo; pero no fracturas, lujaciones, o quebraduras.

Algunas parteras invocan divinidades católicas, rezan durante el alumbramiento o invocan al Dios mundo. En algunos casos, cuando el parto se complica, se recurre a los antepasados, porque se considera que están castigando a la parturienta por malas acciones contra padres o suegros.

2. **Compone-huesos:** personas dedicadas al tratamiento de fracturas lujaciones y golpes. Casi todos creen haber nacido predestinados o haber recibido o encontrado el "secreto" (el hueso u objeto mágico que les sirve para localizar los huesos afectados). Antes del tratamiento suelen efectuar algunas prácticas religiosas (se encomiendan en su casa o en la iglesia a Dios y a los Santos); otros solamente soplan o besan el "secreto".

3. **Zajorines:** los que se dedican a hacer adivinaciones por medio de espíritus (de los antepasados, del Dios mundo, o Jesucristo y Santos de la iglesia católica) para determinar qué enfermedad está afectando a la persona y cuál es el tratamiento adecuado.

4. **Curanderos:** aquéllos que se dedican a curar pacientes que sufren de lo que podríamos llamar "enfermedades comunes". La forma de aprendizaje es variable (solos, por revelación o mandato divino, con el padre, con vecinos, con parientes masculinos o femeninos, con otro curandero, en un hospital, etc.). Suelen hacer invocaciones a Dios, la Santísima Trinidad, Santos, Angeles, el Dios Mundo, el Espíritu del fuego, dioses de los cerros, espíritus de la naturaleza, etc. La invocación es indispensable porque la profesión se considera un don divino; de no hacerla, pueden ser castigados perdiendo sus facultades o equivocándose en el diagnóstico y las recétas. Algunos, sin embargo, no invocan ninguna fuerza sobrenatural. (Rodríguez, 1969; Urizar, 1983)

Se les visita por la escasez de médicos, por la cercanía y confianza, porque son del mismo grupo étnico, por las grandes distancias a los centros hospitalarios, por el mal trato en estos centros (por ser indígenas), por la situación económica, desconfianza hacia la medicina farmacológica occidental y por la facilidad de pago al curandero (en especie, en dinero o en general, "lo que sea la voluntad del paciente"). Sus conocimientos son guardados celosamente, se transmiten a sus hijos o a personas verdaderamente interesantes.

7.4 Las creencias sobre la reproducción humana

a. La concepción:

El matrimonio en las comunidades tradicionales es una institución reguladora de la sexualidad. Así, se presentan las relaciones conyugales, bajo las que existe la reproducción; en estas sociedades la concepción es un regalo divino o místico, garantía de una continuidad física y cultural. Se verá al nuevo ser con responsabilidad y preocupación de un status socialmente reconocido y activo.

En general, los indígenas la suponen consecuencia natural de las relaciones sexuales; sin embargo, se cree que las primeras no producen embarazos. Existe la idea de que el embarazo resulta de una serie de coitos; los esporádicos,

se cree, no provocan la concepción.

El hecho de no procrear es un asunto grave: una familia numerosa suele ser motivo de orgullo. Los hijos varones, especialmente si se trata del primogénito, son más deseados y se le paga más a la comadrona si el parto produce un varón. El nacimiento del primer hijo altera el status de los padres, cimienta el matrimonio y hace entrar a los cónyuges en la categoría de adultos.

Se desaprueban las prácticas anticonceptivas. La esterilidad conduce frecuentemente a la separación o divorcio y se le explica por mala suerte (destino), costumbres sexuales inapropiadas, brujerías y uso de las categorías fuerte-débil, calor-frío (Adams, 1967). La madre puede por ejemplo, tener la "sangre fuerte", o ambos cónyuges la "sangre débil". El consumo de alimentos fríos y el padecimiento de dolencias frías se relaciona con la incapacidad de concebir o con los abortos no deseados.

b. Mecanismo de la concepción:

Para ejemplificar con algunas etnias mesoamericanas, tenemos que entre los Chortis, se cree que el padre deposita un niño minúsculo dentro del útero. Entre los Tzotziles, se cree que el calor del cuerpo del hombre y la mujer se juntan para formar la "fuerza" para su hijo; en Ajijic, los fetos masculinos se forman de la realización sexual, una gota de sangre del padre "cae" dentro del útero y constituye la sustancia básica del feto femenino. Si la gota de sangre proviene de la madre, el feto será masculino. Si el padre alcanza primero el orgasmo, el embrión será masculino. Si la madre es quien lo alcanza primero, el feto será femenino. (McClellan, 1977:210)

c. El embarazo:

En las sociedades no occidentales el embarazo, como regalo divino, es un estado que propicia la realización de ritos de agradecimiento y constante apelación al balance cosmogónico. Ante todo, se teme que por faltar a un proceso social y fisiológico se puede llegar a una sanción trascendental indeseada, el aborto.

Alrededor de estas situaciones hay una serie de concepciones mágicas sobre lo que debe y no debe hacer la mujer en estado de gravidez: protecciones, consejos, ejercicios, restricciones, etc. Así mismo, existe toda una herbolaria relacionada con el embarazo.

Los niños indígenas, sobre todo en las áreas rurales, nacen en su casa, atendidos por comadronas. Porcentajes progresivamente descendentes nacen en hospitales públicos, privados o en la vía pública. La duración del embarazo se calcula en ciclos lunares. La duración promedio se considera entre 9 y 11 meses. El tiempo de gestación es distinto según se trate del primer embarazo o los siguientes, y dura más cuando el hijo es varón.

El comportamiento de las embarazadas se relaciona con ideas de pudor y vergüenza, especialmente entre los grupos rurales. En algunos casos extremos (Chortis) se considera "ritualmente impuro" e infeccioso para personas y objetos próximos. En otros grupos se relaciona el embarazo con el mundo sobrenatural (Chimaltenango, Huehuetenango, y se contratan los servicios del Chamán para que los pecados de los esposos sean perdonados y no afecten al niño (Hurtado,

El embarazo se considera una enfermedad. Es un estado delicado y peligroso en el que la madre está "caliente" y susceptible de ser atacada por numerosos factores externos; por tal razón, la mujer indígena embarazada restringe progresivamente sus relaciones y actividades sociales. Es potencialmente peligrosa para niños menores de 2 ó 3 años (produce "mal de ojo"). Evita cargar objetos pesados, selecciona cuidadosamente alimentos, no tanto por su calidad nutritiva, sino procurando que no la dañen o no dañen al niño (basándose en los criterios calor-frío). La madre debe satisfacer sus antojos para no dañar al niño o producir abortos. Las relaciones sexuales se restringen, a veces muy tempranamente. A los eclipses de sol o de luna se les suele culpar por las malformaciones congénitas o los abortos. En algunos grupos, las medidas protectoras contra ellos se mantienen durante todo el embarazo. El aborto es causado por: factores físicos (golpes, caídas) trastornos emocionales, antojos insatisfechos, magia o "robo del feto". (Hurtado, 1979:178-179)

d. El Parto:

El parto es considerado una batalla crucial donde la mujer debe probar su fuerza y voluntad. De los resultados de esta prueba se vertirán conceptos sobre el recién nacido y la madre. La mayoría de los partos son domiciliarios. En casos menos frecuentes, ocurren en el temascal. El padre puede estar presente en algunos casos; en otros casos se requiere la presencia del Chamán para los ritos propicios del parto. Más frecuentemente, la mujer y la comadrona están a solas en el momento del parto.

La posición de la madre durante el parto varía de un área a otra: arrodillada, encucullada, en una hamaca, o acostada en una cama. La actividad de la comadrona durante el parto incluye masajes abdominales y preparación de bebidas, para regular el proceso normal del parto. La atención de las complicaciones, presentaciones anormales o retención de placenta requieren, además, prácticas mágicas.

El cordón umbilical se suele dejar largo y se corta con machete, cuchillo o tijeras calientes. Se cauteriza con candela o cuchillo al rojo vivo y se sella con cera derretida o yerbas tostadas. La placenta se envuelve y entierra en los alrededores de la casa, en el tiempo de cultivo, o se la quema. Si en última instancia el producto está muerto, se introduce una navaja y se corta en pedazos el feto para hacerlo salir. Son frecuentes los estimulantes naturales para provocar el embarazo, el parto y el aborto (Cosminsky en Grollig, 1976:229-249).

e. El Post parto:

Se incluye toda una serie de prescripciones médicas, mágicas y terapéuticas para restablecer la energía y salud de la madre y para iniciar los cuidados más urgentes hacia el recién nacido, por ejemplo: visitas regulares de la comadrona, recomendaciones dietéticas, masajes, aceites, pomadas y bebidas, vendajes abdominales. La comadrona recomienda comidas y bebidas "calientes". La madre debe gozar de tranquilidad y para eso suele recluírse de 10 a 20 días. Las visitas se restringen en mayor o menor grado, pues se teme que los visitantes "ojeen" al niño.

f. La lactancia y el destete:

Entre los indígenas más tradicionales la lactancia se inicia inmediatamente después del nacimiento. Entre la mayoría, algunas horas después. En algunos grupos se cree que el calostro no es conveniente y la lactancia está a cargo de una nodriza hasta que la madre se le desaparece el calostro 3 ó 4 días después.

Es casi universal la administración de un laxante (jarabe o aceite de oliva) para eliminar los parásitos que se cree ya traen los niños. El destete se realiza hasta que otro niño nace, al quinto mes de embarazo. Generalmente, se realiza entre los 12 y los 18 meses. Se cree que la lactancia (entre los grupos más tradicionales) es dañina durante la menstruación o durante el embarazo.

El destete suele ser abrupto, aplicando sustancias de sabor desagradable en el pezón, apartando al niño de la madre cuando pide ser lactado y retirándolo del lecho materno. El destete se relaciona con el estado llamado "estar chipe".

g. Lactancia y control de la natalidad:

se considera que la lactancia es el más usual y a veces el único método regulatorio del que las mujeres indígenas disponen y en general aceptan. También previene contra la anemia puesto que no hay menstruación y se conservan las reservas de hierro. La urbanización y la modernización incide sobre el abandono de la lactancia en el período corto. Después del destete las complicaciones nutricionales en los niños indígenas aumentan: los alimentos que se proporcionan después del destete son insuficientes o mal preparados (la leche de vaca se considera "fuerte" y se la diluye en agua para que produzca indigestión).

7.5 La medicina humoral guatemalteca:

El conocimiento de los aspectos humorales de la medicina tradicional guatemalteca es vital para emprender cualquier intento de interpretación en cualquier parte del sistema médico que estamos estudiando. Por lo tanto, haremos una breve exposición acerca de sus tópicos más importantes: 1. Historia y estructura de la medicina humoral; 2. La función de la medicina humoral entre los campesinos de Guatemala; 3. El sistema cognitivo en que se basan las clasificaciones humorales; y 4. Como la adhesión a la medicina humoral puede impedir el "tratamiento médico efectivo". La teoría humoral proviene de Grecia, Roma y el mundo Árabe; se difundió a la península Ibérica durante la ocupación Mora. La expansión del Imperio Español trajo la teoría humoral a América y esta fue incorporada a la medicina indígena y mestiza.

Los campesinos guatemaltecos creen que las cualidades humorales, sirven como principios para guiar su conducta diaria. Las propiedades naturales de los objetos y alimentos se usan para regular el equilibrio corporal en términos de calor y frío. Se cree que el cuerpo es un sistema autoregurable que necesita mantener un equilibrio que, de romperse, puede causar enfermedades. Los niños son particularmente sensibles a los extremos de la temperatura.

Las cualidades humorales de frío y calor no se refieren a cambios reales en la temperatura producidos por cocinar, o por cualidades pungentes de los alimentos (por ejemplo la pimienta). Tampoco las cualidades de humedad y seque-

dad se relacionan directamente con el contenido real de agua de los alimentos. Más bien se refiere a esencialidades o características innatas de determinadas cosas o estados de existencia. Hay objetos naturales, alimentos y enfermedades que poseen estas cualidades simbólicas y pueden alterar la salud de un individuo por medio de la ingestión, contacto o contagio. Existen tres reglas básicas en la conducta del síndrome calor-frío (Logan, en Logan y Hunt, 1973):

La regla agua-sal: los hombres que trabajan en el campo, por ejemplo, se ponen demasiado "calientes" debido al sol y el mismo trabajo. Tomar agua "fría", en tal estado, puede ser peligroso. Mezclando un poco de sal, "caliente", con agua, disminuye los efectos "fríos" del agua y están en condiciones de beberla y recuperar el equilibrio térmico.

La regla de exposición al frío: al volver del trabajo, "calientes y sudorosos" los hombres tratan de exponerse a los vientos para que disminuya el calor en el cuerpo. Sin embargo, entrar "fríos" (de viento) a la casa sería peligroso para sus habitantes. Por tal razón deben permanecer fuera hasta que los vientos los abandonen y recuperen el equilibrio térmico.

La regla de la dosificación: todo el trabajo se dosifica cuidadosamente para evitar el sobrecalentamiento. Los hombres tienden a dosificarse a sí mismos utilizando el tiempo y la distancia. Caminan y trabajan en intervalos regulares, dosificados individualmente, para mantener el equilibrio en el calor corporal.

El sobrecalentamiento puede prevenir del trabajo extremo, de las radiaciones en un fuego cercano, excitación sexual o emocional, intoxicación, exposición al "mal de ojo", ingestión excesiva de alimentos calientes, o de la adquisición de una enfermedad considerada caliente, por ejemplo: la fiebre. El sobreenfriamiento puede provenir del uso descuidado de medicinas, comidas o bebidas frías, o de una enfermedad fría, como diarrea o resfriado. Para un paciente que sufre de una enfermedad caliente, sería contraproducente tomar medicinas que localmente se consideren térmicas, creyéndose que no solamente son ineficaces sino peligrosas (Adams, 1967).

Los patrones cognitivos de la clasificación humoral varían considerablemente en toda Mesoamérica, sin embargo, el sistema cognitivo parece permanecer universal. Se basa en la presunción de que los elementos existen naturalmente en un estado de oposición binaria y que se afectan mutuamente. Los universales parecen ser los siguientes (Logan y Hunt, op.cit):

Color: las cosas oscuras, por ejemplo la carne, la piel oscura, etc. son calientes; carnes blancas, como el pescado, el pollo y el cerdo, son carnes frías.

Sexo: las cosas femeninas son calientes, las masculinas frías. Origen: una cosa fabricada retiene las cualidades térmicas de su fuente (el pan es frío porque el trigo es frío). Productos acuáticos, animales subterráneos y plantas subterráneas son frías, mientras que los que están expuestos al calor de la luz solar son por lo general calientes.

Valor nutritivo: la mayoría de frutas y vegetales son fríos, aunque los que se consideran excepcionalmente nutritivos, como el aguacate y las manías, son calientes.

Efecto fisiológico: las comidas que producen alergias son consideradas calientes, y la alergia misma es caliente. Las comidas que producen diarrea o catarro, son frías.

Uso médico: los alimentos utilizados para el tratamiento de enfermedades frías son calientes y viceversa.

Los criterios involucrados en la clasificación de enfermedades son:

Etiología: cuando se conoce la causa de la enfermedad, la temperatura del mal es igual a la de la causa.

Prescripción terapéutica: decirle a un paciente que omita alimentos calientes en su dieta lo hará pensar que la naturaleza de su enfermedad es igual a la de los alimentos prohibidos.

Sensación individual: en general, cuando un paciente siente que su enfermedad es fría o caliente, su condición patológica, será diagnosticada de acuerdo a sus sensaciones.

Sustancias y órganos corporales afectados: la enfermedad afecta órganos y sustancias específicas del cuerpo. La hepatitis, por ejemplo, es caliente porque el hígado es considerado caliente.

De todos los datos anteriores puede inferirse que la conducta del paciente es predecible, en tanto se conozcan las propiedades que el grupo atribuye a la enfermedad y la medicina sugerida. Sin embargo, si un grupo sabe que determinada medicina es usada para curar una enfermedad fría, y se intenta convencerlos de que también sirve para una enfermedad caliente se negaran a utilizarla. (Logan, en Logan y Hunt, 1973:360-363).

8. ALGUNAS CONSIDERACIONES CULTURALES QUE DETERMINAN LAS CREENCIAS Y CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DE LAS ENFERMEDADES Y LA REPRODUCCION HUMANA EN EL GRUPO KEKCHI.

Para el kekchí actual existe dentro de su cosmovisión un código muy importante que rige su vida cotidiana, este se manifiesta como un sentimiento de culpabilidad "Ma:c'" todo es considerado pecado. "Tanto en la sociedad prehispánica, como en la colonia o en nuestros días pudo perfectamente acuñarse esta concepción del pecado y de su omnipresencia (...) Dios es aquí un carcelero que mantiene ligado al hombre no a una celda física, pero si moral (...) hay una serie de restricciones que mantienen atado al kekchí" (Cabarrús, 1979:37).

Dentro de esta manifestación se establecen dos tipos de culpabilidad: "la culpabilidad en sí" y la proveniente de la "falta de requisitos". En el primer caso nos referimos, a cierta estructura ética que en términos occidentales se entendería como "ley natural" contra la cual el hombre comete un pecado o una maldad contenida en el mismo acto: por ejemplo: maltratar, pelear, envidiar, matar, engañar, el adulterio, etc., etc. En el segundo caso, está ligado a los aspectos cosmogénicos del panteón sagrado kekchí en particular o más frecuentemente a la deidad superior del mismo, como amo del mundo concreto; Cu:ltaq'a es el dueño y señor de todas las cosas. Los hombres tienen que pedirle permiso y su licencia para poder trabajar, ejemplo: sembrar, cazar; extendiéndose también a otras actividades. Dentro de este mismo tipo se encuentra el requisito de "usar la mujer" debido a la similitud simbólica tierra-mujer basada en las concepciones de la fecundación y germinación. Para muchos kekchís la relación sexual aún dentro del matrimonio es pecado. La petición o permiso de esta acción esta comprendida en el casamiento católico y por tanto la expiación de tal culpa.

Pidiendo "permiso", pueden hacerse las cosas más terribles, como matar, embrujar, etc., con el fin de no permitirse que los deseos o peticiones se vuelvan para sí. "La culpabilidad o el pecado para los kekchí no implica una opción personal o un libre uso de su voluntad, necesariamente, puesto que a veces no sabe en qué está su delito (Cabarrús, 1979:45).

Para entender a fondo al indígena kekchí se debe conocer algo de las deidades con quienes se relaciona y los seres en el universo kekchí que poseen alma. Cu:ltaq'a domina varios seres que aún no son deidades pero tienen una influencia profunda en la vida kekchí, debido a que están capacitados para poseer espíritu. La mayoría de estos seres se clasifican éticamente como objetos inanimados. Pero según el punto de vista émico del kekchí, estos seres o entidades poseen espíritus, los cuales se clasifican en tres categorías: 1. Smuhel, 2. Sdiosil y 3. Swi:qul.

Para tener riqueza, longevidad y salud, el kekchí debe ser un súbdito muy respetuoso dentro de un mundo de seres que son super-sensibles y fáciles de ofender. El desempeña tres clases de "costumbres" para mantener una relación agradable con estos seres: 1. Mayexak (dar ofrendas) o uc'uk (adorar); 2. Wa'tesi:nk (alimentar) y 3. Rawasinkil (contrarrestar). (Carlson y Eachus, 1977:36).

