# UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE, URACCAN

## MAESTRÍA EN SALUD INTERCULTURAL

***Tesis***

***TEMA***

# "CONOCIMIENTOS CULTURALES DE LA POBLACIÓN ADULTA GARÍFUNA DE HONDURAS SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL"

***Grado:*** *Magister en Salud Intercultural.*

**Autor:** Carlos Arana

**Tutor Académico:** Dr. Víctor Manuel Borjas

**Asesor espiritual:** Santos Ignacio Suazo Montero

Bilwi- Nicaragua, 2009.

# Índice

**Páginas**


1- Dedicatoria ……. 1

2- Agradecimiento …… 2

3- Resumen ……. 3-4

4- Introducción ……. 5-7

5- Objetivos …….. 8-9

6- Hipótesis ……. 10

7- Marco Teórico …… 10-76

8- Metodología ……. 77- 79

9- Descripción de Resultados y Discusiones .. 79- 92

10- Conclusiones …….. 93

11-Recomendaciones ……. 94-95

12-Bibliografía ……. 96-97

13- Anexos …… 98- 114

A **Buinguiyu (Dios)** por demostrarme en tantas ocasiones su digna existencia

Con todo amor a mi Esposa e Hijos y demás familia por su apoyo y comprensión

A todas aquellas personas que compartieron su conocimiento

A todas las Comunidades Garifunas en especial a la Colonia **Dr. Alfonso Lacayo** en S.P.S.

A la memoria de mis ancestros, que dejaron acertadamente como legado a las futuras generaciones, un caudal de conocimientos y sabiduría, que sirve como fuente primigenia para construir entidades cientificas como la de **SALUD INTER--CULTURAL.**

A quienes me guiaron y me apoyaron con paciencia y dedicación.

# Agradecimiento

Agradezco a la universidad de las Regiones Autónomas de la costa Caribe Nicaragüense (URACCAN); con su personal administrativo, docentes y colaboradores: Víctor del Cid y Amílcar Castañeda, Dr. Víctor Borjas (Asesor Académico, Don Ignacio Suazo (Guía Espiritual) que con su gran vocación de servicio y sabiduría han contribuido a conducir y guiar la realidad del presente trabajo.

Mi eterna gratitud; Dr. Rubén Gracia, Dr. Quintín Máximo, Antropóloga: Geraldina Tercero, Ing. Omar Cacho, Profe. Natividad Sánchez, Ing. Humberto Castillo, Don Marco T. Diego, Lic. Roy Guevara, y a Varios Compañeros de grupo como: Rosita Nohelia Cummes, Cecilia Bustamante Rodrigo Tombé, Delfina Pirez, etc.etc…..que son con un apoyo in condicional impulsaron de alguna manera la culminación de este trabajo.

Agradezco permanentemente a los promotores de salud, a todos los habitantantes de la Colonia Garífuna Dr. Alfonzo Lacayo, que participaron decididamente en la calidad de voluntariado para hacer efectivo el estudio seleccionado.

# RESUMEN

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo, en la comunidad Dr. Alfonso Lacayo, en el Departamento de Cortez, en la región del Atlántico Norte de Honduras, se trata de una investigación campo sobre La Hipertensión Arterial, con el objeto de describir los conocimientos, actitudes y prácticas culturales con respecto a la hipertensión arterial, en la población Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo 2009.

La metodología utilizada consta de dos partes fundamentales, el primero encaminado a la búsqueda de información bibliográfica y reconocimiento del lugar, que permitió la identificación del problema y objetivos de la investigación; la segunda dirigida a obtener la información primaria, es decir directamente del campo investigativo, realizado con la utilización de técnicas tales como: la entrevista y encuestas al 10% (100 personas) del total de la población adulta. Lo que permitió determinar que nos permite determinar que en la población Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo, existe un porcentaje significativo de HTA lo cual constituye serio riesgo de salud, así como también que la población Garífuna posee conocimiento y prácticas de diagnóstico, terapéuticas y de prevención propias con respecto a la HTA, y cuenta con 3 terapeutas tradicionales en la localidad. Y que la población Garífuna tiene una tendencia marcada de preferir los

servicios de salud de carácter oficial, lo cual indica que hay una subvaloración de lo propio.


## ABSTRACT

This research work was carried out in the community Dr. Alfonso Lacayo, Department of Cortez, in the North Atlantic region of Honduras, is a field research on high blood pressure, in order to describe knowledge , cultural attitudes and practices with respect to hypertension, the Garifuna people of the Community Dr. Alfonso Lacayo 2009.