El primer rito consiste en que, cuando se llega frente a una cruz, al lado del camino, es necesario dar ofrendas, sean flores, incienso, rama de pino y/o candelas a la deidad como expresión de adoración. La primera vez

que un viajero pasa frente a una cruz en la cumbre, deja una piedra como reemplazo de su alma (smuhel). De ahí el viajero se dirige a Cu:ltaq'a dándole gracias por su protección y pidiéndole su ayuda para el viaje.

El rito de "contrarrestar" debe ser practicado para conseguir el consentimiento de Cu:ltaq'a para no causar cualquier disturbio o conmoción al mundo físico. Para no mencionar sino unas pocas prácticas habituales clasificadas por el kekchí como perjuicios a la tierra, tenemos el mover una piedra grande, tumbar un árbol y cultivar la tierra. Antes de salir de cacería, seleccionar un sitio para sembrar, desmontar o tapiscar, tiene que practicar ceremonias delante de las cruces y en las cuevas de las montañas, como también en el lugar mismo de la actividad para la cual está pidiendo licencia. (Carlson y Eachus, 1977:38).

El Smuhel

En cuanto a las clases de espíritus kekchís, la primera categoría es la de el Smuhel que significa "posesión íntima". El Smuhel pertenece a los seres humanos casi exclusivamente, aunque hay quienes creen que las imágenes de los santos y ciertos animales domésticos también poseen un alma o espíritu de la clase Smuhel.

Una de las características sobresalientes del Smuhel es la débil vinculación que tiene con su dueño; por lo tanto, existe el peligro de que se pierda fácilmente. Su pérdida puede ser temporal o permanente. Si es permanente, el resultado es la muerte, saliendo del cuerpo para trasladarse a su morada final en la montaña con Cu:ltaq'a.

La pérdida temporal del alma puede manifestarse por medio de la enfermedad física o mental. El Smuhel de un niño no está tan fijo como el de un adulto. Frecuentemente se tienen noticias de niños que se caen y que, a consecuencia de ello "pierden su alma" y se enferman. Si un hombre ha perdido su alma como castigo por su sensualidad, llega a quedarse mudo o loco; evidencia de que su Smuhel está preso en la cueva donde habita Cu:ltaq'a. La única manera en que puede recobrarlo es realizado la ceremonia de "contrarrestar" delante de la deidad.

El Sdiosil

Se refiere a la segunda categoría de los espíritus kekchís. El Sdiosil es de índole benévolo, opuesto al Swi:nqul malévolos; no se desquita si se le ofende, solamente se pone triste. Al contrario de lo que uno pensaría, Cu:ltaq'a asume la responsabilidad de vigilar y proteger a los seres que poseen un Sdiosil.

Entre los objetos que poseen un Sdiosil se incluyen ciertos alimentos cultivados que se consideran "sagrados" tales como el maíz, el frijol y la caña de azúcar, así como la cruz, el incienso, las candelas y el arpa. Si el Sdiosil de uno de los artículos de esta categoría está ofendida, Cu:ltaq'a se venga, quitándole el Sdiosil al objeto maltratado. Hay una ventaja grande en retener al Sdiosil de los víveres que se guardan en la casa, ya que la presencia de este espíritu contribuye a la alegría y buena suerte de la familia y a la protección de estos víveres. La gran importancia del maíz en la vida del indígena le obliga a tomar precauciones especiales para proteger su Sdio-

sil. (Carlson y Eachus, 1977:41-43).

El Swi:nqul

En contraste con el Sdiosil, que es "sagrado", el Swi:nqul se considera "profano". Parece que las cosas que poseen un Swi:nqul pertenecen al dominio del hombre y no al de Dios. Son capaces de castigar al hombre de manera activa, son básicamente malignos. Por eso el hombre debe respetar a los objetos que tienen un Swi:nqul y debe usarlos y cuidarlos bien.

Si el Swi:nqul de uno de los objetos se siente ofendido, se desquitará causando daño corporal al transgresor o haciéndole perder su Smuhel o "alma". Solamente se puede conseguir la reconciliación por medio de la ceremonia de "contrarrestar". Para evitar este maltrato se lleva a cabo cuidadosamente el Wa'tesi:nk "ceremonia de alimentación" para el Swi:nqul del objeto, ofreciéndole carne, sangre, licor, cacao, tortillas, candelas e incienso.

El "espíritu de la casa" es uno de los más poderosos Swi:nqul y por eso los kekchís le temen. Si se necesita tantos árboles para construir una casa y cada árbol tienen su propio Swi:nqul, es imprescindible respetar todo ese poder combinado. Le conviene el dueño, entonces, llevar a cabo ceremonias bastante adornadas de alimentación, para así poder conseguir la protección de su familia, contra el Swi:nqul de la casa que él ha construido.

El Swi:nqul li q'oxyi:n "espíritu de la noche/obscuridad" se distingue por tener influencia maligna más amplia que cualquier otro Swi:nqul. Mientras los otros, castigan sólo al Smuhel de las personas que les habían ofendido, el espíritu de la noche castiga también al Swi:nqul de los objetos que se dejan afuera durante la noche. Por ejemplo, si se deja una hamaca desocupada sin amarrarla, el espíritu de la noche puede violarla. El peligro de tal violación se dirige al dueño del objeto descuidado. Es así por ejemplo, imposible curar a los que se enferman como resultado de vestirse con ropa que ha quedado afuera durante la noche.

En cuanto al efecto sobre la persona, el espíritu de la noche, puede dañar a una mujer encinta. Por ejemplo si ella pasea de noche, el feto se enfermará o será deformado. O si ella mira la luna nueva, el niño nacerá con algún defecto en los ojos. El padre también tiene que cuidarse, porque si silba de noche, el feto "tratará de morir", pero si nace vivo, llorará sin cesar.

El padre debe evitar los pensamientos sensuales al andar de noche porque el espíritu de la noche puede aparecer en forma de mujer, para tentarle y causar la "pérdida de su alma". Si durante la noche le es preciso dormir afuera debe hacer una cruz de palos o ramitas, la cual se mete en el suelo, a su lado para proteger su espíritu.

El Swi:nqul li Yaxel, "espíritu de la enfermedad" y el espíritu de la noche/obscuridad; tienen una afinidad siniestra. El "brujo" tiene poder para utilizarlos o para retenerlos en sus clientes. Todo el concepto de enfermedades mandadas por espíritus malos o acuas, está íntimamente relacionado al Swi:nqul de enfermedad. Los kekchís creen que la ciencia médica occidental no tiene poder sobre las enfermedades que son debidas al "espíritu de la enfermedad" ni las enfermedades mandadas por los "espíritus malos". Solamente el "Brujo" tiene poder de recetar y practicar el rito de "contrarrestar" apropiado para

estos padecimientos. (Carlson y Eachus, 1977:46-54)

El mu y el acuás o awas y su relación con el concepto enfermedad:

La palabra "Mu" dentro de la gama de significados kekchís tiene dos semantizaciones. Una de carácter universal y otra de carácter particular concatenada muy estrechamente a la primera. Lo universal nos dice que todo lo que existe tiene además de su ser visible (sustancia y accidente) algo invisible, espiritual, consciente. La segunda, se convierte dentro del mismo sentido en una especificidad estructurada en base a una clasificación o categorización de espíritus y su cualificación, el Smuhel ya descrito con amplitud páginas atrás.

La palabra acuás o awas ha sido tratada anteriormente, pero ampliando un poco más el concepto, podemos decir, que es el efecto bueno que produce una cosa cuando es usada o tratada según su naturaleza; y es el efecto malo, el castigo que da la cosa, si es usada o no al final de cuentas, contra su naturaleza.

Ordinariamente la gente considera al acuás según su mal efecto. El acuás, por extensión, se aplica también a cosas que no tienen relación visible con su naturaleza o que no pertenecen al ámbito cultural del kekchí; este aprende que en su actuación tiene que tomar en cuenta los derechos de los demás y de las cosas, de lo contrario, el acuás está para castigar al infractor.

Para el kekchí es importante conocer la naturaleza de las cosas (el elemento material y el mu). De lo anteriormente expuesto y tratando de ampliar los aspectos cognitivos y significativos de la enfermedad, vemos que la misma, forma parte del concepto global del "ma:c'" (pecado general como base cosmológica y reguladora social). La enfermedad no solo es castigo del pecado, sino su explicitud misma.

Tomando el análisis de Boster (1973), sobre las enfermedades en los kekchís; como paradigma explicativo dentro de este estudio categoriza, ciertos padecimientos como "intencionales" y los relaciona o deriva directamente de la conceptualización del "Ma:c'". Debido a que se transgrede el sistema normativo a nivel de lo ideológico-religioso y social; al haber enfermedad, hay un estado de conciencia sobre esta situación, la sanción es una consecuencia esperada por el sujeto. Entre este tipo de enfermedades los diferentes tipos de acuás, el rompimiento del equilibrio frío-caliente, deformaciones físicas, etc.

Las categorizadas como "desintencionadas" están muchas veces destinadas a proteger las actividades de la mujer durante el embarazo y el alumbramiento. Aquí entrarían "los accidentes"; aplicandose el concepto epistemológico occidental de "casualidad" como sistema explicativo de la etiología, aunque puede estar determinado en última instancia por una transgresión o desorden a nivel cosmológico. Entre estas enfermedades están algunas formas de mal de ojo, el susto, etc.

9. DESCRIPCION DE SAN JUAN CHAMELCO

9.1 Aspectos geográficos

En la actualidad San Juan Chamelco es municipio del departamento de Alta Verapaz. Tiene una área aproximada de 80 Km². Limita al N. y E. con San Pedro Carchá; al S. con Tamahú y Cobán y al O. con Cobán. Está ubicado en la latitud 15o 25' 20" y longitud 90.31'45". La cabecera se encuentra en un pequeño valle de la montaña Papá, al oeste del río Chiché y al este de los ríos Chío y Chilax. Se encuentra situada a 8 Kms. de Cobán por la carretera departamental de Alta Verapaz.

Incluye un pueblo, 18 aldeas y 86 caseríos. La cabecera está dividida en cuatro barrios que son: San Juan, San Domingo, San Luis y Santa Catarina. La mayoría de aldeas y caseríos tienen nombres Kekchís, por ejemplo: las aldeas Sesib'che (en el lugar de los árboles ahumados), Saquib ("en el lugar de las Pacayas"), Chajaneb ("el ocote de ellos") y los caseríos Raxonil ("está crudo"), Culuquim ("gusano espinudo"), Chinacap ("pulguita"), etc.

El clima predominante es el semicálido, oscilante entre 18.7 grados y 23 grados C. Es notoria la humedad del suelo y el ambiente, la precipitación pluvial oscila entre 200 y 210 días de lluvia anuales en forma de lloviznas tenues pero constantes.

9.2 Características sociales

El IX Censo Nacional de Población nos muestra las siguientes cifras sobre la población de San Juan Chamelco: 19,386 habitantes, 9,414 hombres y 9,972 mujeres, de los cuales la mayoría son indígenas pertenecientes al tronco etnolinguístico mayense kekchí.

San Juan Chamelco tiene una organización social, política y religiosa muy compleja, pues obedece a patrones culturales tradicionales. No ha sido tocada a gran escala por proyectos gubernamentales de infraestructura y en el ámbito religioso han penetrado las sectas fundamentalistas.

Culturalmente la población presenta cierto retraimiento hacia los extraños, identificación y preservación idiomática exaltada por lo propios lugareños. Todos los miembros de la comunidad son importantes y se respetan entre sí. Cada individuo está muy consciente del papel que debe desempeñar como ente social, sin embargo existen los llamados Principales, cuyo número varía en cada uno de los caseríos, y que adquieren su rango por considerárseles de mayor capacidad que los demás. Por lo general tienen una posición económica superior, pues el desempeño de sus labores implica gastos en varios órdenes, especialmente el religioso. La máxima autoridad es el alcalde municipal, quien es electo popularmente. Generalmente es un ladino que además habla el kekchí y que ocupa un rango social elevado.

Las familias se levantan temprano, generalmente entre las cinco y media y seis de la mañana. Los niños traen leña para cocinar, las niñas ayudan a su madre en la cocina para preparar el desayuno. Esta conducta se le enseña al niño a partir de los cuatro o cinco años.

El desayuno incluye tortillas o tamales, frijoles, café o atol de masa.

Frecuentemente el hombre adulto lleva su almuerzo al trabajo.

Se dan tres actividades principales: el trabajo en sus propias cuerdas de tierra, que regularmente quedan en las afueras de la localidad; el trabajo en la cabecera departamental o sus alrededores, o en las fincas; o bien el comercio de frutas, verduras, tejidos o telas.

Algunas mujeres se dedican, a la venta de algunas frutas y verduras en el mercado de Chamelco, Cobán, Carchá, San Cristóbal o Tactic. Otras se dedican al cuidado de sus hijos y de la casa con diversos oficios domésticos. Salen a comprar a las tiendas o al mercado de la localidad o al de Cobán; por lo general, van acompañadas de algunos de sus niños que no están en edad escolar.

La mujer almuerza con sus hijos. Cuando llega el esposo, más o menos entre cinco y seis de la tarde, cenan algo ligero y se acuestan entre nueve y diez de la noche. Durante el día las mujeres escuchan radio mientras hacen los oficios domésticos y ven televisión (sobre todo telenovelas) por la noche. El esposo puede hacer esto los fines de semana, o bien escucha partidos de fútbol. Se acostumbra ir al templo o a la iglesia los domingos.

9.3 Características económicas

La comunidad de San Juan Chamelco, es un centro semiurbano, que presenta limitaciones en infraestructura y desigualdad en su intercambio comercial, tiene un alto grado de dependencia económica hacia Cobán. Aparentemente no hay agricultura suficiente para el consumo, ni una producción general que pueda satisfacer las necesidades de la población.

Los Kekchís son agricultores del tipo mesoamericano tradicional. Poseedores de terrenos pequeños o minifundios, en los que generalmente cultivan maíz y frijol. Se cultiva además chile, achiote y frutas en pequeñas cantidades. Debido a la composición de la tierra (negra o roja barrosa), y a la humedad de la zona, el cultivo del maíz se hace sólo una vez al año. Se manifiesta una combinación de agricultura de subsistencia en pequeña escala con una migración estacional, en la que va solo el hombre o la familia completa para trabajar como mozos colonos o asalariados, especialmente hacia la parte oriental del departamento de Alta Verapaz. Estas migraciones se dan durante once meses del año, pero se intensifican cuando se aproxima la época del corte de café (agosto-septiembre).

Las mujeres se dedican también a contar y clasificar cardamomo, al comercio de telas, tejidos, platería o mercadería en general. Los hombres se dedican a las labores agrícolas en las fincas de café o cardamomo, o a trabajar en su tierra, cultivando maíz o verduras.

No hay actividad ganadera, aunque se crían aves de corral. El municipio carece de instalaciones de tipo industrial. La actividad comercial es relativamente pequeña. Se puede decir que con pocos bienes con los que cuentan para dicha actividad; aves de corral, huevos de gallina, y chompipes, frutas y plantas en su mayoría son productos comprados en mercados vecinos para su reventa.

Paralelamente a la agricultura, hombres y mujeres se dedican a la elaboración de lazos, redes, hamacas, petates y cestas que por lo general se venden fuera de la población. Aunque la fabricación de textiles y objetos artesanales

es escasa. Las viviendas tienen suelo de tierra apisonada, paredes de bajareque y afianzadas con horcones o palos gruesos, techos de hoja de caña y bejucos. Generalmente tienen dos o tres habitaciones, una sola puerta al exterior y una sola ventana cubierta con madera. En la cabecera existen algunas viviendas de distinto estilo debido al uso de otros materiales como madera para pisos y paredes, ladrillos de barro horneado para el piso, cemento, adobe, block de arena con cemento, para las paredes; teja de arcilla horneada para los techos.

Hay tres mercados: uno en la cabecera municipal, otro en la aldea Chamil y otro en la aldea Chamisún.

9.4 Area de servicios

En el municipio funcionan una escuela primaria mixta urbana en la cabecera municipal y quince escuelas primarias mixtas localizadas en distintas aldeas o caceríos. También funciona un instituto de educación básica por cooperativa. No existen colegios privados.

Recientemente se instaló una escuela pública nocturna de nivel primario. Funciona además un centro regional de formación ocupacional del Programa de Desarrollo de la Comunidad de la Presidencia de la República. En este se imparten especialmente cursos de carpintería y de explotación agropecuaria.

El servicio de alumbrado público es relativamente nuevo en el municipio, pues se instaló entre 1950 y 1960. El agua potable se instaló durante el año de 1950. Hay una oficina de correos y telecomunicaciones de cuarta categoría, abierta al público en 1949. Existen algunas líneas telefónicas; las primeras se instalaron en 1979 y funcionan todavía para el servicio público en el edificio de la Alcaldía Municipal.

Hay un servicio de transporte de buses que cada media hora salen hacia Cobán; desde las 5:00 a.m. hasta las 7 p.m.

El municipio cuenta con un puesto de salud en la cabecera municipal de San Juan Chamelco. También funcionan otros puestos de salud en las aldeas de Chamil, Sacquil y Chajaneb. Existe la tendencia a la utilización de la medicina en forma mixta o combinada, utilizando los servicios de promotores de salud, comadronas, curanderos, inyeccionistas, sobadoras, boticarlos, etc. Se recurre a una u otra influencia de acuerdo a los resultados que se obtengan del tratamiento; si no da resultado las plantas y demás medicinas tradicionales se usa los farmaquímicos occidentales y viceversa.

Las plantas medicinales se consiguen en los alrededores de la comunidad sin necesidad de comprarlas. La medicina química se obtienen necesariamente en farmacias o dispensarios médicos instalados en la cabecera municipal (hay tres farmacias de segunda clase, y un dispensario médico de las religiosas Maryknoll); o en la cabecera departamental. Los recetadores que practican cualquiera de las dos tendencias o en forma mixta la medicina, deben recorrer muchas veces enormes distancias a pie para mantener cierta cantidad de medicamentos, los cuales venden a sus pacientes necesitados reabastecerse constantemente.

En la población hay un alto grado de morbilidad. Las principales enferme-

dades son las parasitarias, respiratorias, reumáticas y nutricionales. Los cuatro sintomáticos más frecuentes son: diarrea, fiebre alta, mareos, vómitos, dolor de cabeza y cuerpo.

En algunas aldeas la iglesia católica o el Ministerio de Salud Pública proveen ayuda nutricional en forma de paquetes que contienen aceite, cebada, frijol, latas de leche, compotas, jamón prensado o sardinas, que se proporcionan gratis o a veinticinco centavos el paquete, teniendo muy buena aceptación por parte de la población.

10. DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se desarrolló en San Juan Chamelco, Alta Verapaz, utilizando tres diferentes modelos de entrevista (véanse Anexos). La primera, elaborada en forma semi-abierta, fue dirigida específicamente a los practicantes de la medicina occidental (trabajadores del Centro de Salud, promotores de salud, inyeccionistas), y a los practicantes de la medicina tradicional (curanderos, sobadoras, comadronas). Abarcó veinte aldeas: Cojilá, Chamisun, Chitix, Canasec, Chiché, Chajaneb, Chikunk, Chicujal, Concepción, Mamachaj, Papá, Raxonil, Roimax, Sakib, Satexá, Sa Campana, Seovis, Sebob, Sesibché y Xalihá.

La entrevista se desarrolló sobre tres aspectos fundamentales: recursos de salud, infraestructura de servicios de salud y la combinación de las categorías anteriores, dentro y fuera de las poblaciones. Los parámetros que se enfocaron en esta entrevista fueron:

- a. Horario de atención, ya sea en forma regular, cuando los servicios son prestados en establecimientos, como Centros de Salud, las casas o clínicas donde ejercen los curanderos, comadronas, sobadoras, etc., o especial, cuando estos últimos realizan visitas por emergencias e imprevistos fuera de las comunidades y dentro de ellas.
- b. Servicios ofrecidos, de vital importancia por su contenido estrechamente relacionado con los objetivos de esta investigación. Se incluyen tipos de tratamiento médico atención materno-infantil prebarazo, durante el embarazo y postparto.
 - b1. Vacunas, campañas intracomunales en la zona, con estimaciones de sus éxitos y causas de fracasos.
 - b2. Planificación familiar, relacionados por un lado con las prácticas tradicionales, los aspectos cognoscitivos de remedios o recetas para el control de la natalidad y también para el uso de medios naturales, creencias y ritos mágicos; por otro lado, las campañas de este tipo, factores de adopción o rechazó a las mismas, ayudas alimentarias, instituciones que las han propiciado, el tipo de alimentación tradicional, la nueva alimentación, o la combinación de ambas.
 - b3. Charlas educativas: educación general, educación integral, educación sexual, medios de difusión, reuniones, pláticas, etc.
 - b4. Medios para trasladar a los pacientes: posibilidades de la comunidad para el transporte de los enfermos graves, emergencias, imprevistos, etc.
- d. Lista de equipos y medicinas; se trató de averiguar con qué frecuencia se consiguen las medicinas, sean éstas tradicionales u occidentales, los medios que se utilizan para transportarlas, la cantidad con que se cuenta, los tipos más usuales de medicinas, suficiencia de las mismas.
- e. Costos; este parámetro nos dió una relación entre los medios económicos con que contaban las familias o los pacientes y sus posibilidades de recibir atención médica, debido a los costos integrados de consulta, medicina

o visita, sobre todo en lo que se refiere al tratamiento materno-infantil.

- f. Utilización; cuál es aproximadamente el promedio de pacientes atendidos por cada persona que atiende para averiguar su efectividad real.

El segundo tipo de entrevista se elaboró en función de los objetivos específicos de la investigación. Los indicadores, que se extendían a la conceptualización de la reproducción biológica como tema central, proveyeron una aproximación y un contenido integral al fenómeno cognoscitivo que la entrevista quería representar.

Los objetivos específicos, cinco en total, fueron los siguientes:

- A. Determinar con qué frecuencia se utiliza la medicina tradicional y la medicina occidental. Este objetivo tuvo por fin saber las preferencias de la población para el tratamiento de enfermedades, incluyendo el embarazo y el parto y las enfermedades asociadas a estas situaciones según los conceptos etnosemánticos que manejan los kekchíes.
- B. Determinar la confiabilidad que tienen las comunidades en los medios terapéuticos tradicionales y occidentales. Se trata de interrogantes acerca de la subjetividad que la persona entrevistada, por algún problema de salud, depósita en los dos tipos de medicina y la satisfacción que haya obtenido de cualquiera de los dos tipos de tratamiento.
- C. Determinar las conceptualizaciones y concepciones dominantes acerca de la reproducción biológica. Este objetivo es la parte sustancial de esta investigación: alcanzar las creencias y conocimientos que tiene la población sobre todo el proceso reproductivo humano y la función del mismo, tanto hipotética como empíricamente. Se toma en cuenta para la captación de estos aspectos, el trabajo de investigación realizado anteriormente en Santa María Cauqué (García, 1974), donde se desarrollaron seis parámetros muy importantes sobre la reproducción biológica, a saber: la reproducción per se, el parto, el aborto, la supervivencia, la lactancia y destete, y la adolescencia.
- D. Determinar prácticas y concepciones sobre planificación familiar desde tres puntos de vista distintos:
- La función de los hijos, el rol por sexos respecto a las tareas familiares y sociales.
 - Prestigio e hijos, la proyección de los padres de familia ante los ojos de la colectividad por el número de hijos.
 - Seguridad e hijos, aspectos interrelacionados sobre tiempo potencial de trabajo de los padres, su desgaste y posible dependencia hacia los hijos, la paternidad responsable y las condiciones reales e ideales de una familia pequeña o numerosa.
- E. Determinar qué posibilidad hay de una aceptación, por parte de la comunidad, de la medicina occidental para la reproducción biológica. Aquí se buscó un diagnóstico en base a los datos aportados por los demás objetivos específicos, una síntesis sobre lo cognoscitivo y lo práctico entre los significantes tradicionales kekchíes y occidentales, buscando algunas

posibilidades viables para un mejor aprovechamiento de la atención primaria de la salud sobre la reproducción biológica.

El tercer tipo de entrevista está enfocado a las enfermedades directamente relacionadas con el proceso del embarazo, parto y lactancia. Las creencias populares, las normas, la conducta y las restricciones que deben observarse son fundamentales aquí. El tratamiento a seguir para la recuperación del afectado tiene connotaciones mágico-espirituales y regularmente pertenece al campo de la terapéutica tradicional. La entrevista comprendió los siguientes aspectos: Cuidado de la madre durante el embarazo, cuidados antes y después del parto; tipos de acuás, reconocimiento y causas del mismo, procedimientos curativos. Las mismas preguntas para otras enfermedades populares, como el mal de espíritu, el hijío de perro, el hijío de gente, el chilij, el susto y el ojeado. Por otro lado se trató de averiguar la persistencia o transformación de estas creencias o conceptualizaciones de estas enfermedades. Se planteó el mismo procedimiento para estos dos tipos de entrevista: discusiones grupales que servían como base para la elaboración de las preguntas.

Las formas de muestreo variaron; inicialmente se había planteado que la muestra debería estar constituida por personas entre los 20 y los 49 años de edad, pero en base a las experiencias de campo, se prefirió una muestra constituida por personas entre 17 y 49 años, con un promedio de sesenta entrevistados para el segundo y tercer tipo de entrevista, con las distinciones siguientes (véase Capítulo 2.3 Metodología, para los criterios en la selección de los informantes):

15 mujeres jóvenes	17-25 años
15 mujeres adultas	25-45 años aprox.
15 hombres jóvenes	17-25 años
15 hombres adultos	25-45 años aprox.

Se dió preferencia a personas indígenas. Los tipos de entrevista 2 y 3 se pasaron, a diferencia de la 1, solamente en la cabecera municipal de Chamelco. Se eliminó la encuesta cerrada al considerar que las preguntas abiertas aportarían mucha más información, por lo que se dió prioridad a la cédula de entrevista y su traducción. Ejemplos de entrevistas, en kekchí y español, pueden encontrarse en la sección Anexos.

De esta forma, se prefirió reducir la muestra por razones de tiempo y de calidad de información, eliminando la encuesta generalizada planificada para la fase cuatro.

Se hace necesario apuntar que la muestra del sexo femenino duplicó a la del sexo masculino, por contarse con dos colaboradoras y un solo colaborador.

11. RESULTADOS

La investigación de campo se desarrolló en el municipio de San Juan Chamelco, Alta Verapaz, utilizando el primer modelo de entrevista semi-abierta, dirigida a practicantes de la medicina occidental y la tradicional. Como era de esperar, se encontró una gran deficiencia en la infraestructura sanitaria, una descomposición paulatina de la misma, y escasez de servicios. Las razones son bastante obvias: falta de medicinas, de personal estable (especialmente entre los pasantes de EPS de la USAC), falta de instrumental y equipo médico en general, falta de capacitación constante y actualizada. Se sufren muchas penalidades para el traslado de los pacientes, que generalmente mueren, aunque su enfermedad no sea excesivamente grave.

Los practicantes de la medicina tradicional señalan problemas análogos: falta de recursos facultativos y técnicos preparatorios; se cae frecuentemente en un empirismo forzoso a causa de las condiciones problemáticas de asistencia intracomunales, sobre todo en lo que se refiere a la asistencia pre y post natal, la gineco-obstetricia y la nutrición. Entre familiares y personas afines, se da la autoasistencia e inclusive la participación paterna en los partos y postpartos (parteros). Las mujeres comunican los fracasos o éxitos, y se da una suerte de comadronismo informal, con ciertas derivaciones de prestigio y status social.

El caso de los parteros es una excepción no característica de la sociedad kekchí; en el caso de que un hombre llegue a alcanzar tal prestigio en la asistencia gineco-obstetricia sus servicios pueden llegar a quedar incluso oficializados para beneficio de la comunidad.

Esta entrevista también permitió conocer que las informaciones sobre la reproducción biológica se refieren, derivan y deducen de las prácticas gineco-obstetricas y medicas tradicionales, así como el proceso terapéutico fitológico o tratamiento por yerbas que se aplica en dichas situaciones. Tenemos así, que plantas y especias son muy comunes en el tratamiento de la madre antes, durante y después del parto.

La misma entrevista permitió también constatar el padecimiento crónico de ciertas enfermedades endémicas, de tipo parasitario, diarreicas, respiratorias, infecciosas, reumatoides, y condiciones permanentes de desnutrición con altas tasas de morbilidad infantil. Las campañas de salud que se han hecho en el lugar han sido bastante pobres, sobre todo en lo que se refiere a pláticas sobre salubridad y previsión de enfermedades primarias en el sector rural. A nivel práctico se han llevado a cabo campañas de vacunación que han sido rechazadas por la falta de explicaciones constantes y coherentes sobre las mismas.

Sucede lo mismo con la planificación familiar: hay mucha ignorancia respecto a los procesos anticonceptivos y esto ocasiona que se rechace la utilización de los métodos de planificación. Sin embargo, existe un marcado interés entre la población por obtener esta información (ver Cuadro No. 4 en los Anexos).

El segundo modelo de entrevista, aplicado en la cabecera municipal de Chamelco arrojó los siguientes resultados, en relación a los objetivos específicos que aclaran:

Objetivo A, frecuencia de utilización:

Las respuestas indican una mayor utilización de la medicina occidental. Se suele buscar tratamiento en los centros de salud y con los médicos cuando se trata de enfermedades comunes o endémicas en la región. No sucede lo mismo con el embarazo y el parto, que casi en su totalidad son atendidos por comadronas empíricas, reconocidas como tales por las autoridades y las familias del lugar.

Del mismo modo, se observa la preferencia de la población por comprar las medicinas, sean de uso popular o por receta médica, en los puestos de salud o en las farmacias.

Objetivo B, confianza de la población en la medicina occidental y tradicional:

Para este objetivo hubo una serie de respuestas combinadas. Se reportó la asistencia regular a los servicios médicos de la cabecera departamental Cobán, ya sea al hospital o al médico, en general con respuestas satisfactorias sobre el tratamiento obtenido; o bien la asistencia al centro de salud del propio lugar con igual satisfacción respecto al tratamiento.

Siguió observándose la tendencia a recurrir a la medicina tradicional para los embarazos y partos, cuestión que quedó demostrada por la baja tasa de tratamientos de esta índole en la localidad y en Cobán. Las personas entrevistadas expusieron que comprenden las explicaciones de su enfermedad que ofrecen los médicos y el personal del Centro de Salud, aunque admitieron que la comprensión se les dificultaba debido a un excesivo uso del lenguaje médico técnico o por dificultades de comprensión del español.

Objetivo C, conceptualizaciones dominantes sobre la reproducción biológica:

Este objetivo, el más importante para este trabajo, arroja la siguiente información:

Preguntados sobre el por qué del acto sexual, la respuesta mayoritaria fue que el fin primordial del mismo es la reproducción biológica. Casi son inexistentes las respuestas relacionadas al goce sexual, individual o de pareja; no se lo considera significativo y se tienen reservas para contestar sobre cuestiones relacionadas con el orgasmo femenino. Parece ser que todo lo relacionado con la sexualidad marital lleva una finalidad biológico-social, la familia.

La edad ideal para casarse, según las respuestas, es entre 17 y 18 años. Muchas respuestas se referían exclusivamente al momento de la unión matrimonial como acto social y no al biológico. En otros casos, los hombres y mujeres que denotaron deterioro en sus relaciones matrimoniales, y que se casaron muy jóvenes, promovieron una edad más adulta, arriba de los veinte años. Sin embargo, la mayoría de mujeres entrevistadas se casaron entre los 14 y los 16 años de edad.

A la pregunta de cuánto tiempo tarda una mujer en quedar embarazada, la mayor parte respondió que en un período de dos meses a partir de la primera unión y dependiendo del grado de fertilidad que se tenga, que depende de la voluntad de Dios. Hay una asociación de la mágico-religioso con la fertilidad

y la potencialidad femenina para embarazarse, y la de los hombres para engendrar (ver Cuadro No. 2 en Anexos).

A la pregunta de cómo se pensaba que se producía el embarazo, se dieron dos respuestas generales entre ambos sexos: por el acto sexual y por el coito, aunque con un nivel vago de conocimiento sobre estos tópicos. Algunas respuestas profundizaron más sobre la relación entre espermatozoides y óvulos, pero fueron escasas (ver Cuadro No. 3 en Anexos).

Sobre el reconocimiento del embarazo, ambos sexos opinaron que se reconocía por las náuseas y mareos que se producen entre las mujeres embarazadas. Estas, opinaron que lo más importante era la suspensión de la menstruación y esta fue la respuesta más típica.

Sobre cómo se puede evitar el embarazo, la respuesta dominante fue que no se evita, o no hubo respuesta. Algunas otras respuestas se refirieron al uso del método natural y sólo en último caso a los anticonceptivos.

El tiempo entre uno y otro embarazo se regula siguiendo el método natural, trátase de católicos o protestantes. Sobre si se debe dejar pasar cierto tiempo entre embarazos, la respuesta femenina fue un sí tajante, sin mayores explicaciones por ser este un tema íntimo.

Al preguntar cuál es la cantidad ideal de hijos, ambos sexos citaron un promedio de 3 ó 4 hijos por familia (ver Cuadro No. 5 en Anexos). La edad ideal para dejar de tener hijos, para el sexo masculino es entre 40-45 años y para el sexo femenino entre 30-35 años. Reconocieron una mayor actividad sexual en el hombre y un mayor desgaste en la mujer, sobre todo cuando hay un alto índice de embarazos, hijos vivos y muertos.

Sobre el tiempo que tarda el embarazo, las respuestas indican un período de 9 a 10 meses, y uno más corto que se asocia con problemas durante la gravidez, problemas físicos, enfermedades o accidentes (caídas inesperadas, por ejemplo) o abortos no provocados.

Sobre la localización del niño durante el embarazo la respuesta fue el vientre; no hubo ninguna alusión a una localización más precisa, como pudiera ser la matriz o el útero, sino una designación general del cuerpo. Se cree que la vida del niño dentro de la madre comienza, o al momento de quedar embarazada ésta (opinión femenina), o cuando se producen movimientos perceptibles del feto en formación, entre el tercero y quinto meses de embarazo (opinión de algunas mujeres y la mayoría de hombres). (Ver Cuadro No. 6 en Anexos).

Los dolores de parto se localizan en el vientre, el estómago, las caderas y la espalda. Tienen una connotación pecaminosa y aluden a la seducción femenina según la historia bíblica, que según la voluntad de Dios "tiene que sufrir".

Se concibe que el sangramiento de la matriz después del parto es producto del prolongado embarazo, período en que el cuerpo guarda los fluidos menstruales suspendidos. El puerperio se considera una situación biológica delicada para la salud de la madre.

Se atribuyen los partos difíciles a causas biológicas: estrechez vaginal, niños demasiado grandes o a la mala posición de éstos. Las madres suelen cuidarse de ellos por medio de prácticas de sobamiento, que realizan las comadronas

y que son muy importantes para preparar un parto fácil.

Todas las mujeres coincidieron en que las relaciones sexuales pueden reanudarse dos meses después del parto, para que la matriz tenga tiempo de volver a su lugar. Los hombres apoyan este criterio para garantizar la salud del niño y la madre (ver Cuadro No. 7 en Anexos).

Sobre la existencia de abortos en la comunidad muchas respuestas fueron negativas o no se contestaron. Como un acto premeditado se considera al aborto un pecado muy grave, pero se lo considera inevitable o necesario si la madre corre peligro o sufre algún accidente.

El tiempo en que puede realizarse sin riesgo es de dos a tres meses de embarazo. La práctica y el método de los abortos, aunque conocidos por muchas mujeres, es labor exclusiva de las comadronas, que conocen la exacta utilización de plantas y brebajes.

El tiempo que se considera apropiado para un nuevo embarazo, después de un aborto, es de 3 a 4 meses, haya sido éste involuntario o provocado. Entre los peligros que pueden correr un niño al nacer, se citan, la asfixia producida al momento del alumbramiento por la placenta enrollada al cuerpo del niño, o porque este ya venía enfermo. Esto se aplica también a los recién nacidos, cuyos signos de enfermedad se infieren de su conducta, por ejemplo, el demasiado llanto, la falta de sueño, el no querer mamar, etc. La tranquilidad, el no molestar mucho y el dormir tranquilos son los signos opuestos por los que se reconoce la buena salud de los niños.

Después el punto de vista tradicional, las medicinas de remedios que debe recibir un niño recién nacido son productos naturales como el aceite de oliva, la miel de achicoria el agua de arroz, etc. Es significativo que muchas veces se traslade el cuidado del recién nacido con problemas al médico occidental o al Centro de Salud y en segundo término a la comadrona.

La mayor parte de las madres entrevistadas dijo que la leche materna baja dos o tres días después del parto. Hubo respuestas divididas sobre la conveniencia o no del darles el calostro a los niños recién nacidos. Fue general la opinión sobre los efectos benéficos de la leche materna sobre el niño, aunque se hace mención de un reforzamiento vitamínico para la madre de condiciones nutricionales precarias debidas al factor económico. Esto también se considera idóneo para el recién nacido.

Para la mayoría de mujeres el tiempo de destete ocurre al año de nacido momento en que por razones de sobrevivencia tratan de no quedar embarazadas utilizando el método natural del ritmo o anticonceptivos naturales.

Sobre los signos de la adolescencia o adultez las ideas y opiniones se centran en dos aspectos importantes, uno de carácter social y uno de carácter biológico. Una niña es señorita cuando tiene la menstruación, que es el signo más explícito de su cambio de estado y al que se relaciona alguna variación de la conducta como inquietud. No se citan mucho los cambios biológicos como el crecimiento de los senos y caderas. La mujer se considera adulta desde el momento en que se casa y tiene hijos. Existe una duplicidad: Primero el estado social, después el estado biológico; a una mujer joven sin hijos, aunque

esté casada, se la sigue "llamando o confundiendo como señorita".

En el caso del hombre los signos biológicos de crecimiento y cambio de voz lo sitúan en la adolescencia; se convierte en adulto por el matrimonio, por el consenso colectivo de ser cabeza de familia.

Objetivo D, prácticas y concepciones sobre planificación familiar

Las preguntas están en función de la filosofía popular de la comunidad tomando como base la familia y las circunstancias materiales, sociales y morales que la rodean. Se piensa que el tener hijos es necesario para formar una familia; existe una proyección del concepto de hijos para la nación o el gobierno, debido a ideologías referidas al reclutamiento militar regular de los hijos varones adultos. También se registraron respuestas sobre una relación de ayuda mutua entre padres e hijos basada en lazos sociales. Se rechazó la dependencia de los padres hacia los hijos en el plano económico cuando aquellos sean de una edad muy avanzada y los hijos adultos. Esta respuesta puede considerarse "ideal" puesto que al parecer no siempre se puede ser autosuficiente o emplear trabajadores en el caso de que se posean tierras.