The methodology used consists of two main parts, the first leading to the bibliographic information and site survey, which allowed the identification of the problem and research objectives, the second aimed at obtaining primary information, ie directly from the field of research conducted with the use of techniques such as interviews and surveys to 10% (100 persons) of the total adult population. What resulted that allows us to determine that the Garifuna people of the Community Dr. Alfonso Lacayo, a significant percentage of hypertension which is serious health risk, as well as the Garifuna people have knowledge and practices of diagnosis, therapeutic and prevention and opinions about hypertension, and has three traditional healers in the area. And the Garifuna population has a marked tendency to prefer the health services official, which indicates an undervaluation of the same.

# INTRODUCCIÓN

Los desafíos de la historia de los pueblos de América Latina, plantea la necesidad de desarrollar procesos interculturales que deben ser indispensables para preservar el caudal de conocimientos ancestrales que mantienen vigente y sólidos las bases de la identidad cultural de nuestro pueblo, que se dan a conocer en diferentes formas de la vida, y en el campo de la salud tienen una espacio de expresión importante para su existencia.

La etnia Garífuna constituye el pueblo afrodescendiente más numeroso de Honduras y habita a lo largo del litoral Caribe Hondureño distribuidos-según la organización de Desarrollo étnico Comunitario (ODECO)- en 48 comunidades dispersas en la costa y en las islas del Mar Caribe del país. En la últimas décadas también se han asentado en las ciu7dades mas importantes del territorio como Tegucigalpa, San Pedro sula y El progreso, entre otras. Además también existen 8 comunidades garífunas en Belice; 3 comunidades en Guatemala; 2 en Nicaragua. En total serían 61 los poblados garífunas en todo el istmo centroamericano; igualmente una gran cantidad de población ha emigrado a los Estados Unidos; Londres (Gonzáles, Nancie: 1988); se ha calculado una población Garífuna de 400,000 personas de un total de 500,000 habitantes

de procedencia afrodescendiente (o sea, incluyendo también a los negros creoles).[1]

La comunidad Dr. Alfonso Lacayo, fundada el 19 de Noviembre de 1988, cuenta con aproximadamente 2500 habitantes, se trata de un asentamiento Garífuna en la periferia de la Ciudad de San Pedro Sula, su gente conserva las prácticas culturales propias. También es importante anotar que no está exenta de problemas entre ellos de salud, como lo es la Hipertensión Arterial.

La Hipertensión arterial es una patología muy frecuente en la población adulta y que provoca graves consecuencias en su salud, su incidencia es mayor en la población negra que en la blanca. En el Área del Caribe la HTA afecta al 20% de si población, siendo Jamaica una de las naciones de mayor mortalidad de esta patología, en este grupo étnico la HTA aparece antes y es generalmente más grave y resulta con altas tasas de Morbi. Mortalidad que en los blancos, como infartos, fallas cardíacas, accidentes cerebro vascular, etc. A los factores genéticos, es posible que también los ambientales contribuyan a la mayor prevalencia de esta enfermedad en la comunidad negra.
En el presente de tratará de describir y analizar de manera general la cosmovisión en el campo de la salud que tiene la comunidad Garífuna, sobre la enfermedad de la Hipertensión Arterial, también

[1] "Reimaginando"la nación en Honduras: De la nación homogénea a la nación plurietnica; los negros garifunas de cristales, Trujillo, más la oficina de catastro de la Municipalidad de San Pedro Sula, Honduras.

se hace una descripción del sistema de salud institucional u oficial que opera en la zona, y posteriormente se aprecia las actitudes de la población hacia el sistema de salud vigente en la comunidad. Finalmente se refiere a las acciones a tomarse para la consecución de un marco legal que faculte a las prácticas médicas tradicionales y la construcción de un Sistema de salud Intercultural.

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas culturales con respecto a la enfermedad hipertensión arterial, en la población Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo 2009.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de la Hipertensión arterial, en la población adulta Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo.

2. Conocer la percepción de los terapeutas tradicionales desde la cosmovisión Garífuna sobre la hipertensión Arterial.

3. Describir las principales manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial, visto desde los terapeutas tradicionales y la población en general.

4. Investigar los principales recursos terapéuticos y cuidados con los cuales los sabios Garífunas tratan la Hipertensión Arterial.
5. Establecer que conocimientos tiene la población Garífuna a cerca de las complicaciones de la Hipertensión Arterial.

6. Determinar los conocimientos sobre los principales factores de riesgo para el desarrollo de Hipertensión Arterial en la Comunidad Garífuna.

7. Investigar el grado de preferencia de los usuarios, a la medicina tradicional garífuna o a la medicina alopática, para el tratamiento de la Hipertensión Arterial y proponer lineamientos para un nuevo modelo un modelo de salud intercultural.

# HIPÓTESIS

En la población Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo existen conocimientos, actitudes y prácticas culturales para el manejo de la enfermedad hipertensión arterial.