Hay un consenso sobre la paternidad responsable, principalmente por parte de las mujeres, las cuales evidenciaron el deseo de tener pocos hijos a causa de dos factores principales: los problemas económicos y el desgaste físico-emocional del cuidado y mantenimiento de los hijos. Entre los hombres se da este tipo de opinión, pero en menor grado. Algunos piensan todavía que debido a los problemas de subsistencia que afrontan los hijos se convierten en mediano plazo en entes económicos, pero este pensamiento está cambiando rápidamente.

En el plano religioso existe una fuerte tendencia a considerar totalmente negativa la planificación familiar pero muchas de las personas entrevistadas están conscientes de la necesidad de espaciar los embarazos, es decir, no limitar al mínimo los niños por venir sino tener una máximo de tres o cuatro hijos convenientemente espaciados, bien alimentados, educados y cuidados. Este es el concepto ideal de familia para los kekchíes.

No se considera que la utilización continua de anticonceptivos intensifique los problemas conyugales; las mujeres argumentan un gran respeto a su esposo y a su hogar, el temor a que las cosas se sepan. Reprochan las relaciones extramaritales en el hombre, aunque socialmente se dan por sentadas y se las acepta. Sin embargo, los hombres manifiestan cierto recelo sobre el uso de anticonceptivos. Aunque la tranquilidad emocional del esposo se sustenta sobre su esposa ocupada generalmente en las cuestiones del hogar se acepta la posibilidad de un aumento de las relaciones sexuales entre los jóvenes con la utilización de los anticonceptivos.

Regularmente se dan relaciones sexuales pre-matrimoniales entre parejas de novios a punto de casarse; se aceptan tácitamente si las parejas están comprometidas, pero se guarda mucha reserva sobre el asunto.

Es muy importante que en la familia exista un sentimiento religioso que regule las relaciones sociales dentro y fuera de ella; este es un concepto muy arraigado entre los Kekchíes. Se espera formar un hogar con responsabilidad en todos los aspectos de la vida. El esposo es quien toma las decisiones más importantes y la familia se planifica a partir de sus decisiones sobre el número

de hijos, frecuencia de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, roles en el hogar, etc.

Objetivo E, posibilidades de aceptación por parte de la comunidad de la medicina occidental en la reproducción biológica.

En base a las respuestas, a lo observado y anotado en esta investigación, se plantea lo siguiente:

Sobre los problemas de salud, las enfermedades asociadas al embarazo, parto, al niño recién nacido o al lactante se desarrolla una relación diádica. En primer término, se conceptualiza a la enfermedad como mágica en su etiología, sintomatología y tratamiento. Se encuentran directamente involucrados en la medicina tradicional y sus prácticas las comadronas, curanderos, yerberos, etc. Y a las recetas más típicas se las conoce por medio de la tradición oral. En segundo término, éstos mismos problemas tienen una connotación biológica: la enfermedad presenta características exógeno-somáticas, se recurre entonces para su etiología, sintomatología y tratamientos a los médicos occidentales.

En este universo de concepciones y conceptualizaciones se ve una marcada preferencia a la imagen e institución de la medicina occidental. Sin embargo, puede notarse ciertos factores identificables que condicionan esta actitud, por ejemplo los niveles de ingreso, las distancias a la clínica o centro de atención médica, el servicio que se preste, la confianza que se confiere al proceso curativo, etc. Aún así, las respuestas, en algunos casos de carácter ideal, muestran una mayor aceptación hacia la medicina occidental y un abandono paulatino de la medicina tradicional salvo en excepciones como la utilización de la comadrona durante el embarazo y parto por cuestiones de mayor funcionalidad ante las condiciones objetivas de asistencia, deficitarias en el caso de la terapéutica occidental y por cuestiones de interacción social derivadas de una práctica cultural.

Para la comunidad de Chamelco la adopción y aceptación del sistema occidental de medicina no representa mayor dificultad. Se le tiene confianza y se lo ve como medio benefactor para la salud, pero se está perfectamente consciente de sus limitaciones y contradicciones operativas en el área rural. Se busca la medicina occidental donde tenga una mejor infraestructura, en este caso el centro urbano mayor, la cabecera departamental. Si dentro de los miembros de la comunidad se reducen las posibilidades para tenerla a su alcance, se vuelve a la medicina tradicional.

En resumen, las respuestas sobre el último objetivo de este modelo de entrevista evidenciaron que existen posibilidades para la medicina occidental en el campo de la reproducción biológica en esta comunidad, campo que hasta ahora ha sido territorio de la medicina tradicional. El problema más grave que aqueja al lugar es la falta de información. La inquietud de la comunidad por obtener mejores resultados en la práctica de la atención primaria en salud, así como su interés por incorporarse a diversos programas probables de salud integral fue evidente en sus respuestas.

Las respuestas sobre la entrevista número tres nos permiten tener una clara visión de la etimología de una cultura en un contexto dado. Nos referimos a las concepciones y conceptualizaciones sobre la reproducción biológica, a la gama de prácticas y actitudes basadas en significados mágicos-esotéricos

combinados con una posología de tratamiento herbolario, todo ello relacionado directa o indirectamente con una porción de la medicina tradicional y las pautas tradicionales. Tenemos entonces una mejor visión de las creencias sobre el componente fundamental del desarrollo humano, la vida, prácticas alrededor de este fenómeno substancial de la biología humana.

La comunidad de Chamelco, sumergida en el contexto de la cultura Kekchí tiene las siguientes costumbres: en las aseveraciones acerca de los cuidados hacia la madre cuando está embarazada se observa una interacción fuerte entre la persona que es elegida como partera y la madre en estado de gravidez, (Jil-lonel-Xoconel). La comadrona encargada regularmente de este trabajo tiene la tarea de examinar a la paciente semanalmente a partir del primer mes de embarazo; se encarga de estarla sobando y relajando constantemente para el momento del parto. "El arte de sobar" sirve para detectar y enderezar la posición fetal del futuro recién nacido. El relajamiento es parte del confortamiento de la paciente, a la que se considera enferma. Sirve para calentar el cuerpo (los músculos) y reducir el dolor al mínimo posible. En este caso se prepara a la madre para el parto utilizando balsámico, aceite de oliva o sebo.

Sobre qué cuidados debe tener la madre antes y después del parto se reunieron algunas preferencias sobre bebidas o remedios que se utilizan antes del parto. En algunos casos se da pimienta de castilla y manzanilla, pimienta con guaro con pericón o con esencia maravillosa, todo ello para que entre en calor el cuerpo y se agilice el parto. Si la placenta llegara a tardar en salir se prepara una planta conocida como humo negro o tela de araña (abáack) con jabón de coche y agua caliente y se toma una taza. Se cree que por lo amargo agiliza la salida de la placenta y se asegura que es muy efectivo. De no tomarse estas precauciones se tiene la idea que la placenta sube y estrangula o asfixia a la madre.

Si es posible se ritualiza una comida de pollo en cak-ick al poco tiempo de haber dado a luz. Se debe guardar un reposo de cuarenta días. Durante este tiempo la comadrona, según trato, se encargará del lavado de la ropa de la madre y el niño. Esto se hace debido a que la madre recién parida no debe tocar agua fría para no enfermar o arruinar la leche, perjudicando al niño. Se prohíbe el ejercicio hasta que la matriz llegue a su lugar. Colateralmente hay otra serie de cuidados y restricciones que deben observarse cuando la madre está embarazada o en el pre y post parto, so peligro de provocar problemas en el niño; de esto se derivan las creencias sobre ciertas enfermedades que afectan al niño por hacer o recién nacido debido a ciertas conductas de los padres o las personas que lo rodean, entre las cuales están:

- El acuás, del que existen multiplicidad de tipos según las circunstancias de la transgresión. El principio vital de la enfermedad consiste en el deseo reprimido, no satisfecho, por parte de la madre y a causa del cual el niño sale con algún defecto físico, marca, cicatriz, o lesión en la piel. El procedimiento terapéutico es completamente tradicional y es efectuado por un Ilonel (curandero) mediante rito en luna llena repitiendo 3 veces este procedimiento para lograr la curación.
- "la enfermedad del mal espíritu", cuya causa fundamental es el abandono nocturno del hogar por parte de uno de los padres, o porque alguien silba, afectando el estado anímico y emocional del niño. "Su espíritu se desespe-



ra", se pone inquieto, llora mucho, su piel se pone morada, sobre todo en el cuello, y muere al poco tiempo.

El procedimiento curativo efectuado por el Ilonel (curandero) consiste en que el papá del recién nacido carga una tinaja en la cabeza, da tres vueltas atrás de la casa, corriendo y silbando, entra en la casa mientras la mamá embroca al niño sobre la tinaja, también silbando.

- El hijío de gente, (cha ki ixk) se achaca a la creencia de la transmisión del calor corporal excesivo de la madre, generado por el parto, hacia el recién nacido, debido a descuidos tales como el no limpiar o lavar bien la ropa que utilizó antes de dar a luz, la transmisión del calor de la ropa a los pañales del bebé.

El tratamiento consiste en baños de hierbas de entre siete y diez clases diferentes, entre ellas el macuy, chak may, xa auutzi arrut, chaam okóm, chilk, ruy chimá. Se necesitan tres baños para la completa curación.

- El hijío de perro, enfermedad que se debe al descuido del niño pequeño, lactante. La enfermedad se produce por el contacto con perritos recién nacidos. Cuando al niño se le regaña por tocarlos, se le enfría la sangre, adquiriendo así el padecimiento. También puede adquirirse cuando se está cerca de perras que se encuentran en celo, y éstas sean tocadas por él. La sintomatología que se presenta es: hinchazón, color amarillento, diarrea, y calentura al medio día. El procedimiento curativo es análogo al hijío de gente: tres baños con hierbas durante tres días consecutivos.

- Otra enfermedad muy interesante asociada a la reproducción biológica puesto que se refiere a la relación sexual y sus implicaciones, es la enfermedad conocida como CHILIJ. Lo peculiar de este padecimiento es que ataca regularmente al sexo masculino y el factor causal es la interrupción de la acción sexual, o sea, interrumpir el coito, o la masturbación. Su sintomatología es la siguiente: se empieza a hinchar el cuerpo o el estómago, dan dolores de cuerpo, fiebre alta, y si no se cura al poco tiempo de haberla contraído se da por segura la muerte.

Interviniendo nuevamente la medicina tradicional, el curandero y la comadrona pueden sugerir un tratamiento; esta última puede llevar a cabo la cura cuando es la pareja la que la ha contraído y sobre todo si la mujer es la afectada y se encuentra embarazada. Esto hace pensar que la relación biunívoca embarazo comadrona es importantísima en la cultura Kekchí.

La medicina que se da es la siguiente: se utilizan carne y huesos de comadreja o de tacuacín, se tuestan y se muelen, se mezclan con agua y se toman tres tazas diarias durante una semana. A veces es recomendable tomar vitaminas o reconstituyentes para fortalecer la sangre y la fuerza que se ha perdido. Esto último denota también ya la utilización de la medicina combinada, aunque no se recete la segunda en todos los casos.

- El susto y el ojeado ya han sido ampliamente tratados en otros trabajos por ser enfermedades generalizadas en la cultura guatemalteca. Las condiciones y las consideraciones teóricas están implícitas en el discurso de esta investigación en base al levantamiento y obtención de los datos e informaciones.

12. DISCUSION DE RESULTADOS

Es importante, para analizar la validez de las hipótesis de este trabajo, considerar varios aspectos que forman parte de las relaciones económico-sociales que mantienen la comunidad de Chamelco con otras por ser factores que influyen en cierta medida en la modificación de los componentes del sistema sociocultural y en consecuencia, del cuerpo de creencias y prácticas médicas tradicionales.

En Chamelco la movilidad espacial ocurre en relación al intercambio comercial y a la satisfacción de necesidades, y a las migraciones estacionales para obtener un trabajo asalariado. Estos desplazamientos insertan a los integrantes de la población en el sistema económico de consumo occidentalizado. En la cabecera departamental de Cobán se encuentran ante una infraestructura de servicios más desarrollada y compleja (incluyendo la asistencia médica); en la zona oriental finquera se encuentran insertos en relaciones asalariadas, donde existen núcleos de intercambio y consumo monetarizado (mercados de La Tinta, Telemán, etc.)

En todos estos lugares existe una confrontación y exposición a relaciones e interacciones nuevas y diferentes a las de su lugar de origen. En consecuencia se da una adopción y refuncionalización relativa de las pautas culturales de Chamelco. La adecuación de los marcos cognitivos, entonces, varía de acuerdo a las circunstancias a las que se ve sometido el grupo social en sus actividades cotidianas.

La adhesión de un gran sector de la población de Chamelco a la economía occidentalizada ocasiona que el grupo tienda principalmente a utilizar los recursos de la medicina occidental. Sin embargo, la adhesión a este tipo de medicina como sistema médico no es total. Los pobladores utilizan los recursos de la medicina occidental combinados con los de la tradicional, dependiendo del grado de operatividad real de uno u otro tipo de medicina. Esta actitud involucra una escala valorativa consciente del grado de eficiencia que el sistema y sus elementos ofrecen en la satisfacción de las necesidades terapéuticas.

En el caso de la medicina occidental, la valoración sigue derroteros más bien empíricos: se la utiliza para el tratamiento de enfermedades comunes o endémicas sobre las cuales los puestos de salud y los médicos han demostrado eficiencia y si los tienen a su alcance. Sin embargo, para el tratamiento de los problemas relacionados con el embarazo y todos aquellos asuntos biológicos relacionados con la sexualidad, se sigue utilizando la medicina tradicional. Grollig apuntó que, sin importar la imagen o eficiencia de una práctica médica, las ideas preconcebidas que la población tenga sobre el asunto sobre el cual opera determinarán su aceptación o rechazo (Grollig, 1976). Aunque considera que los sistemas presuntamente más eficientes desplazarán paulatinamente a los menos eficientes, acepta que nociones análogas serán más fácilmente aceptadas que las que tengan una base estructural completamente diferente.

En el caso de la sexualidad, tal como la conciben los kekchís, no se trata de determinar si sus concepciones biológicas al respecto son iguales o no a las occidentales, puesto que el organismo humano es el mismo en todas partes, sino a la conceptualización misma de la sexualidad, un terreno en el que la penetración occidental, aunque en efecto suceda, ocurre mucho más lentamente. Sobre todo por la efectividad y vigencia de la institución de la partera, quien

en su calidad de especialista tradicional está en capacidad de proporcionar respuestas y explicaciones en concordancia con las concepciones sobre la reproducción humana propias de la etnia kekchí. En efecto, se constató que, aunque los pobladores reporten la asistencia regular a los servicios médicos de Cobán e incluso consideren satisfactorio el tratamiento, la asistencia a embarazos o partos en estos servicios sigue siendo baja. Los kekchíes consideran que el lenguaje técnico médico y su propio desconocimiento del español les impiden comprender del todo las explicaciones de los especialistas occidentales sobre este tema, aunque para otros problemas los consideren eficientes y los prefieran.

En relación a la primera hipótesis, se puede decir que, en efecto, los marcos conceptuales etnomédicos en Chamelco son instrumentos adaptativos y selectivos de la realidad actual. La adopción y aceptación del sistema occidental de servicios médicos no presenta mayor dificultad. A pesar de la preferencia por la imagen e institución de la medicina occidental, existen factores identificables que condicionan esta actitud y que pueden ser de índole bastante práctica como la distancia a las clínicas, la eficiencia del servicio, etcétera, pero también la confianza que se confiere al personal, motivo por el cual el tratamiento de embarazos y partos, hasta el momento, ha quedado en manos de la medicina tradicional.

Si, como apuntan Woods y Graves (1973), el requisito para la modernización, que en este caso es la adopción del sistema médico occidental, es la exposición a ésta, pero con una predisposición inicial a aceptar sus ventajas, en efecto ocurre que los habitantes de San Juan Chamelco ven favorablemente a la medicina occidental en términos objetivos: desarrollo infraestructural, personal "experimentado", etc. Los factores que limitan su adopción son otros: además de los aspectos materiales, la selectividad opera en base a concepciones culturales diferentes, que, como apunta Morley, son "cerradas", es decir, no permiten explicaciones alternativas (Morley y Wallis, 1978) porque son coherentes en relación a otras creencias del mismo o diferente tipo, pero que se apoyan mutuamente.

La segunda hipótesis se puede desglosar en tres niveles. El primero implica la íntima relación existente entre la práctica médica tradicional y los aspectos culturales que presenta la población de Chamelco, mayoritariamente indígena y perteneciente al grupo étnico kekchí.

La representación cosmogónica condiciona la ideología psicosocial de los individuos. En los problemas de salud, las conceptualizaciones parten de este punto. Para muchos de los integrantes de la comunidad estudiada existen enfermedades únicamente comprensibles dentro de su propia cultura (véase, en Anexos, el Tercer Tipo de Entrevista), derivadas del concepto de pecado y de connotaciones mágico-religiosas que se deben a transgresiones dentro de un orden natural-sobrenatural propio y determinado. Sobre la base de estas ideas, existen significados y regulaciones para las relaciones sexuales, el embarazo, el parto y el aborto. Aunque se llegue a tener una idea clara acerca de la etiología biológico-mecánica de los procesos que afectan al organismo humano, sea por factores educativos, conversión religiosa o alguna otra forma aculturativa, se participa de las creencias culturales tradicionales consciente e inconscientemente porque estas son normativas de las acciones del grupo intra e intercomunalmente y tienen una extensión reguladora social muy importante (v.g. las transgresiones a la secretividad e intimidad del acto sexual, que ocasionan

el "chilij", el rechazo social general al aborto, etc.).

La sustentación psicoemocional es necesaria dentro de estos significados para restablecer el equilibrio biosocial del enfermo. La medicina occidental no puede penetrar en este campo debido a razones de orden filosófico-ideológicas. Cabarrús menciona la estructura ética que en términos occidentales se entiende como "ley natural" contra la cual un individuo puede cometer un pecado o una maldad intrínseca al acto mismo (Cabarrús. 1979) y que devienen en enfermedad reconocida y aceptada por el grupo como consecuencia directa de la transgresión. Debe hacerse notar, por ejemplo, que las mujeres kekchís consideran el aborto un pecado, un tema del que no se habla; sin embargo, llegado el caso de tener que afrontar un aborto por accidente o si la madre corre peligro, es labor exclusiva de la comadrona, que conoce la correcta utilización de plantas y brebajes.

A pesar que la medicina occidental goza de confianza entre la población de Chamelco y es la más utilizada, sigue teniendo validez funcional la medicina tradicional, que sirve de vehículo sincrético entre la cosmovisión étnico-cultural manifiesta y participativa y el sentido práctico y selectivo en la adopción de la terapéutica occidental.

De ahí que la mayor parte de practicantes de la medicina tradicional apliquen sus conocimientos en forma mixta y el que las personas construyan un orden evaluativo de los recursos y confiabilidad terapéutica, que regularmente va de la tradicional a la occidental, aunque la primera "se muestre incapaz de reestablecer la salud en términos occidentales". Sin embargo, mal podría un especialista occidental convencer a los habitantes de que puede curar el "hijío de gente", el "hijío de perro" o el "acuás", aunque efectivamente hiciera desaparecer los síntomas, si insiste en considerarlos en términos exclusivamente físicos y no provenientes de la transgresión del equilibrio térmico del paciente por un acto inadecuado o de un deseo reprimido que deja su marca.

El segundo nivel de análisis se centra en los aspectos etnolingüísticos. Puesto que la medicina occidental está elaborada sobre una lógica positivista, a partir de una concepción diferente a la medicina tradicional en lo referente a la etiología, el diagnóstico, la curación y el efecto final en el sujeto en tratamiento, existe por ello una marcada diferenciación entre los contenidos semánticos de uno y otro discurso explicativo. Para la población de Chamelco, identificada como "rural" (aldeas y caseríos) someterse a un tratamiento médico occidental es dificultoso, a pesar del deseo consciente que se puede tener, por las diferencias etnolingüísticas (monolingüismo y conceptualizaciones culturales). Para el sujeto enfermo kekchí, el médico occidental sólo expone la implicación natural, concreta y somática de la enfermedad, la causalidad inmediata del hecho. No puede plantear los aspectos cosmogónicos, que condicionan el padecimiento, por serle ajenos o desconocidos en la cultura de la que participa. En su nomenclatura científica, no existen las palabras que los abarquen, determinen y definan clara y exactamente; en consecuencia, para tratarlos sólo puede hacer referencia al efecto, porque aunque lo hiciera a la causa, esta no coincidiría con el inicio que el paciente le atribuye y que está contenido en la palabra misma que utiliza para designar su enfermedad.

El tercer nivel de análisis se encuentra contenido en las normas de conducta y socialización intraétnica, que son fundamentales para la alimentación y retroalimentación de sus marcos culturales puesto en práctica cotidianamente.

En este caso, se necesita analizar la acción que se da entre los individuos involucrados en un proceso curativo tradicional, es decir, el sujeto agente tradicional (curandero, comadrona, compone-huesos, hierbero, etc.) y el sujeto receptor-paciente, para entender la preferencia y eficiencia de la medicina tradicional, por ejemplo en lo concerniente a los aspectos relacionados con la reproducción humana (embarazo, parto, aborto). En la población de San Juan Chamelco, las relaciones entre comadronas y futura madre van desde la importancia "formal" de la reproducción ampliada en el cuidado médico-paciente hasta la comunicación de los problemas intragrupales de la comunidad en diferentes esferas de interés colectivo. Los aspectos normativos de la conducta, fundamentados en tabús, precauciones y cuidados pre y post-parto, las respectivas enfermedades asociadas a estos estados, las connotaciones mágico-religiosas, mantienen vigentes la identificación y la revitalización de elementos integrativos de la cultura kekchí.

Sobre la tercera hipótesis se puede decir que abarca y contiene las dos anteriores, puesto que en el primer caso, confluyen elementos tradicionales kekchís versus elementos innovadores occidentalizantes como consecuencia de la situación socioeconómica en la que se ve inmersa la comunidad de Chamelco como grupo dominado dentro de una sociedad nacional mayor. En el segundo caso, los elementos tradicionales constituyen la necesidad consciente e inconsciente de preservar la identidad étnica de la población de Chamelco como miembros de una cultura específica en proceso de descomposición por presiones externas. A la vez que una aceptación general de la medicina occidental, a la que se ve como benefactora y eficiente, se establece una separación de campos: de la medicina occidental se requiere la atención primaria en salud y existe un marcado interés por informarse e incorporarse a diversos programas de salud integral; de la tradicional se exige que siga operando sobre aquellos aspectos de la salud que por las concepciones culturales de la comunidad necesitan prácticas consecuentes y coherentes.

13. CONCLUSIONES

1. La movilidad espacial, por razones de naturaleza socioeconómica, predispone a la población de Chamelco a la confrontación, asimilación o funcionalización de nuevos elementos culturales dentro de una escala de selectividad estructurada **en el empirismo y la conciencia del beneficio percibido**, cuestión aplicable al renglón de la medicina curativa.
2. Relacionado a lo anterior existe aceptación casi generalizada de la medicina occidental en las comunidades de Chamelco **pero aún a nivel ideal** debido a dos factores concretos y objetivos: primero, la incapacidad infraestructural de la medicina occidental; y segundo, a la actitud kekchí de etnorresistencia sobre la base de retroalimentar constantemente sus componentes culturales en actividades trascendentales para el grupo.
3. En relación al segundo factor enunciado, tenemos que entre los kekchís de San Juan Chamelco una de las principales formas de retroalimentar consciente o inconscientemente buena parte de sus componentes ideológicos (étnico-culturales) en la actualidad, es el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el aborto.

14. BIBLIOGRAFIA

Ackernecht, Erwin H.

- 1978 "Primitive surgery". En Health and the human condition. Duxbury Press.

Adams, Richard

- 1952 "Prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala". En Guatemala Indígena, No. 17, IIN, Guatemala.

- 1962 "Organización social y prevalencia de la malnutrición proteínica en una comunidad de Guatemala". En: Guatemala Indígena, Vol. III, No. 2, Abril-junio, IIN, Guatemala.

- 1967 "Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo del altiplano indígena de Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. III, Nos. 1-4. Segunda Epoca. IIN, Guatemala.

AID

- 1975 Tradition, behavior & health. AID.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

- 1977 "La investigación en Antropología médica en México". En Simposio internazionale sulla medicina indigena e popolare dell'America Latina. Instituto Italo Latino Americano, No. 9, Roma.

- 1978 "La capacitación para la medicina intercultural". En La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington.

Alejos, José

- 1983 "Ensayos de Etnohistoria Kekchí". En Nacxir, Vol. 3, época 1. Escuela de Historia, USAC, Guatemala.

Una perspectiva antropológica del cambio económico, Alta Verapaz oriental, el caso de la aldea Chicanus, Tesis Escuela de Historia, USAC, Guatemala.

Alland, Alexander

- 1970 Adaptation in cultura evolution: an aproach to medical antropology. Columbia University Press, N.Y.

Alvarado, Anita L.

- 1978 "Utilización de agentes y conceptos etnomédicos en el marco de referencia de la medicina occidental". En La medicina

moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington.

Arce Canahui, Angel

1983 Caracterización del sistema productivo de los campesinos del microparcelamiento Sacsuhá de la aldea La Tinta, municipio de Panzós, Alta Verapaz. Guatemala, Tesis, Facultad de Agronomía, USAC, Guatemala.

Arnauld, Marie

1980 "Arqueología de la Alta Verapaz occidental, sociedad y patrones de asentamiento". En: Antropología de Historia de Guatemala. Vol. 2, época II.

Avila, César Augusto

1977 "Creencias populares sobre la etiología de la caries y el dolor dental en grupos indígenas kekchíes". En Guatemala Indígena, Vol. XII, Nos. 1-2, IIN, Guatemala.

Cabarrús, Carlos

1979 La cosmovisión kekchí en proceso de cambio. El Salvador, UCA Editores.

Cáceres, Armando y Lidia Girón

1984 "Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Cáceres, Edgardo y Armando

1984 "Revalidación cultural y transferencia de recursos terapéuticos para mejorar la atención de salud en áreas rurales de Mesoamérica". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Carter, William

1969 New lands, old traditions. Center for Latin American Studies, University of Florida, Gainesville.

Carlson, Ruth y Francis Eachus

s.f. "El mundo espiritual de los kekchíes". En Guatemala Indígena, Vol. XIII, Nos. 1-2. IIN, Guatemala.

Castellanos Cambranes, Julio

1977 El imperialismo alemán en Guatemala. Instituto de Investigaciones económicas y sociales, USAC, Guatemala.

Cosminsky, Sheila

1976 "Cross-cultural perspectives on midwifery". En Medical Anthropology. The Hague Mouton Publishers.

Dieseldorff, Erwin

1940 Las plantas medicinales del departamento de Alta Verapaz. Tipografía Nacional, Guatemala.

Estrada Monroy, Agustín

1979 Mundo Kekchí de la Verapaz. Editorial del Ejército, Guatemala.

Figueroa, Horacio

1984 "Algunos aspectos de medicina tradicional". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Foster, G.

1968 "Comentarios" en: R. Badgley (comp.), Ciencias Sociales y planeación en salud. Milbank Memorial, Vol. XLVI 2 parte 2.

1975 "Medical Anthropology and International health". En Tradition, behavior & health. AID.

1978 "Medical anthropology: some contrasts with medical sociology". En Health and the human condition. Perspectives on medical anthropology. Duxbury Press.

García Antillón, Jorge Eduardo

1984 Análisis del impacto del control de la natalidad en la familia guatemalteca. Tesis, Facultad de Derecho, USAC, Guatemala.

García, Bertha, et al.

1978 "Creencias y conocimientos sobre biología de la reproducción en Santa María Cauqué", en Guatemala Indígena, Vol. XII, IIN, Guatemala.

Gehler Mata, Carlos

1980 Vida, enfermedad y muerte en Guatemala. Editorial Universi-

65

taria, Colección Monografías, No. 8. USAC, Guatemala.

Ghidinelli, Azzo

1981 "La investigación etnomédica y su sectorialización". En Guatemala Indígena, Vol. XVI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Gómez Lanza, Helio

1984 Monografía del municipio de San Juan Chamelco Alta Verapaz. IIN, Ministerio de Educación, publicaciones especiales, Guatemala.

Grollig, Francis

1976 Medical antropology. The Hague Mouton Publishers. Chicago

Guadrón de Cifuentes, Ana Emilia

1976 Factores socioculturales que inciden en la utilización de los servicios de salud en Patzún, Chimaltenango. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Haeserijn, Esteban

1975 "Filosofía popular de los kekchís de hoy". En Guatemala Indígena, Vol. X Nos. 3-4, Julio-Diciembre, IIN, Guatemala.

Hughes, Charles C.

1978 "Medical care: Ethnomedicine". En Health and the Human condition. Duxbury Press.

Hurtado, Elena

1984 "Estudios de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena del altiplano de Guatemala". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.

Hurtado, Juan José

1973 "Algunas ideas para un modelo estructural de las ciencias en relación con la enfermedad en el Altiplano de Guatemala" En Guatemala Indígena. Vol. III, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

1978 "Prácticas relacionadas con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto sobre la salud y el estado nutricional de las madres y niños de edad baja en Latinoamérica". En Guatemala Indígena, Vol. XII, Nos. 3-4. IIN, Guatemala.

- Johnston, John R.
s.f. Catálogo de plantas medicinales del departamento de Alta Verapaz. Tipografía Nacional, Guatemala.
- Kearney, Michael
1979 "Spiritualist healing in Mexico". En Culture and curing: anthropological perspectives on traditional medical beliefs. University of Pittsburgh Press.
- King, Arden
1974 Cobán and The Verapaz, History and cultural process in northern Guatemala. Middle American Research Institute, publication 37, Tulane UNN, New Orleans.
- Kochar, V.K. et al
1976 "Human factors in the regulation of parasitic infections: cultural ecology". En Medical Anthropology. The Hague Mouton Publishers.
- Landy, David
1978 "Role Adaptation: traditional curers under the impact of western medicine". En Health and the human condition. Duxbury Press.
- Logan, Michael y Edward Hunt
1978 Health and the human condition. Perspectives on medical anthropology. Duxbury Press.
- Logan, Michael H.
1978 "Digestive disorders and plant medicinals in Highland Guatemala". En Health and the human condition. Duxbury Press.
1978 "Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine". En Health and the human condition. Duxbury Press.
- Martínez Gálvez, Edgar Ariel
1978 Realidad de la planificación familiar en Baja Verapaz. Guatemala.
- McClain, Carol
1978 "Ethno-obstetrics in Ajijic". En Health and the human condition. Duxbury Press.

- McCullough, John M.
- 1978 "Human ecology; health adaptation, and belief systems: the hot-cold syndrome of Yucatán". En Health and the human condition. Duxbury Press.
- Mellen, Ann George
- 1974 "El uso de las plantas medicinales en Guatemala". En Guatemala Indígena. Vol. IX, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.
- Mencos Santos, María V.
- 1976 Diagnóstico de la situación de salud del grupo materno-infantil en el Municipio de Agua Blanca, Jutiapa. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala
- Morley, Peter y Roy Wallis
- 1979 Culture and curing: anthropological perspectives on traditional medical beliefs. University of Pittsburgh Press.
- Morley, Peter
- 1979 "Culture and the cognitive world of traditional medical beliefs". En Culture and curing: anthropological perspectives on traditional medical beliefs. University of Pittsburgh Press.
- Pacheco, Luis V.
- 1980 "Religiosidad kekchí alrededor del maíz". En Guatemala Indígena, Vol. XV, Nos. 3-4. IIN, Guatemala.
- Prado Ponce, Eduardo (compilador)
- s.f. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Ermes.
- Population Council
- s.f. Studies in family Planning. One Dag Hammarskjold; Plaza New York, N.Y.
- Quezada, Noemí
- 1977 "Creencias tradicionales sobre el embarazo y parto". En el Simposio Internazionale della Medicina Indígena e Popolare de America Latina. Roma
- Quintana, Epaminondas
- 1970 "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala". En Congreso Panamericano de Historia de la Medicina.

Edit. Pineda Ibarra, Guatemala.

Roca Sandoval, Héctor Rafael

1976 Modelo de programa materno-infantil con proyección a aplicarse en el municipio de San Sebastián Huehuetenango. Tesis, Facultad de Medicina, USAC. Guatemala.

Rodríguez Rouanet, Francisco

1969 "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala". En Guatemala Indígena. Vol. IV, No.2, Diciembre. IIN, Guatemala.

Rogers, Everett

1976 Comunicación en las campañas de planificación familiar. Editorial Pax, México.

Rogoff, Bárbara

1977 "Etnografía del desarrollo del niño en una comunidad maya en proceso de modernización". En Guatemala Indígena, Vol. XI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Roque, José María

1941 Flora médico guatemalteca. Tipografía Nacional, 1941.

Rosel, Enrique

1964 La medicina entre los mayas. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Ruano Reyes de Méndez, Hilda

1975 Análisis de la planificación familiar en Guatemala. Tesis, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala.

Rubio, O. Gonzalo

1976 "Medicina indígena actual". En Guatemala Indígena. Vol. XI, Nos. 1-2, Enero-Junio. IIN, Guatemala.

Sac velásquez, Luis Angel

1981 Análisis del funcionamiento y resultados del programa de planificación familiar en la clínica "MAM" en San Juan Ostuncalco. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Saquic C. Rosario

1970 "La familia indígena y la planificación familiar". En Guatemala Indígena. Vol. V, No. 2. IIN, Guatemala.

- 1971 "Aspectos de la medicina popular en Guatemala". En Guatemala Indígena, Vol. VI, No. 1, Marzo. IIN, Guatemala.
- Sedhat, Guillermo
- 1955 Nuevo diccionario de las lenguas kekchí y española. Guatemala, Instituto Lingüístico de Verano.
- Solien, Nancie
- 1971 "Creencias médicas de la población urbana en Guatemala". En Guatemala Indígena. Vol. VI, No. 4 IIN, Guatemala.
- Stewart, Stephen
- 1980 Gramática kekchí. Guatemala, Editorial Académica Centroamericana, Guatemala.
- Scrinsshaw, Susan y Elizabeth Burleigh
- 1978 "Posibilidades de integración de la medicina indígena y la occidental en América Latina y en las poblaciones hispanicas de los Estados Unidos de América". En La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington.
- Torres, Miguel F.
- 1984 "Utilización ritual de la flora psicotrópica en la cultura maya". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Col. Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.
- Woods, Clyde M. y Theodore Graves
- 1973 The process of medical change in a highland guatemalan town. L.A. Medical Center: University of California.
- Urizar Méndez, César
- 1983 Contribución de los curanderos tradicionales a la solución de la problemática de salud en Guatemala, un enfoque antropológico. Tesis, Escuela de Historia, USAC.
- Varios
- 1981 Posición social del indígena en Alta Verapaz. Guatemala Imprenta Sánchez.
- s.f. "Un viaje al Nuevo Mundo". En: Revista Mesoamericana, CIRMA, Vol. 2.
- 1978 Diccionario Geográfico de Guatemala, Tomos I y II Tipografía Nacional, Segunda Edición de Guatemala, Guatemala.

Velimirovic, Boris

- 1978 La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington.

Vidaurre Baldizón, José Rafael

- 1976 Diagnóstico de salud del grupo materno infantil de la población de San Antonio Senahú, Alta Verapaz. Tesis, Facultad de Medicina, USAC, Guatemala.

Villacorta, J.L.

- 1976 Historia de la medicina, cirugía y obstetricia prehispánicas. Guatemala.

Villatoro, Elba

- 1982 "Vida y obra de los curanderos del Petén, Guatemala". En La Tradición Popular, No. 38, CEFOL, USAC. Guatemala.
- 1983 "La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala". En La Tradición Popular. Nos. 42/43, CEFOL, USAC. Guatemala.
- 1984 "La medicina tradicional en Guatemala: aspectos históricos". En Etnomedicina en Guatemala. CEFOL, Colección Monografías, Vol. 1. USAC, Guatemala.
- 1986 "El baño de vapor tradicional, un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco". En La Tradición Popular, No. 59. CEFOL, USAC. Guatemala.

CUADRO No. 1
EXPERIENCIA OBSTETRICA SEGUN MUESTREO POBLACIONAL

EDAD Y SEXO	Promedio de hijos vivos x familia	Promedio de hijos muertos x fam.	Promedio de abortos por familia
Mujeres jóvenes 17-25	3.8	0.6	0.4
Mujeres adultas 25-45	6.2	2	1.2
Hombres jóvenes 17-25	3.2	1	---
Hombres adultos 25-45	8.2	2	---

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 2
EPOCA EN QUE PUEDE EFECTUARSE LA CONCEPCION

EDAD (Años) Y SEXO	Cualquier época	Relacionado al ciclo menstrual	Relacionado a la voluntad divina
Mujeres jóvenes 17-25	12	3	12
Mujeres adultas 25-45	8	3	14
Hombres jóvenes 17-25	14	---	11
Hombres adultos 25-45	13	---	12

FUENTE; Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 3
CREENCIAS SOBRE LA MANERA DE EFECTUARSE LA CONCEPCIÓN

EDAD (años) Y SEXO	Coito, unión de ambos	La mujer sólo sirve de receptáculo	Desconocido
Mujeres jóvenes 17-25	12	2	1
Mujeres adultas 25-45	10	2	3
Hombres jóvenes 17-25	14	1	---
Hombres adultos 25-45	12	3	---

FUENTE; Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 4
ACTITUD DEL MUESTREO POBLACIONAL HACIA LOS ANTICONCEPTIVOS

EDAD (AÑOS) Y SEXO	les gustaría	No aceptaría	Necesita más información	lo están usando
Mujeres jóvenes 17-25	4	1	12	1
Mujeres adultas 25-45	10	3	9	4
Hombres jóvenes 17-24	11	2	6	---
Hombres adultos 25-45	4	8	8	4

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 5

ACTITUD DEL MUESTREO POBLACIONAL HACIA EL NUMERO IDEAL DE HIJOS

EDAD (años) Y SEXO	1 - 2	3 - 4	5 - 6 ó más
Mujeres jóvenes 17-25	2	13	-----
Mujeres adultas 25-45	4	8	3
Hombres jóvenes 17-25	4	11	-----
Hombres adultos 25-45	3	11	3

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 6

CREENCIAS SOBRE EL MOMENTO DE INICIO DE LA VIDA DEL NIÑO

EDAD (años) Y SEXO	Al empezar el embarazo	A los 5 me- ses de emba razo	Al momento de nacer
Mujeres jóvenes 17-25	8	7	---
Mujeres adultas 25-45	4	11	---
Hombres jóvenes 17-25	8	7	---
Hombres adultos 25-45	6	9	---

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 7

REANUDACION DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DESPUES DEL PARTO

EDAD (años) Y SEXO	15-22 días después del parto	30 días des- pués del parto	40 días des- pués del parto
Mujeres jó- venes 17-25	---	2	13
Mujeres adul- tas 25-45	---	1	14
Hombres jó- venes 17-25	---	2	13
Hombres adul- tos 25-45	---	2	13

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 8

REANUDACION DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DESPUES DEL ABORTO

EDAD (años) Y SEXO	4-5 días después	30 días después	90 días después
Mujeres jó- venes 17-25	1	14	----
Mujeres adul- tas 25-45	----	15	----
Hombres jó- venes 17-25	2	13	----
Hombres adul- tos 25-45	----	15	----

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 9
CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD AL NACER

EDAD (años) Y SEXO	Mala posición asfixia, ma- triz estrecha	Otras enfer- medades	Inexperiencia de la madre
Mujeres jó- venes 17-25	11	4	---
Mujeres adul- tas 25-45	13	2	---
Hombres jó- venes 17-25	12	2	1
Hombres adul- tos 25-45	10	2	3

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 10
CONCEPTOS SOBRE EL PRESTIGIO DE TENER HIJOS

EDAD (años) Y SEXO	Ayudan en el trabajo	Sostienen cuando mayores	Así lo dispone Dios
Mujeres jó- venes 17-25	11	3	6
Mujeres adul- tas 25-45	14	3	12
Hombres jó- venes 17-25	15	6	10
Hombres adul- tos 25-45	15	2	14

Fuente: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 11
CREENCIAS SOBRE LA EPOCA DEL DESTETE

EDAD (años) Y SEXO	2-4 meses des- pués de un nuevo embarazo	Hasta el naci- miento de otro niño	Hasta que se ter- mina la leche materna
Mujeres jó- venes 17-25	2	6	7
Mujeres adul- tas 25-45	4	7	4
Hombres jó- venes 17-25	2	8	5
Hombres adul- tos 25-45	4	10	1

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

CUADRO No. 12
CONCEPTOS SOBRE LA MADUREZ POR SEXOS

EDAD (años) Y SEXO	Menstruación (F) Cambio de voz (M)	Tener familia (F) Contraer ma- trimonio (M)	Ambas cosas
Mujeres jó- venes 17-25	9	6	10
Mujeres adul- tas 25-45	9	6	12
Hombres jó- venes 17-25	4	11	10
Hombres adul- tos 25-45	1	14	1

FUENTE: Datos del segundo tipo de entrevista

ENTREVISTAS GRABADAS

TRADUCCION

Aldea Satexa

Entrevistador: Francisco Tzul

Entrevistado: Pedro Botzoc

Profesión: Curandero

P. A qué horas se atiende a la gente?

R. El dice que no tiene hora.

P. Qué días se atiende?

R. Días lunes y viernes: consulta el lunes y viernes entrega los medicamentos.

P. Qué enfermedades cura?

R. Cualquiera clase de enfermedad, ya sea dolor de estómago, tos, cólico y dolor de cabeza.

P.Cuál se presenta constantemente?