# MARCO TEÓRICO

## CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LA COMUNIDAD GARÍFUNA.

Hernández Russbel, Amaya Jorge, Chávez Marina (2002).

En general, El concepto de salud entre los garífunas no solamente está relacionado.

Con las dolencias físicas de las personas, sino también con los estados emocionales

### Orígenes de las enfermedades según el pueblo garífunas.

El pueblo garífunas, el origen de las enfermedades esta condicionado no solamente por las causas de índole natural, sino también por el mundo sobrenatural, el mundo de los espíritus. Ello demuestra que los garífunas tienen y han construido su propia

cosmovisión sobre el sentido vital de la existencia humana: la salud, por ello, de acuerdo con la investigación bibliográfica y el trabajo de campo realizado, se hace una explicación del origen de la enfermedad en el pueblo garífunas de acuerdo con causas espirituales y naturales.

## ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES ESPIRITUALES.

Resulta Difícil hacer distinción entre una enfermedad de carácter espiritual y una enfermedad natural entre los garífunas. Debido a las enfermedades presentes en el medio habitado por los garífunas y al problema que representa la identificación de desordenes físicos y psiquiátricos, no esta totalmente claro el momento en el cual una enfermedad es inducida por razones socioculturales.

Algunos estudios médicos y antropológicos has propuesto el termino de “enfermedades culturales” para aquellas afecciones que a través de la medicina institucional –occidental no se pueden explicar desde la ciencia, tal como lo describe el Dr. Sánchez Gonzáles quien afirma que cada cultura delimita o constituye un conjunto particular de enfermedades , y otorgan la condición de enfermo. De esta forma, existe y se manifiesta en este pueblo una serie de enfermedades y practicas médicas propias o sui generis. En este estudio se entenderá entonces como “enfermedades espirituales” a las que según los garífunas son inducidas por la

acción de fuerzas sobrenaturales como los espíritus de los ancestros, los embrujos, la hechicería, la posesión.

De las enfermedades espirituales de los garífunas, quizás la mas extendida y reconocida es la llamada “gubidaz” que es una condición reconocida emicamente, causada por los espíritus de los parientes muertos llamados por los garífunas como gubida. Esta puede referirse a cualquier manifestación de anormalidad en la conducta y estado de salud que es reconocido por la familia, comunidad y los rituales garífunas (Bianchi l986)

DE acuerdo con Milton Cohen (Antropological Quarterly, 57 (l). p.16-27) se culpa a los gubida de una enfermedad si la condición del paciente es seria o esta incapacitado; si se resistes a la curación con tratamiento de parte de un medico u otros medios: si esta asociada con sueños de parientes muertos y si un buyel determina que la enfermedad esta relacionada con los espíritus. Carol Jenkins agrega que si algún tratamiento de una enfermedad tiene éxito, se considera que esta tiene causas naturales, pero si no hay resultados positivos o el paciente tiene una recaída, entonces las causas los gubida (Jenkins: 1983: 429 -442).

En la cosmovisión garífunas, la enfermedad es un misterio y las actividades diarias giran alrededor del miedo de hacerse daño, cada hora, la vida esta llena de peligros potenciales, provenientes de las fuerzas naturales y sobrenaturales; de los poderes espirituales que vuelan por todos lados, El miedo hace la viuda mas excitante, vital y mas apreciada debido a su misma

vulnerabilidad, por tanto los garífunas tratan de gozar al máximo la vida. El mayor medio de los garífunas es respecto al mundo espiritual, habitado por varios seres, tanto desconocidos como familiares. De estos los seres más dinámicos son los espíritus de los antepasados los gubida-quienes son muy peligrosos. Bianchi (I986-8) en un estudio sobre la enfermedad de gubida menciona que los síntomas generales que presentan las personas que padecen esta enfermedad son los siguientes: sueños con parientes muertos pidiendo comida o la celebración de un ritual, fuertes dolores de cabeza, hablar en voz alta con parientes muertos, perdida del apetito, dolores en todo el cuerpo y la cabeza "volando" fiebre visiones con parientes muertos y falta de energía. Cuando los espíritus o gubida están disgustados, retiran la protección a sus descendientes y cesan de actuar como mediadores entre ellos y las autoridades supremas del universo, y ya no evitan los peligros que se ciernen sobre las vidas y fortuno de los vivos. No solamente castigan las ofensas contra el código moral y la negligencia en cumplir con los deberes religiosos, también el abandono de las formas tradicionales de vida, como vender propiedades o mudarse a un evento poblacional mas grande puede acarrear la ira de los gubida (Galvao. 1995 -132). Si el pariente del muerto no ha mostrado el respeto apropiado a través de la celebración de las misas o del beluria (del español velorio) o simplemente porque el espíritu desea una fiesta en su nombre, el gubida de este antepasado causaras la enfermedad conocida como gubida en un

miembro de la familia, y que se empieza a manifestar a través de sueños.
Generalmente, la dolencia es casi siempre médicamente incurable. Entre mas tiempo tenga dudas la familia para actuar en el control del espíritu, mas grande será el riesgo de que el gubida mate a la persona (Mc Cauley. 1981-21…)