R. Dolor de cabeza, calentura, dolor de estómago.

P. Quién de ellos es más atacado por la enfermedad frecuentemente?

R. El dice que son las personas ya grandes y también los niños.

P. Si sólo de la aldea o llega del pueblo?

R. Nada más los de la comunidad.

P. Si vienen de lejos los que atiende?

R. Hay veces que atiende a los de lejos y a veces sólo la comunidad.

P. Cómo se aplica la medicina?

R. Con medicina de farmacia y hay veces que con hierbas, las hierbas aquí, parthé para el dolor de estómago, Quimakché.

P. Qué medicina aporta él?

R. Linimento, bagché, cola de caballo, curarina, té de limón, apazote.

P. Dónde consigue el medicamento?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
81

- R. Lo que es de farmacia lo compra, lo que es de hierba lo consigue en la montaña.
- P. Cómo lo prepara, lo combina o sólo hierbas?
- R. Primero se aplica el medicamento de farmacia, si da resultado se queda con eso, si no se queda con la hierba.
- P. Cuándo o qué cantidad utiliza al día?
- R. Si es de farmacia utiliza dos frascos y si es hierba utiliza dos botellas.
- P. Cómo se quedaron, se curaron o no se curaron?
- R. Los que terminan la medicina sí se curan, los que dejan a medias a las dos semanas vuelven a enfermarse o sea los que siguen el tratamiento se curan, los que no a las dos semanas vuelven otra vez.
- P. Por qué llegan las mujeres a curarse?
- R. Dolor de estómago, dolor de cabeza.
- P. Qué enfermedades atacan al niño al nacer?
- R. Tos, tosferina.
- P. Si él estudió sobre su profesión?
- R. No estudió, únicamente fue herencia de su papá, con su papá aprendió.
- P. Cuantos partos ha atendido?
- R. Nunca ha atendido partos.
- P. A qué distancia llega?
- R. No sale, no llega, hacer visitas, a él le llega la gente, ha recibido pláticas de planificación familiar, ha escuchado en las radios; no tenemos problemas sobre eso, no le prestamos atención, no aplicó ningún medicamento sobre eso.
- P. Sobre qué han hablado en la comunidad en las pláticas?
- R. Sobre la palabra de Dios, se juntan, como agentes, los evangélicos, niños, personas ya grandes.
- P. Técnicas o instrumentos de la plática?
- R. La Biblia, el libro de canto, autoparlantes.
- P. Ayuda alimentaria?
- R. No dan.

- P. Medios de transporte?
- R. Cargado silla, si resiste el enfermo, entre dos. Acostado, en tabla o palos.
- P. Hasta dónde llega la carretera?
- R. Hasta San Marcos, de allí a Satexa en bestia o a pie.
- P. No llega vehículo?
- R. ...
- P. Si llega constantemente la medicina?
- R. No llega nada, él compra la medicina, conforme el valor, así también la da, no tiene ayuda de medicamentos, la medicina las compra muchas veces con las madres, dándoles la receta y ellas la consiguen. El casi siempre consigue las plantas medicinales en la montaña.
- P. Cuántas personas atiende?
- R. Muy pocas personas (no dio razones ni número).
- P. Alcanzan las medicinas?
- R. Si alcanza, cantidad de medicina como recurso propio se cobraba un centavo, de repente no tiene dinero, no me gustaría preguntar tanto, y tanto hagamos de caso le pide un quetzal tal vez sólo me trae 0.50 entonces lo que yo digo es a conciencia de él, muchas veces la persona no tiene dinero, quiere que lo curen, se ponen de acuerdo, cúreme cuando termine mi tratamiento se lo voy a pagar, son comblemos entre ellos, está bien le digo yo y le sigo curando. Conmigo no hay ninguna inconveniencia mientras mi trabajo, yo puedo proponer el pues no pide ningún centavo, sino tiene que hacer voluntad como propina podemos decir.
- P. Cuántos enfermos atiende durante el día?
- R. Está entre siete y ocho personas o muchas veces una nada más al día.
- P. Cuánto tiempo esperan?
- R. Muchas veces horas o veinte minutos.
- P. Cómo miraba él si era suficiente para atender a la gente?
- R. Me dijo que sí.
- P. El centro de salud ha ayudado (vacunación) a la aldea?
- R. No intervino en la vacunación.
- P. Sobre qué vacunaron?

R. Tosferina, sarampión, esas dos.

P. Cuántos días trabajaron?

R. Tres veces al año.

P. Qué problemas se presentaron?

R. No se presentó ninguna dificultad (negativo, señor Chucujal).

ENTREVISTAS GRABADAS

Aldea San Marcos

Entrevistada: Doña Albertina

Edad: 60 años

Profesión: Comadrona, curandera, sobadora, hierbista.

Cualquier hora, atiendo a la gente, a la hora que ellos me visitan, cualquier día y cualquier hora. Todo es cuando me vienen a buscar las personas. Yo les atiendo rápido, sean pequeñas o grandes yo los atiendo, yo no me hago de rogar, porque todo lo que sé es para bien de toda mi gente ante Dios y toda mi gente hay veces que las personas gentes o mujeres embarazadas que se encuentran bastante mal, yo sobo cerca de su casa o voy a caminar en el lugar donde ellas me indican, yo los puedo sobar sin necesidad que me estén rogando, yo llevo siempre el balsámico, en la camisa o en cualquier lado.

Muchas enfermedades graves, hay personas que se les hincha el estómago y yo los he curado, y espantados también los he curado y enfermedades de pájaros o animales, también los que se chillan. Los niños muchas enfermedades los atacan, también yo los he curado, más me dedico a mujeres embarazadas.

A los niños recién nacidos les duele mucho el estómago, y es porque él, y también a mujeres que han tenido el problema de no de que ellos quieren tener hijos, no pueden tener y siempre hay abortos; para que no hayan abortos yo les he curado, para que no aborten, con un huevo, pero eso que se hace tres veces, y hay medicinas, hojas que yo les doy de tomar, porque cuando aborta una mujer es porque el cuerpo está muy débil, no queda embarazada, a las mujeres que les pasa siempre eso, abortan son las muchachas las que tienen por primera vez sus bebés y por eso les hago el acosin. Con un huevo, el huevo se deshace en una taza y se lo pone en una palangana que se siente encima, y hasta que absorbe todo eso se quedan y es porque el niño que va a venir absorbe todo eso, y así tres veces, los faja, les da medicina, les da todo eso y quedan bien el feto.

Hay personas que vienen cerca y otras de lejos. Las mujeres que están a punto de perder la criatura, a punto de tener un aborto, les hago la curación, o les hago que se queden siempre embarazadas, les hago tres veces el huevo de gallina.

Solo medicinas tomadas y aplicadas uso. Las consigo donde venden medicinas, y también las medicinas de hojas en el monte o en la montaña. Hay medicinas cocinadas y estas las aplico en el cuerpo, conozco veinte clases de medicinas, todas estas clases de medicinas no muy las uso con frecuencia, son pocas las que uso con frecuencia. Sólo para las enfermedades que más se presentan, la cantidad que usan ellas piensan que es bastante, las medicinas que ella buscan en los montes o en las montañas, no lo mide, sólo lo busca y lo usa, cree que las usa bastante, todas las personas que han venido aquí conmigo se han curado los que han terminado de llevar la receta como lo digo yo, ahora los que no, no.

Las mujeres me buscan es para que sí sientan hierba y no se sientan mal.

Yo he visto muchas dificultades pero sólo las he visto y no ha tocado ver cosas muy difíciles al asistir a partos.

Yo he recogido dos con bastante dificultad, costó que se diera a luz la señora una de Tauman y tuvo un su bebé y que tenía los brazos amarrados en el pecho en el pescuezo y no se le estaba bien, estaba doblado, y a eso se debe que. Y en Taumán lo masajío, lo arregló y con balsámico todos los días y se estira la mano del niño y ella no le da pena ni miedo que nació con el pie impedido, y se lo llevó al hospital y ella misma fue a dejar allá para que le arreglaran el pie al niño, yo he oído que muchos niños cuando vienen al mundo se mueren pero yo no he visto ninguna de esas dificultades, lo que he visto solamente es que porque al niño le cuesta que le seque el ombligo.

PRIMER TIPO DE ENTREVISTA (kekchí)

1. Cáru honal na cúlculi' li kaski tzin
2. Carú cutanquil na cacúl cui'
3. Ma cuan xcutanquil nacat bánoc ciu'
4. Cáru yajelil na cabán
5. Bar cuan rajlal nax cút ril
6. Ani reheb naque' cúluc li yajelaí. Ani eb' ut harub chihab eb li naque' cúluc re a yajel aín
7. Maj tenamit malan an cálebal
8. Ma naj naque' cal malaj nach' naque' al chak
9. Chan ra na uxbán xbánbál
10. Cáru chi banil na caqué
11. Bar nacatan ut chan ru na catan: chi lok'bil, chi sibíl
12. Chan ru nacayiib' jarub' paay. Nacocuocsi.
13. Jo' quéhal nacacoucsi sa' cutan
14. Chan ru xe' cana ma xe' quíva malaj incá' xe'xchoy xbánbáleb rib' mala cun chi xcomon
15. Cááje nak naque' hulac eb li ixk chi ileéc riqúin chi cááj yajel
16. Cáru cháájquila naque' ril li cúlaál nak tojo' te'ril cutan, malaj eb li cocál
17. Ma xtzolman báyak rix: bar sa; chútam, malaj riqúi esilal
18. Jarub' li cúlaál naca xoc jarub' na nume' malaj cáru chic nacúl man, chirix li cúlaál malaj li na' bej

Cute'c

1. Ma na oquene li bánlebal sa' li cutuc
2. Ma nacat oquene laát sa li cutuc
3. Cáru chi ix x-uxman li cutuc ut cáru yajelil xebán
4. Jarub cutan jo' najtil xex cutuc
5. Cáru xsahil ut cáru xchá' ajquilal xcúlman

Ulaánc jun cabál

6. Joké nacat ulaánc
Chan ru nacat hulac sa' jun cabal
7. Ma najt nacat hulac malaj chi nach'
8. Jarub naca béni sa' li cutan malaj sa' li xaman

Xcúbanquil ru li jun cabál

9. Ma txolbilar jun sutal chi rix a chútan aín
10. Ma cuan rusil malaj macá' aj e a na'leb aán
11. Ban cuan reheb na'leb aán nacuoocsi (natural o artificial)
12. Bar cuan rehen li na'leb aín us na'que' ele ut cáút
13. Ani na ocsine re
14. Ani reheb a cristian aín naque' ocsinc re ma eb li bihom malaj li ne' ba'
15. Joké naru na ocsiman
16. Ma naque' rocsi li abibal chich' malaj ilebal jalam mu (televisión) malaj jalam chic esilal

17. Ma naquex tenkác riqúin tzacahek
18. Ani hatkeb naque'x cúl re ut cááj e
19. Cáák ru naque cúl
20. Ma us ut malaj incá chok ere
21. Cáru aj iquín nal incá' tzákal kachó lo ninquil
22. Ma naque rocsi li abibal chich' malaj ilebal jalam mu (televisión) malaj jalom chic esilal

Serak' chi rix chabil na' leb

23. Chi rix cáru naquex atinac
24. Ma na uxman li chút lac malaj incál
25. Jarub chihabeb naque hulac. Ani hatkeb naque' hulac
26. Ma naque' hulac
27. Cáru na ocsiman chi rix a serak' aín
28. Ma naque' rocsi li abibal chích' malaj ilebal mu (televisión) malaj jalan chi esilal

Chan ru na uxma xcámbaleb li yaj

29. Chan ru rocsinquil ut chan ru na ocsiman
30. Chan ru na uxman li hulac
31. Jo' naitil na hulac li belebal chich'
32. Ma na hulac li belebal chích'

Retalil li cánjelebal ut bán

33. Ma rajlal naque' taklan chak bán
34. Chan ru nacúlun li bán, joquéhal, ma na tzákloc malaj incá' natzak loc

retalil li cánjelebal re bánoc

35. Chan ru nacúlac li bán
36. Chan ru nak' naque lok' li rax kén na bánoc
37. Ma cuan lacánjebál
38. Chan ru nak cuanc
39. Jo' quéhal
40. Ma na tzákloc malaaj incá' cáút
41. Cáru banol rajlal nacacuocsi

Ma tojbil cánjel

42. Jo'nimal nacat iloc cui'
43. Jo'nimal nacaqué cui' li bán
44. Ma cuan xtumineb li kas critzín re atojbal. Malaj cuan chic junak li neque baru
45. Ma anqueye chi ribil erib chan ru nacana la tojbal
46. Chan

Xbánunquil

47. Jarub chi yaj naca cuil sa' li cutan
48. Jo' majtil naque' ribéni eb li yaj re te' ile'k
49. Ma tzáka lat chi rilbaleb li yaj

PRIMER TIPO DE ENTREVISTAS (Español)

- Infraestructura de salud en la comunidad
- Recursos de salud
- Infraestructura y recursos de salud dentro y fuera de la comunidad

Dentro de la comunidad: Entrevistas nivel comunidad central, nivel aldeas aledañas o pertenecientes al sector.

- Puesto de salud
- Farmacia

- Inyeccionista
- Comadrona
- Sobadora
- Curandero/yerbero

Fuera de la comunidad: Cabecera

- Hospital
- Centro de salud
- Clínica privada
- Farmacia
- Comadrona
- Curandero/yerbero

Parámetros:

a. Evaluación:

Horario de atención regular y especial para ciertos servicios (indicar cada día de la semana).

b. Servicios ofrecidos:

Tratamiento médico, atención materno-infantil, vacunación, visitas domiciliarias, planificación familiar, ayuda alimentaria, charlas educativas, medios de trasladar pacientes, etc.

c. Personal:

Cargos y número de personas en el servicio a tiempo parcial o completo.

d. Lista equipo y medicinas:

Frecuencia en el envío de medicinas, medios de transportes, cantidad, suficiencia o insuficiencia.

e. Costos:

Costos de servicio (consultas) y medicinas a los pacientes.

f. Promedio de pacientes atendidos, tiempo de espera en la consulta, relación entre el número de personal y número de pacientes.

Preguntas probables sobre parámetros a:

1. A qué horas se atiende a la gente?
2. Qué días se atiende? hay un día para cada tipo de actividad curativa o para cada enfermedad?

Preguntas probables sobre parámetros b:

- Servicios médicos

1. Qué tipos de enfermedades curan?
2. Cuáles son las más frecuentes?
3. Qué sexos y qué edades presentan más estos cuadros de enfermedades?
4. Son del medio urbano o rural?
5. Vienen de lejos o de lugares cercanos?
6. Qué tipo de tratamiento reciben?
7. Qué tipo de medicinas o remedios prescriben?
8. Dónde y de qué forma la obtienen? (encontrada, regalada, comprada)
9. Cuál es el tipo de preparación de las medicinas? (natural, química, mixta)
10. Cuál es el método de administración? (oral, inyectada, aplicada, otros)
11. Cantidad administrada al día.
12. Obtención de resultados (casos curados, no curados, interrumpidos, otros).

- Atención materno-infantil

13. Cuáles son las principales causas por las que llegan las mujeres? Sintomatología y exámenes practicados.
14. Cuáles son los tipos de adiestramiento? (cursillos, programas, etc.).
15. Cuáles son los problemas más frecuentes en los recién nacidos o niños?
16. Cuál es el promedio de partos y abortos atendidos? (o cualquier otro problema relacionado con el niño y la madre).

- Vacunación en centros de salud o por promotores de salud, inyeccionistas, promotores sociales, etc.
17. Participa o ha participado el centro en la vacunación?
 18. Tipos de vacunación y enfermedades a combatir con las campañas.
 19. Qué tiempo y extensión ha tenido la campaña?
 20. Exito o fracaso de la misma, causas posibles.
- Visitas domiciliarias
21. Cuáles son las causas más frecuentes, comunes o especiales por las que se hacen visitas?
 22. Para qué se hacen?
 23. Cuál es el promedio de visitas semanales o mensuales que se hacen?
- Planificación familiar
24. Ha habido participación en programas o campañas de planificación familiar? (Tamaño, adiestramiento, medios de difusión o propaganda).
 25. Han tenido éxito o se las ha rechazado? Causas.
 26. Qué tipos de métodos han utilizado? (naturales, artificiales).
 27. Cuál método ha tenido mayor éxito? Por qué?
 28. Qué sexo los ha utilizado mayormente?
 29. Cuáles son las condiciones económicas, sociales y culturales de las personas o familias que los han utilizado?
 30. En qué casos los han utilizado?
- Ayuda alimentaria
31. Se han llevado a cabo programas nutricionales? Para quiénes?
 32. De qué tipo han sido estos programas? (naturales, artificiales, otros).
 33. Han tenido o no éxito? Causas.
 34. Cuáles son las causas más frecuentes para la mala alimentación o desnutrición? (culturales, económicas, etc.).
 35. Medios de difusión o propaganda.
- Pláticas educativas
36. Cuáles son los temas que tratan con más frecuencia?
 37. Tienen buena o mala asistencia?
 38. Qué edades y sexos tienen los asistentes?
 39. Qué resultados se ha obtenido?
 40. Qué recursos se han utilizado para estas pláticas?
 41. Medios de difusión o propaganda.
- Medios de transporte de pacientes, recursos, costos, material físico y humano.

42. Qué tipos de transporte se utilizan y en qué casos?
43. Hay accesibilidad por rutas terrestres o de otro tipo?
44. A qué distancia de los centros urbanos o de la comunidad llegan?
45. Hay disponibilidad de utilización de estos recursos? (costos, material físico y humano)

Nota: El parámetro c incluye preguntas al personal de servicio

Preguntas probables sobre parámetro d:

- Lista de equipo y medicinas

1. Con qué frecuencia llegan las medicinas?
2. Con qué frecuencia compran hierbas medicinales?
3. Con qué equipo de atención cuentan?
4. De qué cantidad disponen?
5. Les alcanzan o no? Por qué?
6. Qué tipo de medicina es el que más llega?

Preguntas probables sobre parámetro e:

- Costos de servicio

1. Cuánto cobra por consulta?
2. Cuánto cobra por la medicina?
3. Tienen dinero las personas a las que atiende para pagarle o utilizan otros medios de pago?
4. Existe algún tipo de financiamiento en los tratamientos? Cuál?

Preguntas probables sobre parámetro f:

- Utilización

1. Cuántos pacientes atienden diariamente?
2. Cuánto tiempo esperan los pacientes para la consulta?
3. Hay suficiente personal para atender a los pacientes?
4. Se dan abasto para atender a los pacientes?

PRIMER TIPO DE ENTREVISTA. MUESTRA.

Municipio San Juan Chamelco, Alta Verapaz, Aldea Chamisun.

Entrevistadora: Albertina Tzib de Cuc

Entrevistada: Santos Cuc

Profesión: Comadrona

Edad: 75 años

Parámetro A:

- P. A qué horas atiende a la gente?
R. Sólo atiendo a mi familia cuando necesita mis servicios.

Parámetro B:

- P. Son del medio urbano o rural?
R. Todos de mi comunidad.
P. Vienen de lejos o de lugares cercanos?
R. Lugares cercanos.
P. Qué tipo de medicina o remedio prescribe?
R. Esencia maravillosa, guaro, pimienta de castilla, al pericón.
P. Dónde y de qué forma la obtienen?
R. En forma pagada.
P.Cuál es el tipo de preparación de las medicinas?
R. Preparación mixta.
P.Cuál es el método de administración?
R. Oral y aplicada.

Parámetro C:

- P. Cuáles son las principales causas por las que llegan las mujeres?
R. Dolores de estómago y cintura.
P. Cuáles son los problemas más frecuentes en los recién nacidos y niños?
R. Con recién nacidos no he tenido problemas, solamente con niños de 5 años en adelante se han muerto por diarrea, calentura, gripe, sarampión, disentería.
P.Cuál es el promedio de partos y abortos atendidos?
R. Partos veinte. Abortos ninguno.



- P. Se han llevado a cabo programas nutricionales? Para quiénes?
R. Sí se está llevando a cabo.
- P. De qué tipo han sido estos programas?
R. Naturales y artificiales como por ejemplo leche en polvo, aceite, pescado.
- P. Han tenido éxito?
R. Sí, se ha tenido éxito.
- P. Cuáles son las causas más frecuentes para la mala alimentación o desnutrición?
R. Económicas y por falta de trabajo.
- P. Cuáles son los temas que las pláticas educativas tratan más frecuentemente?
R. La educación del hogar y la palabra de Dios.
- P. Tienen buena o mala asistencia?
R. Tienen buena asistencia.
- P. Qué edades y qué sexos tienen los que asisten?
R. Mixto con diferentes edades.
- P. Qué resultados se han obtenido?
R. Buenos resultados, pues asisten personas de aldeas cercanas y algunas aldeas lejanas.
- P. Qué recursos se han utilizado en estas pláticas?
R. Carteles demostrativos.
- P. Hay accesibilidad por rutas terrestres o de otro tipo?
R. No existen medios de accesibilidad excepto la entrada a pie.
- P. A qué distancia de los centros urbanos o de la comunidad llegan?
R. A veinte kilómetros del centro urbano.
- P. Hay disponibilidad de estos recursos?
R. Solamente físico, humano.
- P. Con qué frecuencia llegan las medicinas?
R. No llegan solamente las compro cuando las necesito.
- P. Les alcanza o no?
R. Sí alcanza.
- P. Cuánto cobra por el servicio?
R. Yo no cobro, solamente recibo lo que la voluntad de cada persona me da.
- P. Cuánto cobra por la medicina?
R. Yo no cobro la medicina, porque las pacientes lo ponen.
- P. Tienen dinero las personas a las que atiende para pagarle o utilizan otros medios?
R. Los pacientes son de escasos recursos económicos, por lo que hacen un pacto, de que cuando la comadrona esté enferma los pacientes la atienden o cuiden de ella.
- P. Se dan abasto para atender a las pacientes?
R. Sí se da abasto pues solo atiende a sus familiares.

NOTA IMPORTANTE: La comadrona solicita que les sea dado un adiestramiento a las demás comadronas y que se ponga un puesto de salud en esa aldea, pues es muy importante y necesario porque la aldea tiene bastantes habitantes.

SEGUNDO TIPO DE ENTREVISTA (Kekchí)
OBJETIVO ESPECIFICO "A":

1. Jarcua ac xat culac sá li banlobal (centro de salud)
Jarcua xat calar riquin aj banonel? Jarcuaa xal culacriqúin aj ilonel, malaj aj xoconel cúloál?
2. Mana calok aban chi cocájsa' sá eb li cáyobalban (farmacia)
Malaj riqúineb aj ké. Malaj riqúineb li nequé ocsinqui ke'n
3. Chajultica cááj-e nak na calok' aban saéb li cáyibalban.
Malaj riqúineb aj ké, malaj linequé ocsinquil kén

OBJETIVO ESPECIFICO "B":

1. Cá'chi yajelil na yajonic sá la tepal (molam)
2. Nak yajal, ani nacawil xben, ut cáút, ma li banlebal, malaj aj banonel, malaj aj ilonel, malaj al xoconel cúlaál
3. Ma sa sa' achól nacatcana jo' chanru nak cate xcúl sa' li banlebal, malaj aj banonel, malaj ilonel, malaj eb aj xocol cúlaál.
4. Eb li neque' cánjelac sa li banlebal, laj banonel, malaj aj ilonel, malaj aj xoconel cúlaál, ma xe' xcholob xyalalil chacau ca'chi yajelil li yocat xcúlbal?
5. Maxat quáira riqúin la banbal xe'x banu, malaj cuan cá'ra incá' xcul a chél

OBJETIVO ESPECIFICO "C":

1. Cááje nak nauxc li samcuanc nak nacacóxla?
Cááje nak na-ux cuan riqúin li cuink nac'nacacóxla?
2. Bar cuan li chiaba naruan cui li sumlac?
Jarub cuilab raj tento cuan re li tasumlak.
3. Jo' najlil chic nabay junak ixk, chicanac jo' yajajix chirix lix ben sum-
cuanjic riqúin cuink?
4. Chanru nak nauxc canac sa' yajel nak nacacoxla?
5. Chanru nak naca qué retal nak nauxc canac sa' yajel?
6. Chanru xka'xbal ru li canac sa'yajel? (yuám)
7. Ma nanajtin xjank a canajic sa'yajel? (yuám)
8. Jarub li alalbej ten to tecuank?
9. Jatub chiab junak nak nax canab quíresic
10. Jo'najtil nacuan junak sa'yajel? (yuám)
11. Sa' li cuanc sa' yuám, bar tzákal nacuan li cúlaál?
12. Joé naticla xyuám l xyuám li cúlaál riqúin li na'bej?
13. Bar xchaál junak narecá' xrahil li alanc?
14. Cáút nak na ecác li ra sa li alanc?
15. Cáút nak na ecál li ra sa li alanc?
16. Jo' najtil na cuan aán?
17. Cáút nak cuan nak raxal chaáj li alanc?

18. Chirix li alanc, toj jóké chic naru cuanc chichic riqúin cuink?
19. ...
20. Ma naculman li tzekek, malaj isinc cúlaál sa li molam? Ut cáút?
21. Jó najtilak canac sa' yajel nak naru risinquil li siajenak cúlaál.
22. Chanru na-uxl re risinquil ('xtzékbal) li cúlaál?
23. Jo najtil xyank li tzekek cúlaál riquin li canac cuichic sa' yajel?
24. Cáút nak naru nacam junak cúlaál sa' xhonalil li alanc?
25. Cáút nak naru nacam li tojo' (taril cutal) tayolak?
26. Chanru na naylic nak yaj junak li toj xyolac?
27. Chanru na naylic nak cau li cúlaál tojo ta yolak?
28. Cá'ru chi banul naqué're li cúlaál li yaj sa' xyo'lajic.
29. Ma nacaqué re li cúlaál li ha nacube chac xben chiru li tu'.
30. Joké na cube chac xyaal li tuej.
31. Cá'ru nacánjecal cui' lix xtu' li nabej chok re li cúlaál?
32. Manaruan xquébal cá'chi tzequemil re li cu'laál tojo' ta yolak? Cáút?
33. Joké naru li nabej xmakbal chi tu' lix cúlaál?
34. Cáru na nauli cui'nak li chinak kaal, x-oc chi ixh kilo'c?
35. Cá'ru na nauli cui' nak li chinaál x-oc chi cuinkiloc.
36. Cá'ru na nauli cui' nak na chal lix ben puchúnic (yajel re po).

OBJETIVO ESPECIFICO "D":

1. Cá'ru aj-e eb li co'cál?
2. Ma narahiman nak na'balak malaj incá' qúiakeb aco'cál?
3. Ma taruk raj tcuank nabalal malaj incá' qúiakeb aco'cál?
4. Ma na ajli raj li cocál jones te lomeb malaj ixkáleb? Cáút?
5. Eb li alal cájolbej li tzákaleb xchibab neque'x cuenteni li na'bej yu' cua'bej? Ma us aán nak nacaye?

OBJETIVO ESPECIFICO "E":

1. Ma cuan a tumin re xic sa' banlebal malaj riqúin aj banonel.
2. Ma cuan a tumin re xlok'bal li ban naxqué retalil li banlebal. Malaj toj banonel.
3. Ma cuan a tumin re xic riqúin laj ilonel?
4. Ma cuan a tumin re xlok'bal liban naxqué retalil laj ilonel?
5. Ma nacánjelac acue' li banlebal malaj laj banonel nak nacat yajer?
6. Ma acua'biom resil, malaj na canau nak cuan jun banlebal bar cui' cuancat?
7. Ma nach, malaj najt cuan li banlebal bar cui' cuancat?
8. Cui taraj tat cui'chic sa' yuam, malaj sa li alanc, malaj ta yajerk junak li cúlaál tojo' ta yolak, matat patzok raj reeb li ne qué canjelac sa li banlebal, malaj riqúin laj banonel? Cáút?
9. Cui taraj tat cuan chi chic sa'yuam, tat quirak ut yajak lal culaál tojo ta ril cutan, bar raj tat patzók ma riquin raj aj ilonel, malaj riqúin aj xocol culaal? Cáút?
10. Ma ac cuanjenak chulam chirix xcubanquil ru la juncabal, sa la tepal?
11. Chanchie ru nak nacuanje a chutam ain?
12. Cui acx cuanje, caru nequex coxla ri cristian (poyenam) chirix a chutam aan?

13. Mata banu raj a cue a naleb ain, ana quex jultica a chutam aan? Cáut?
14. Mata cuocsiraj li naleb a ne quex que a chutam aan?
15. Ma cuan a tumín re xlokbal a retalil a ne quexque eb a chutam ain?
16. Lix cubanquil ru li juncabal ma incá naraj li Dios aan?
17. Lix cubanquil ru li juncabal ma naxqué xbalakínquileb rib li cuink malaj li ixk?
18. Lix cubanquil ru li juncabal ma' aan naquéboc nak eb li saj-al kaxal chic lexbanu li (sumcuanc) cuanc chiribileb rib?
19. Ma ta cuoc si raj laat junal reeb a' banoc-ib li naxye li cúbanquil ru juncabal?
20. Ma káxal te' najtink raj li chiam sa xyank li junjunk chi cúlaál?
21. Jarub raj a cocal la cuank, nak xa coxla sa la sumlajic.
22. Jarub chiam xyankeb, chiribileb rib la co'cál?
23. Ma nacanau junak naleb chirix, jikbal bayak li yolac? Chanu eb?
24. Caru naca co'xla chirixeb aan?
25. Mana culac raj chacuu xnaubal nabal chic chirix aán?
26. Mana caxla raj rasiñquil junsutak?
27. Ma tixcúul raj acuu xcullbal analeb?
28. Ma ac cat tzakon junsutal sa junak cerak chirix xcúbanquil ru li juncabal?
29. Ma na quex atinac chiribil erib, belomej ixakilbej, chirix jarub e cocal te'cuank?
30. Na cabahebajak sa yuam nak inca raj nacacuaaj?
31. Ma cuan junak qui choloban chacuu, (junsutak). Chanru neque'yola li cocal?
32. Ma cuan cá'ru naru ruc'bal renak incá' te cuank li cocal?
33. Ma nacacuebeni cuanc riqúineb la cocal, cui naculac xkeíl nak inca chic ta cuank acánjel.
34. Jarub chiabakeb lial al (ixk, cuink) teruk xcuentininquil ribeb, malaaj xcubanquil xic sa txol lebal)
35. Joké qui cuan lix ben la sumcuanjic ut ani aj iqúin?
36. Ma cuan quisara kín acue aín junxil?
37. Ma cuan que serakín acue chirix charu la chaal? (tzejcual)
38. Caru cabanu nak cacúl li xben pucháñic? (yajel re po)
39. Ma nequebana li samcuanc chiribil erib riqúin la cuixakil (malej abelom) nak cuan sa' yuám?
40. Ma nequebanu li sun cuan chiribil, eribiriqúin la belom (malaj ixakilbel) nak yo chi turesinc.
41. Ani na yeoc nak cuank li sumcuanc (chi ibil-ib).
42. Ani na yeoc li cocal te cuank?
43. Jar jar cutan xyank nacabanu nu chi' li sumcuanc.
44. Ani na jololin re li juncabal.
45. Manacacoxla rix la juncabal.
46. Bar cuan xtaklanquil li yucuabel chok reeb li ralal xcajol.
47. Bar cuan xtaklac li aal cajolbej chok reeb lik yucuabej.
48. Ma naque xkokal li pabal sa la juncabal.

SEGUNDO TIPO DE ENTREVISTA (Español)

OBJETIVO ESPECIFICO "A":

1. Cuántas veces ha visitado usted el Centro de Salud? Cuántas veces al médico? Cuántas a los curanderos? A las comadronas?
2. Compra usted seguido medicinas en las farmacias, centros naturistas o yerberos?
3. Indique por qué compra medicinas en las farmacias, centros naturistas o yerberos?

OBJETIVO ESPECIFICO "B":

1. Cuáles son las enfermedades más comunes en la comunidad?
2. Cuando está enfermo, a quién acude y por qué? (centro de salud, médico, curandero, comadrona).
3. Quedó satisfecho de cómo lo trataron en el centro de salud, el médico, el curandero o las comadronas?
4. Le explicó claramente lo que padece al personal del centro de salud, el médico, el curandero o las comadronas?
5. Se curó con el tratamiento que le dieron? Hay algo que no le haya satisfecho?

OBJETIVO ESPECIFICO "C":

1. Para qué sirve el acto sexual?
2. Cuál es la edad ideal para casarse?
3. Cuánto tarda una mujer en quedar embarazada a partir de la primera unión?
4. Cómo piensa usted que se produce el embarazo?
5. Cómo reconoce usted el embarazo?
6. Cómo se evita el embarazo?
7. Deja pasar usted tiempo entre embarazo y embarazo?
8. Cuál es el número ideal de hijos?
9. Cuál es la edad ideal para dejar de tener hijos?
10. Cuánto tarda el embarazo?
11. En el embarazo, dónde se encuentra el niño?
12. Desde cuando tiene vida el niño en el cuerpo de la madre?
13. Dónde se sienten los dolores de parto?
14. Por qué se sienten los dolores de parto?
15. Por qué sangra la mujer después del parto?
16. Cuánto dura esta situación?
17. Por qué algunos partos son difíciles?
18. Después del parto, cuándo se pueden volver a tener uniones sexuales?
20. Existen abortos en la comunidad? Por qué?
21. En qué tiempo de estar embarazada se puede hacer un aborto?
22. Cómo se hace para abortar?
23. Cuánto tiempo pasa entre el aborto y un nuevo embarazo?

24. Por qué puede morir un niño al momento del parto?
25. Por qué pueden morir los recién nacidos?
26. Cómo se sabe que un recién nacido está enfermo?
27. Cómo se sabe que un recién nacido está sano?
28. Qué remedios se le dan a un niño recién nacido que esté enfermo?
29. Le da usted el líquido que sale antes de la leche al niño?
30. Cuándo baja la leche?
31. Qué beneficios tiene la leche de la madre para el niño?
32. Puede dársele otros alimentos al niño recién nacido? Por qué?
33. Cuándo puede dejar la madre de darle su leche al niño?
34. Cómo se sabe que una niña ya es señorita?
35. Cómo se sabe que un niño se está convirtiendo en adulto?
36. Cómo se sabe cuándo viene la primera menstruación?

OBJETIVO ESPECIFICO "D":

1. Para qué se tienen hijos?
2. Es deseable tener muchos o pocos hijos? Por qué?
3. Está usted en posibilidad de tener muchos o pocos hijos? Por qué?
4. Es preferible tener hijos o hijas? Por qué?
5. Los hijos adultos, sostienen a los padres? Cree usted que esto esté bien?

OBJETIVO ESPECIFICO "E":

1. Tiene usted dinero para ir al centro de salud o al médico?
2. Tiene usted dinero para comprar las medicinas que le recete el centro de salud o el médico?
3. Tiene usted dinero para ir con el curandero o comadrona?
4. Tiene usted dinero para comprar lo que receta el curandero?
5. Ha escuchado o sabe que hay un centro de salud en el lugar?
6. Queda cerca o lejos de donde usted vive el centro de salud?
7. Utiliza el centro de salud o el médico cuando se enferma?
8. En el caso de un embarazo, parto o la enfermedad de un recién nacido, consultaría usted con el personal del centro de salud o con el médico? Por qué?
9. En el caso de un embarazo, parto o enfermedad de un recién nacido, consultaría usted con el curandero o la comadrona? Por qué?
10. Ha habido campañas sobre planificación familiar en la comunidad?
11. En qué forma se han hecho estas campañas?
12. Si las ha habido, qué piensa la gente sobre estas campañas?
13. Seguiría usted los consejos que dan este tipo de campañas? Por qué?
14. Utilizaría usted las recetas que dan este tipo de campañas? Por qué?
15. Tiene usted dinero para comprar las recetas que dan este tipo de campañas?
16. La planificación familiar está en contra de la voluntad de Dios?
17. La planificación familiar hace que el marido y la mujer se engañen?
18. La planificación familiar hace que aumenten las relaciones sexuales entre los jóvenes?
19. Utilizaría usted algún método de planificación familiar?