Para los garífunas, la enfermedad de los gubida no puede ser curada por medicina Institucional. De tal manera que cuando la familia y la comunidad sospechan que una persona tiene la enfermedad, acuden al buyel, especie de chamas o sacerdote encargado de realizar los principales ritos del culto garífunas. El buyel o boye (literalmente; el que expone o revela) desemplea varias funciones, conduce los ritos mayores, es adivino, curandero y maestro del culto. El buyel, que puede ser hombre o mujer, esta en capacidad de escoger cual de las varias funciones que le han sido transmitidas por la tradición se adapta mejor a su personalidad y a sus tendencias  intelectuales, o para expresarlo en términos de su propia cultura, debe recibir la revelación sobre cuales son los dones que las entidades sobrenaturales le han conferido y de esta forma aprender como hacer el mejor uso de ellos. Se supone, por consiguiente que los buder como hace el mejor uso de ellos. Se supones, por consiguiente que los budei nacen, no se hacen, la mayoría de los buyel suceden a sus padres en las funciones religiosa y para ellos esto es evidencia de que existe  una herencia

tanto biológica como sobre natural y no de una transmisión por medio del aprendizaje.

La creencia que los gubida pueden comunicar a través de sueños con sus parientes vivos en especial para el funcionamiento del culto. Durante el sueño, un pariente muerto pude pedir comida, bebidas, una fiesta, un baño, ropa limpia, la celebración de una misma o en ultima instancia la realización de un chungu o un dugu. Con frecuencia las personas con enfermedad de gubida dicen que han tenido tales sueños. Los individuos que no cumplen con los deseos expresados en los sueños por los muertos, enfermaran a causa del gubida enojado. En este acto, la persona que esta enferma de gubida acude al buyei y este determina después de un ritual de contacto con los espíritus si hará un chugu o un dugu: según de Andrade Coelho Rey Calvan.

## ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES NATURALES.

En la mayoría de las comunidades son en su orden: hipertensión, infecciones respiratorias agudas, diarreas y diabetes. Por su parte Bianchi (l986.8) señala que las enfermedades más comunes en las comunidades garífunas eran: malaria, asma, anemia, artritis.
Según Hernández, Amaya y Chávez (2002).

## RECURSOS HUMANOS DE LAS COMUNIDADES GARIFUNAS QUE SE DEDICAN A LA MEDICINA TRADICIONAL.

Ya se ha mencionado que unos de los recursos humanos fundamentales en la practica medica tradicional de los garífunas, son los buyei, los que actúan como sacerdotes, adivinos y consejeros, la gente llama a los buyei para que adivinen cuales son las causas que aquejan a una familia, especialmente si la enfermedad es persistente o de naturaleza exclusivamente espiritual, no obstante, solo se acude al buyei cuando todos los demás medios han fracasado , pues actualmente las tendencias indican que los garífunas acuden al medico del sistema oficinal, aunque a menudo dudan de su eficiencia. Es claro que al primer agente de salud al que acuden los garífunas en caso de una enfermedad común es a la misma familia (madre, abuela) lo que es natural, pues casi todos los grupos humanos al interior de la familia transmiten por generaciones las practicas para el tratamiento de las enfermedades comunes. Luego, si el tratamiento no es adecuado, acuden al Centro de salud. Y un pequeño porcentaje acuden prioritariamente al buyei para recibir tratamiento medico.

Otro agente de salud importante en la comunidad garífunas es la partera, la labor de estas esta coordinada a través del centro de Salud local, también en las comunidades garífunas es importante la labor de los sobadores, los sirusia o curanderos. (Del francés

chirugien) quienes son los que conocen las virtudes curativas de las hierbas. Reciben el nombre de herbalistas. Finalmente hay que mencionar que en casi todas las familias garífunas hay alguna anciana que ha heredado de su madre recetas sobre hierbas, para tomarlas o para mezclarlas con el baño y que curan las erupciones cutáneas, las fiebres, torceduras y los dolores que afectan a diferentes órganos. Estas hierbas se obtienen por lo general en los alrededores de las aldeas y en los bosques o en la playa, pero deben recogerse durante ciertas fases de la luna y a ciertas horas para que sean efectivas.

## PREVENCIÓN DIAGNOSTICA CURACIÓN REHABILITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES.

Con respecto a la prevención y diagnostico de las enfermedades mas comunes, los garífunas han logrado resumir la experiencia de las culturas que las formaron (africana, indo americana y europea) para resolver sus problemas de salud. En el caso de los buyei, ellos afirman que no solamente pueden curar enfermedades espirituales, sino también otras enfermedades “naturales” En efecto, aparte de curar las enfermedad de gubida y otros males causados por la magia (sacar males o hechizos, curar los embrujos hechos con muñecos y alfileres realizados por los brujos etc.) también expresan que pueden curar enfermedades naturales a través de sus hieruha (espíritus asistentes). El bouyei Elsie García afirma que atiende muchos casos de demencia y de enfermedades

de transmisión sexual (ETS), especialmente el VIH-SIDA, drogadictos, alcohólicos, etc. Etc.

En el caso de la maternidad se revela que hay parteras que con sus experiencias pueden determinar con exactitud el sexo del niño a los cinco meses de embarazo de la madre, además pueden pronosticar que una mujer va a tener un hijo o mas, y a través de los nudos que parecen en la placenta ese será el numero de hijo que tendrá.

El uso de plantas y productos de origen animal es muy común. Por ejemplo, para curar el “aire” (cualquier dolor o calambre que ataque diferentes partes del cuerpo) se ha de tomar pomada de cebo de vaca, de ajo y de hojas de árboles de ciguapate, apazote y wanilama hervidas con hojas de plátano.

**LA HIPERTENSION**. La curan con la calaica hervida que es una hoja muy amarga. Asimismo, la utilizan para tratar los calambres. El “bajo” que es un tipo de enfermedad originada por el contacto cercano con los muertos, se contrarresta dando un baño con la planta de “velo de Muerto”

El mayor uso que dan los garífunas a las plantas, de acuerdo con el análisis de Ochoa (l99l) en las tres comunidades estudiadas, es el uso medicinal (88% en Corozal, 92, 38% en Nueva Armenia y 81% en Travesías) y luego aparece el uso comestible (29,31% en Corozal, 28,57% en nueva Armenia y 32,91% en travesía) .En todas las comunidades en estudio el menor uso fue para fines cosméticos. Sin embargo en las últimas décadas, la población

garífunas paulatinamente ha ido variando en sus preferencias de atención en salud y actualmente se nota una mayor inclinación hacia la medicina Institucional u occidental.

## ALGUNOS SINTOMAS CULTURALES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN GRUPOS POR ETNICOS DE HONDURAS.

Granados Genoveva, Rosales Jesús Gil, y Barra José Luis (2006) describen, según las creencias, lo que serian ciertos síntomas culturales como señales de la hipertensión arterial:

- Destaca el dolor de cabezas (cefalea) con el 60. 9%
- Mareos (36 .2%
- Nerviosismo - inquietud (36. 2%)
- Sensación de sofoco (8%)
- Palpitaciones o taquicardias (6.5%)
- Debilidad
- Vista nublada
- Presión en el pecho
- Nauseas y vómitos

Ha de tenerse en cuenta que todos los síntomas se informaron de manera combinada, esto es junto u otros síntomas, por lo que todos los pacientes informaron mas de un síntoma como indicadores simultáneos de que su presión arterial esta elevada o (**Ladagarun Garabali luagu gurugia en Lengua Garífuna)**

# PATRON DE ALIMENTACION DE LOS GARIFUNAS.

La herencia Garífunas producto de la afinidad con los franceses e ingleses en San Vicente Yurumei (Siglo XVII) influyo mucho en las costumbres y la convivencia social de este grupo humano.
La forma de comportarse en publico o sea la etiqueta anglo-francesa, e inclusive la española se reflejo mucho en la manera de ser de nuestros antepasados, esto claramente se evidencia en la forma de saludar el vestuario, el momento de compartir a la mesa para comer, en la ejecución de algunas danzas como el gunchei, el Maipo etc. y también en la forma de comer.

Era la creencia y moda en el siglo XXVI; XXVII que estar obeso era sinónimo de bienestar y buena salud. Por eso se comía en exceso y las comidas eran muy abundantes y ricas en grasas.
Muchas de estas costumbres fueron heredadas por la sociedad garífunas. Las personas con buena situación social tiene que verse esbelta y con buen peso, frases como “no se porque se enfermo si esta gordito” es muy frecuente y por eso para conservarse saludable es necesario consumir muchos alimentos ricos en grasas como los derivados del coco y corozo que son muy abundantes en la región, con alto contenido de almidón, como la yuca y sus derivados, malanga, ñame, camote etc.…
Otro elementos importante de esa dieta es la sal de cocina producto de primera necesidad que en el pasado simbolizaba buena posición social y estatus en la comunidad, y el uso tanto

para la preservación de los comestibles /pescado, las carnes), como sazonar los alimentos era indiscriminado, o sea comer sin sal era de gente muy pobre.