20. Espaciaría más la edad entre sus niños?
21. Cuántos niños pensaba tener cuando se casó?
22. Cuanto tiempo se llevan sus niños?
23. Conoce alguna manera de espaciar los nacimientos? Cuál?
24. Qué piensa de ellos?
25. Le gustaría saber más sobre ellos?
26. Cree que los usaría alguna vez?
27. Le gustaría recibir más información?
28. Ha asistido a una plática sobre cómo planificar su familia?
29. Habla con su esposo/a sobre el número de hijos que van a tener?
30. Ha tenido embarazos no deseados?
31. Alguien le explicó alguna vez cómo nacen los niños?
32. Hay algo que se pueda tomar para no tener niños?
33. Espera vivir con sus hijos si llega el momento que no pueda trabajar?
34. Cuál es la edad en que los muchachos/as deben ganarse la vida y/o dejar de ir a la escuela?
35. Cuándo tuvo su primera relación y con quién?
36. Alguien le habló sobre esto antes?
37. Alguien le habló sobre cómo funciona su cuerpo?
38. Qué hizo cuando tuvo su primera menstruación?
39. Tiene relaciones sexuales con su esposo durante el embarazo?
40. Tiene relaciones sexuales con su esposo durante la lactancia?
41. Quién decide cuándo tener relaciones sexuales?
42. Quién decide cuántos hijos tener?
43. Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
44. Quién toma las decisiones familiares importantes?
45. Le importan a usted las condiciones de vida de su familia? (factores económicos, educativos, sociales, religiosos)
46. Qué responsabilidades deben tener los padres hacia los hijos?
47. Considera la religión como un factor importante en las relaciones familiares?

SEGUNDO TIPO DE ENTREVISTA. MUESTRA
San Juan Chamelco, Barrio Santo Domingo.
Entrevistadora: Diamantina Cué Tzib
Entrevistada: Regina de Quim

OBJETIVO ESPECIFICO "A":

- P. Cuántas veces ha visitado usted el centro de salud? Cuántas veces al médico? Cuántas a los curanderos? A las comadronas?
R. Médico, 3. Curanderos ninguna. Comadrona, 3.
P. Compra usted seguido medicinas en las farmacias, centros naturistas o yerberos?
R. Sí centros naturistas y hierberos no
P. Indique por qué compra medicinas en las farmacias, centros naturistas o yerberos.
R. Cuando los médicos dan recetas de medicina o cuando da enfermedades simples.

OBJETIVOS ESPECIFICO "B":

- P. Cuáles son las enfermedades más comunes en la comunidad?
R. Gripe, catarros, diarreas, malestar estomacal, etc.
P. Cuando está enfermo, a quién acude y por qué? (centros de salud, médico, curandero, comadrona).
R. Médico.
P. Quedó satisfecho de cómo lo trataron en el centro de salud, el médico, el curandero o las comadronas?
R. Sí quedo satisfecha.
P. Le explicó claramente lo que padece el personal del centro de salud, el médico, el curandero o las comadronas?
R. Sí explicó bien.
P. Se curó con el tratamiento que le dieron? Hay algo que no le haya satisfecho?
R. Sí me curé.

OBJETIVO ESPECIFICO "C":

- P. Para qué sirve el acto sexual?
R. ...
P.Cuál es la edad ideal para casarse?
R. 25 años.
P. Cuando tarda una mujer en quedar embarazada a partir de la primera unión?
R. Al mes si la mujer no le baja la menstruación es porque está embarazada, aunque a los 15 días puede quedar embarazada.
P. Cómo piensa usted que se produce el embarazo?
R. Al unirse el espermatozoide con el óvulo.
P. Cómo reconoce usted el embarazo?
R. ...

- P. Cómo se evita el embarazo?
R. Usando el método natural.
- P. Deja pasar usted tiempo entre embarazo y embarazo?
R. Sí.
- P. Cuál es el número ideal de hijos?
R. 4 hijos.
- P. Cuál es la edad ideal para dejar de tener hijos?
R. 45 a 50 años?
- P. Cuánto tarda el embarazo?
R. Depende, 8, 9, 10 meses.
- P. En el embarazo, dónde se encuentra el niño?
R. En el vientre de su madre.
- P. Desde cuando tiene vida el niño en el cuerpo de la madre?
R. 1 mes.
- P. Dónde se sienten los dolores de parto?
R. En el vientre.
- P. Por qué se sienten los dolores de parto?
R. Porque uno es humano.
- P. Por qué sangra la mujer después del parto?
R. Uno guarda a los 9 meses.
- P. Cuánto dura esta situación?
R. 30 días.
- P. Por qué algunos partos son difíciles?
R. La vagina es estrecha
- P. Después del parto, cuándo se pueden volver a tener uniones sexuales?
R. 3 meses.
- P. Existen abortos en la comunidad? Por qué?
R. ...
- P. En qué tiempo de estar embarazada se puede hacer un aborto?
R. No.
- P. Cómo se hace para abortar?
R. ...
- P. Cuánto tiempo pasa entre el aborto y un nuevo embarazo?
R. ...
- P. Por qué puede morir un niño al momento del parto?
R. Hay veces que se tarda el nacimiento.
- P. Por qué pueden morir los recién nacidos?
R. No llega en su hora o tarda para nacer.
- P. Cómo se sabe que un recién nacido está enfermo?
R. Se mantiene llorando.
- P. Cómo se sabe que un recién nacido está sano?
R. Está tranquilo.
- P. Qué remedios se le dan a un niño recién nacido que esté enfermo?
R. El médico receta.
- P. Le da usted el líquido que sale antes de la leche al niño?
R. Sí.
- P. Cuándo baja la leche?
R. A los dos días.
- P. Qué beneficios tiene la leche de la madre para el niño?
R. Es el alimento y crecimiento.
- P. Puede dársele otros alimentos al niño recién nacido? Por qué?
R. No, sólo la leche materna.
- P. Cuándo puede dejar la madre de darle su leche al niño?
R. 9 meses.

- P. Cómo se sabe que una niña ya es señorita?
- R. Cuando menstrue.
- P. Cómo se sabe que un niño se está convirtiendo en adulto?
- R. Cuando cumple los 19 años.
- P. Cómo se sabe cuándo viene la primera menstruación?
- R. Cuando se pone inquieta, dolor de estómago.

OBJETIVO ESPECIFICO "D":

- P. Para qué se tienen hijos?
- R. Para formar familia.
- P. Es deseable tener muchos o pocos hijos? Por qué?
- R. Pocos, sólo 4 por el mantenimiento.
- P. Está usted en posibilidad de tener muchos o pocos hijos? Por qué?
- R. Porque mucha responsabilidad.
- P. Es preferible tener hijos o hijas? Por qué?
- R. Las dos cosas, hembra y hombre.
- P. Los hijos adultos, sostienen a los padres? Cree usted que ésto esté bien?
- R. No.

OBJETIVO ESPECIFICO "E":

- P. Tiene usted dinero para ir al centro de salud o al médico?
- R. No, muy poco.
- P. Tiene usted dinero para comprar las medicinas que le recete el centro de salud o el médico?
- R. Cabal.
- P. Tiene usted dinero para ir con el curandero o comadrona?
- R. ...
- P. Tiene usted dinero para comprar lo que receta el curandero?
- R. ...
- P. Ha escuchado o sabe que hay un centro de salud en el lugar?
- R. Sí.
- P. Queda cerca o lejos de donde usted vive el centro de salud?
- R. Cerca a 5 cuadras.
- P. Utiliza el centro de salud o el médico cuando se enferma?
- R. Médico.
- P. En el caso de un embarazo, parto o la enfermedad de un recién nacido, consultaría usted con el personal del centro de salud o con el médico? Por qué?
- R. Con el médico, tiene más experiencia.
- P. En el caso de un embarazo, parto o enfermedad de un recién nacido, consultaría usted con el curandero o la comadrona? Por qué?
- R. ...
- P. Ha habido campañas sobre planificación familiar en la comunidad?
- R. Sí.
- P. En qué forma se han hecho estas campañas?
- R. En aviso.
- P. Si las ha habido, qué piensa la gente sobre estas campañas?
- R. No les gusta.

- P. seguiría usted los consejos que dan este tipo de campañas? Por qué?
R. Muy poco, la religión no lo topa.
P. Utilizaría usted las recetas que dan este tipo de campañas? Por qué?
R. Depende, a algún día.
P. Tiene usted dinero para comprar las recetas que dan este tipo de campañas?
R. ...
P. La planificación familiar está en contra de la voluntad de Dios?
R. Sí.
P. La planificación familiar hace que el marido y la mujer se engañen?
R. Depende de uno.
P. La planificación familiar hace que aumenten las relaciones sexuales entre los jóvenes ?
R. Sí.
P. Utilizaría usted algún método de planificación familiar?
R. Ahora no.
P. Espaciaría más la edad entre sus niños?
R. Sí.
P. Cuántos niños pensaba tener cuando se casó?
R. Cuatro.
P. Cuanto tiempo se llevan sus niños?
R. 3 años.
P. Conoce alguna manera de espaciar los nacimientos? Cuál?
R. ...
P. Qué piensa de ellos?
R. ...
P. Le gustaría saber más sobre ellos?
R. Sí.
P. Cree que los usaría alguna vez?
R. ...
P. Le gustaría recibir más información ?
R. Sí.
P. Ha asistido a una plática sobre cómo planificar su familia?
R. Sí.
P. Habla con su esposo/a sobre el número de hijos que van a tener?
R. Sí.
P. Ha tenido embarazos no deseados?
R. No.
P. Alguien le explicó alguna vez cómo nacen los niños?
R. No.
P. Hay algo que se pueda tomar para no tener niños?
R. No, sólo dieta.
P. Espera vivir con sus hijos si llega el momento que no pueda trabajar?
R. Sí.
P. Cuál es la edad en que los muchachos/as deben ganarse la vida y/o dejar de ir a la escuela?
R. 18 años.
P. Cuándo tuvo su primera relación y con quién?
R. Con mi esposo a los 16 años.
P. Alguien le habló sobre esto antes?
R. No.
P. Alguien le habló sobre cómo funciona su cuerpo?
R. Sí, mi esposo.
P. Qué hizo cuando tuvo su primera menstruación?
R. Hablé con mi madre.

- P. Tiene relaciones sexuales con su esposo durante el embarazo?
R. Sí.
- P. Tiene relaciones sexuales con su esposo durante la lactancia?
R. No.
- P. Quién decide cuándo tener relaciones sexuales?
R. Yo misma.
- P. Quién decide cuántos hijos tener?
R. Mi esposo.
- P. Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
R. ...
- P. Quién toma las decisiones familiares importantes?
R. Mi esposo.
- P. Le importan a usted las condiciones de vida de su familia? (factores económicos, educativos, sociales, religiosos).
R. Sí.
- P. Qué responsabilidades deben tener los padres hacia los hijos?
R. Educarlos, cuidarlos, cómo alimentarlos, vestirlos y sus estudios.
- P. Considera la religión como factor importante en las relaciones familiares?
R. Acercarnos más con Dios.

TERCER TIPO DE ENTREVISTA (Español)

1. Qué cuidados debe tener la madre cuando está embarazada?
2. Qué cuidados debe tener la madre antes y después del parto?
3. Qué tipos de acuas conoce?
4. Cuáles son las principales causas de acuas?
5. Cómo se sabe que es acuas?
6. Cómo se curan los diferentes tipos de acuas?
7. Cuáles son las causas del mal espíritu?
8. Cómo se sabe que se padece del mal espíritu?
9. Cómo se cura?
10. Cómo se sabe que se padece del hijío de perro?
11. Cuáles son las causas del hijío de perro?
12. Cómo se cura?
13. Cómo se sabe que se padece de hijío de gente?
14. Cuáles son las causas del hijío de gente?
15. Cómo se cura?
16. Cómo se produce el chilij?
17. Cómo se cura?
18. Es posible padecer varias veces estas enfermedades?
19. Cómo se produce el susto?
20. Cómo se produce el ojeado?
21. Cómo se pueden prevenir el susto y el ojeado?
22. Cómo se curan?
23. Cómo se debe cuidar al recién nacido para evitar algunas de estas enfermedades.
24. Es importante la alimentación que se le de al niño para evitar o curar estas enfermedades?
25. Para curar estas enfermedades, se utilizan más las yerbas o los remedios que se compran en las farmacias?
26. La religión sirve para curar estas enfermedades? Cómo?
27. Quiénes son los que curan estas enfermedades?
Médicos _____
Comadronas _____
Curanderos _____
Otros _____

TERCER TIPO DE ENTREVISTA. MUESTRA.

- P. Qué cuidados debe tener la madre cuando está embarazada?
- R. Tiene que fijar dónde pasa en el camino, hay muchas cosas por ejemplo en las esquinas donde tiran los acuases, hay veces que ellos son los paganos por quitar uno recibe la otra.
- P. Qué cuidados debe tener la madre antes y después del parto?
- R. Antes: el cuidado de la comida, por ejemplo de quesos, y el jute. Después: durante 40 días de ahí se presenta más el acuas.
- P. Qué tipos de acuas conoce?
- R. El de queso: se ponen bien blanca con granitos la lengua porque la madre talvez desió y no comió o no le gustó, de ahí está el acuas. El jute no comió o quería comerlo, no consiguió, se quedó con las ganas de comer a la consecuencia en el niño nació con la nariz tapada como si tuviera catarro cuesta que respiren.
El de pescado: nacen los niños con llaga en la oreja o con pus destilando en el oído y hay veces con los dientes bien picados dicen es acuas de pescado.
- P. Cómo se sabe que es acuas?
- R. Poco a poco se presenta, durante 40 días de nacida, a los tres días uno está fijando.
- P. Cómo se curan los diferentes tipos de acuas?
- R. El de queso: se sacan brasas, se busca el queso, se queman en la nariz o pasan encima donde estan ahumando y después tiene que poner en la lengua el niño y los padres, si se presenta a los 40 días, tiene que hacer en la cama donde está el bebé y después se tiran en una esquina los restos.
El de jute: se consiguen tres jutes, se sacan brasas, en un incensario se tiran los jutes con el humo se pasan dos veces encima del humo y después tiene que poner un poco de ceniza del jute en la lengua, se hace 3 veces, una vez cada noche en la luna llena, y después se tiran en una esquina donde no pueden pasar y otras personas lo llevan.
- P. Cuáles son las causas del mal espíritu?
- R. Por unas enfermedades incurables doctores no saben de estos por ejemplo, una persona estuvo enferma, pensaba que estaba embarazada, le dieron una sorpresa que no estaba embarazada, lo que tenía es ratones en el vientre, una curandera le sacó esto haciendo sus trucos, nos enseñó los ratones.

- P. Cómo se sabe que se padece el mal espíritu?
- R. La misma enfermedad lo muestra uno, por ejemplo llega uno con doctores, no se curan ni comprando medicinas en las farmacias, más que ir con un curandero, te dicen la verdad, que tiene.
- P. Cómo se cura?
- R. Los curanderos sacan con candelas copal, pom, cacao, puros, aguardiente, y dan unas hierbas para tomar, y hay que desvelar una noche sea el lunes y viernes, después llegan en las cuevas a dejar las candelas, pidiéndole a los dioses de las cuevas que se curan, y con sus oraciones.
- P. Cómo se sabe que se padece el hijío de perro?
- R. Poco a poco se ponen flacos, sin sangre en la cara se mantienen sólo tomando agua ya no muy juegan, duermen mucho, están muy perezosos.
- P. Cuáles son las causas del hijío de perro?
- R. Cuando el perro está en brama, y cuando nacen los perritos, llega el niño a tocarlos, le asuntan o le gritan: no toques eso La sangre del niño lo asustan, de allí previene el hijío, por el mismo calor del perro con sus crías, los niños reciben sus enfermedades.
- P. Cómo se cura?
- R. Se bañan con trece clases de hierbas a las cinco de la mañana, los bañan tres baños, se hace y toman una taza de yerbas cada baño, los baños los días martes, jueves, sábado.
- P. Cómo se sabe que se padece de hijío de gente?
- R. Casi es igual defecto del perro, la curación es diferente en la espalda del niño se ponen como ceniza, se cae el pelo.
- P. Cuáles son las causas del hijío de gente?
- R. Cuando una mujer se alivia con un bebé, de 40 días no es buena que toca un niño ni puede pasar cerca donde está y hay otra que cuando uno en su regla, tiene que ver dónde puede lavar su ropa, porque los niños son delicados y cuando una señorita le llega su primera menstruación los niños cuesta que se curen, hay muchos que se mueren, tiene que hacer el secreto.
- P. Cómo se cura?

- R. Se bañan con hierbas tres veces y toman una taza cada baño, si es de señorita el secreto se hace, tiene que envolver en su corte o nagua, tres veces que tenga sangre, eso es el secreto.
- P. Cómo se produce el chilij?
- R. Un susto cuando están relacionando o sexo, ya no puede hacer algo, se ponen pesados se hinchan se les cae el pelo se quedan calvos y son amarillentos, se ponen feos.
- P. Cómo se cura?
- R. Muchos se mueren, muy difícil se encuentra la medicina, se busca el animal comadreja, el hueso de este animal se raspa y coce, se toma tres veces al día un baño diario y después se bañan con otras hierbas.
- P. Es posible padecer varias veces estas enfermedades?
- R. Sí, cuando se descuide.
- P. Cómo se produce el susto?
- R. Cuando uno se cae, le gritan cuando uno está durmiendo.
- P. Cómo se produce el ojeado?
- R. Cuando sale la primera vez un recién nacido en la calle lo miran, mujeres embarazadas, un borracho que lo miran, hacen el secreto, se curan.
- P. Cómo se pueden prevenir el susto y el ojeado?
- R. Llevando una cosa roja en puño, o sea el rosario, o una cinta roja, de allí no lo ojean.
- P. Cómo se curan?
- R. El susto: le llaman por su nombre con copal pom y haciendo una oración que no sé se quedará la sombra donde se asustó, encienda una candela en el patio, repitiendo que regresará su sombra. Esto se hace a media noche cuando todo está en silencio y durmiendo. Este susto es cercano, hay susto de lejos. Se hace diferente.
El ojeado: los niños no se duermen en la noche, siente calor, porque un borracho lo vio, no lo hizo el secreto. Le hacen al bebé, se buscan 3 puntas de guisquil, hoja de tabaco, una ramita de ruda, se pone en agua un huevo criollo, con una palangana de agua, se pasa el huevo en el cuerpo de la criatura y después se echa en el agua con hierbas lo que está indicada, al otro día se ve el huevo, está bien cocido, y después se tira en

un río. Ojeado de borracho se pone una cruz de saliva en la frente de la criatura y le ponen el sombrero, así no le pasa nada.

- P. Cómo se debe cuidar al recién nacido para evitar algunas de estas enfermedades?
- R. Que no los sacan mucho, por si salen siempre llevando una cosa roja o el rosario.
- P. Es importante la alimentación que se le de al niño para evitar o curar estas enfermedades?
- R. Sí, para que esté fuerte de la sangre.
- P. Para curar estas enfermedades, se utilizan más las yerbas o los remedios que se compran en las farmacias?
- R. Sólo hierbas, muy pocos en las farmacias.
- P. La religión sirve para curar estas enfermedades? Cómo?
- R. Sí. Por la oración Dios nos ayuda, nos oye, nos protege, nos cuida de toda maldad del mundo.
- P. Quiénes son los que curan estas enfermedades?
- R. Curanderos, comadronas y otras personas que sepan las enfermedades.