Con estos antecedentes y costumbres alimenticias el terreno para que la hipertensión arterial es fértil, e allí que un alto porcentaje de la población Garífunas padece de este silencioso mal, y mas acentuado ahora con el consumo de muchos alimentos y bebidas con alto contenido de componentes químicos como la sal, Los Síntomas que experimentan los garinagu. Liñu awaraguni, ligari ichigu, liifadyn igibu leibugun lura mutu, lachatirun, eihini, y la consecuencia final laguibiden, iyumau, labu, laramu aban louba Guiria, por la sensación que se experimenta cuando se padece esa enfermedad de allí se deriva su nombre garífunas: “ladagarun garabali” porque se siente que un viento recorre el cuerpo de la persona-.,

FUENTE: Humberto Castillo (2004) un trabajo personal elaborado con fines informativos, para su uso en el programa radial dominical “Pastoral garífunas” en radio Lux, San Pedro Sula Honduras Centro América.

## HARANI GARINAGU – (Medicina de los Garífunas)

Suazo Ignacio (2008) Sabio y Terapeutas Garifunas

Por todas las barreras que existen para acceder a una atención de salud con eficiencia calidad y calidez los garifunas han tenido que ingeniárselas utilizando todos los recursos a su alcance para subsistir en regiones de mucha hostilidad sanitarias.

Al estar expuesto a un sin numero de fenómenos y enfermedades tropicales, desarrollo la imaginación y la fortaleza espiritual de esta comunidad, logrando hacer acopio de todos los recursos en su entorno para la atención de su salud física y espiritual.

El mundo de la medicina garifunas contempla varias e interesantes facetas que la podemos clasificar en el siguiente orden:

l.- La medicina espiritual

2.-La medicina naturalista a base de plantas y hierbas

3.-La medicina naturalista a base de elementos del mundo animal

4.-Las Terapias manuales

5.- Las terapias por inhalación

6.-La Orino terapia.

La Medicina espiritual: Los garifunas basan su existencia en la profunda relación que existe entre los seres vivos y los ya fallecidos, ciertamente la religión de este pueblo “El Dugu,” se fundamenta en un sincretismo religioso que consiste en la veneración de los ancestros.

Y sus formas de manifestación en la realización de diversas rituales como:

**El Dugu.-** Banquete de mayor escala para los Gubida”

**El Chugu**.- Banquete de menor escala para los Gubida.

**Amuñedahi.-** Baño espiritual.

**Eigaguni.-** Banquete común para los ancestros.

**Adagaraguduni.-** Ofrendar comida y bebidas para los parientes ya fallecidos.

.- se hace una misa, después se comparte café y pan entre los parientes y amigos de un pariente fallecido recientemente, o hace algún tiempo.

**Beluriya.-** se comparte danzas y alimentos por el fallecimiento de algun pariente en cuerpo presente, al año de fallecido, o pasado algun tiempo indeterminado, la velada suele durar toda la noche.

**Lafuindun llemei**.- después de fallecer una persona adulta se mantiene el fuego encendido durante 9 días, después se apaga en un pequeño ritual donde conviven los parientes más cercanos del fallecido.

**Añuwahani**.- acción de agradecimiento a la tierra, el mar, a los elementos, la naturaleza, al espíritu de los seres que compartieron con nosotros, a las que nos dieron la vida, etc.

**Agumuladuni**.- se utiliza el humo y sahumerios para espantar los malos espíritus.

**Nota**.- Estas actividades se hacen al padecer una penosa enfermedad, o por tener una situación de vida muy intranquila después de realizar estos rituales debe haber sustancial mejoría o plena sanación del convaleciente.

**La medicina naturalista a base de hierbas:** Consiste en la utilización de las propiedades curativas de una variedad de plantas y semillas tropicales. (Adjunto anexo de algunas plantas y sus propiedades curativas).

**La medicina naturalista a base de animales:** consiste en la utilización de algunas partes de animales, insectos para sanar heridas.

Ejemplos: La cucarachita (antitetánica) se utiliza para las heridas provocadas por pinchada de clavos u otro tipo de metal.-Cuando eso ocurre se mata una cucaracha, se coloca en la herida y se amarra con un vendaje (LAFADAHOUNUWA), esto se hace los primeros tres días, después al tercer día solo se mantiene el vendaje en la herida hasta que sane por completo.

La tela araña sirve para cauterizar heridas leves: cuando una persona recibe una herida leve se le aplica un tracito de tela araña sobre la herida, por un buen rato después se retira, la herida no debe ser vendada.

**Aceites:** El aceite sustraído después de freír la grasa del pollo se unta el ombligo del recién nacido para que sane mas rápidamente.

**Terapias utilizando las manos:** Consiste en la realización de métodos como:

El abachahani.- calentar con las manos, puede ser el ombligo de un recién nacido, el vientre de la madre pos parte, o por mala articulación en algunas partes del cuerpo.

Asupahani.- sobar un miembro del cuerpo posterior a una torcedura, dislocación, etc.

Masajes (asupahani).- sirven para relajar, hasta colocar en su puesto algunas partes del cuerpo humano, como la paletilla (ANIGIDAU).

**Nota**.- Todos estos ejercicios son acompañados al final con una breve oración de parte del terapeuta donde le pide a Dios y a los GUBIDAS que se vayan todos los males, mientras golpea suavemente las puertas y ventanas de la casa con las manos después de haber realizado la terapia.

**Terapias por inhalación:** consiste en inhalar raíces de plantas LILAGULA LEMURU, y la orina fermentada, esto sirve para curar males como la sinusitis.

**Orino terapia:** es otra forma que utilizan los garifunas para a tender sus problemas de salud, se recoge una muestra de orina de la misma persona se mezcla con miel de abeja, unas gotas de gas querosina, unas gotitas de limón, eso se toma y sirve para el tratamiento del asma.

## LARANI PIOHIYU (hongos)

Se pone a tostar BUSU NEBENENE después se muele
Se cocina tres pedacitos de raíz de GANIBISI
Primero se lava la herida con agua y jabón, después se lava con el agua de GANIBISI, después se le unta BUSU NEBENENE bien molido, se venda la herida, al día siguiente se le cambia el vendaje pero previo se deja la herida por un buen rato sin vendaje para que le quede el viento.
Después mezcle agua de GANIBISI con un sobrecito de sal FISUGU, eso es bueno para purificar la sangre.
Este procedimiento se hace todas las noches durante 15 días.

## LARANI TAGURUN HEWE (medicina para las picadas de serpientes)

Se hace un corte en la herida después se succiona el veneno, se mata a la serpiente, se le abre el estomago, se extrae lo que ha comido y se coloca en la herida.

## LARANI LIBIME HITAU (medicina para la diabetes mellitus)

4 hojas de GUREHEN que ha caído del palo
1 planta de albahaca con toda la raíz
2 hojas de GUYA ARANI seca
Raíz de cocotero

Raíz de una flor que tiene las hojas blancas
4 hojas de marañon de verdes

Se cocinan todos los ingredientes hasta que suele el sumo, después se deja enfriar.
Se toma durante 3 semanas.
Por ultimo se toma te de CHAINIRUDU.

**LARANI CHAUNTI (medicinas para las heridas)**

Sobre la herida se coloca la leche de HALIWALI, después se procede a vendarse.

## Vocabularios Garífunas

**DUGU**- Es la religión sincrética del pueblo Garifunas que consiste en la veneración de los ancestros, se celebra durante 3 días, y es acompañado de danzas.

**CHUGU**- Similar al DUGU pero en menor escala dura u solo día se puede hacer en una vivienda particular (no se necesita Gayunera).
**BUYEI.-** Sacerdote quien oficia y diagnostica el DUGU y el **CHUGU.**
**AHARI** –Espíritu de persona común y corriente ya fallecida

**GUBIDA** –Espíritu dinámico de persona común ya fallecida que es el responsable de solicitar un Chugu o un Dugu.

**HIYURUHA**-Espiritu de Buyeis fallecidos hace algún tiempo

**ATAHAMI** –Proceso por medio del cual se pone en trance al elegido (a) ingiriendo ron y un brebaje especial preparado exclusivamente por el buyei.

**GULI**—Es el lugar privado habilitado y acondicionado en la casa del buyei o en el templo donde se realiza el Dugu para que el Buyei realice su ritual de consultar con los Hiyuruhas los requerimientos de los Gubida.

**OUDUHANI**—Recoleccion de viveres y dinero y dinero entre los miembros de todas las generaciones familiares del elegido, estos insumos son para financiar el dugu.

**GAYUNERA, DABUYABU.-** Templo exclusivamente construido y acondicionado para la celebración del dugu.

**DIBASEI**. Enramado alterno al templo donde se realiza el Dugu como lugar de descanso de los Atahatiñu (se descansa en hamacas)

**ADAGARAGUDUNI**—Ofrendar comida y bebidas para los ancestros

Fuente. Humberto Castillo (2004) un trabajo personal, elaborado con fines informativo, para su uso en el Programa Radial Dominical "Pastoral Garifuna"en radio Lux. San Pedro Sula, Honduras. C.A.

**OUWEHANI** – Estado de trance.

## **DESARROLLO DEL DUGU**.

Todo comienza con:
La enfermedad grave, o frecuente de un ser querido al que llamaremos El Elegido.
O por medio de uno o varios sueños con una persona que puede ser conocida o desconocida para el que esta soñando, este bien puede ser el elegido u otro pariente.
Esta persona se manifiesta en sueños solicitando comida y bebidas, o con platos, ollas, cucharas etc. En la mano.
Después de agotar todos los procedimientos médicos y no encontrar remedio o peor aun se pone mas grave elegido, se acude a un Buyei.

Este realiza su ritual que consiste en entrar en trance poniéndose en contacto con los Hiyuruhas.

Como conclusión el buyei les informa a los parientes del elegido que hay que realizar un Dugu.

Pero también, el Dugu puede ser revelado a los parientes del elegido en sueños.
El Buyel se pone de acuerdo con los parientes del elegido acerca de la posible fecha de celebración del Dugu, y sobre las actividades pertinentes a realizar a partir de ese momento.

Se inicia el OUDUHANI que consiste en recolectar con todos los miembros de un árbol familiar todo tipo de víveres y dinero, no importa donde estén todos deben aportar.
Ya definida la fecha de la realización de Dugu se participa a todos los familiares que participaron en el Ouduhani que deben asistir al evento o enviar su representante.
El lugar donde se realizara el Dugu deber ser en la comunidad Garifuna de resistencia en vida, y ahora donde reside el espíritu o Gubida del que solicita el Dugu..

Por fin llega el dia convergente con los (3) tres días del fin de semana jueves, viernes y sábado (esta ceremonia dura tres días).
Fuente: Humberto Castillo (2004), un trabajo personal, elaborado con fines informativo, para su uso en el Programa Radial Dominical "Pastoral Garifuna " en radio Lux, Ssn Pedro Sula  Honduras C.A.
Se Construye el GAYUNERA /DABUYABU o sea el templo donde se realizara el Dugu (Es una enramada hecha a base de manaca y palos)

El primer Día jueves – en horas avanzadas de la tarde se da inicio la ceremonia con danzas y el sacrificio de pollos criados en la casa (no de granja avícola).

**Los pollos** (Ariran) es elemento importante en la ceremonia del Dugu, es e plato favorito de los Gubidas.

**Se danza** hasta altas horas de la noche y después descansan, pero ya no regresan a sus casas de residencia, sino que lo hacen en el DIBASEI.

**El segundo Día viernes – empieza el ATAHANI** que consiste en ingerir un poco de ron y un brebaje especial preparado por el Buyei y que solo el conoce la formula.

**Los ATAHATIÑU-** Son personas adultas de ambos géneros, y tienen que haber un representante por cada grupo familiar.

**Los Niños: (Matahatiñu)** o sea que no ingieren nada, solo se les pinta la cara con achiote (gusewe), se le coloca en las muñecas de la mano y en los tobillos una especie de pulsera de tela color rojo ya preparada por el buyei.

Después de este procedimiento los ATAHATIÑU entran en trance, y hasta los que estén curioseando con algún tipo de espiritualidad débil, o que tengan afinidad con el ritual pueden entrar en trance.

Al son de tres o más tambores y la infaltable maraca, se danzan todo el día, se descansa a intervalos de tiempo en hamacas de DIBASEI.

**ADAGARAGUDUNI.-** Desde la mañana inicia el depósito de ofrendas: Que consiste en comida de toda clase, tal es el gusto de ser querido a quien se le está ofrendando.

**La carne de pollo** es la favorita de los GUBIDAS (el pollo tiene que ser indio o sea casero, no de granja).

**Las carnes** que se ofrendan deben cocinarse sin condimentos ni sal, mucho menos ajo, el ajo espanta a los GUBIDA.
En horas de la tarde toda la comida ofrendada y al son de los tambores y los cantos del DUGU es arrojada al mar, no se debe comer.

La danza continúa todo ese día y noche DAUN LARIGI DAUN LUBARANGIÑE[7]

**El tercer Día Sábado.** En horas de la mañana todos los participantes en el DUGU se bañan preferiblemente en un río.

Durante los días de desarrollo del DUGU ninguno de los participantes se puede bañar para no perder la purificación que proporcionan los ancestros.

Después del baño los participantes regresan al gayunera y allí se prepara un ponche hecho con clara de huevo y ron.

**Todos beben** el ponche y después proceden el ABAIMAHANI Y ARUMAHANI con esta ultima actividad finaliza la ceremonia.

## ¿CÓMO SE PRUEBA QUE EL DUGU FUE EXITOSO?

- La curación del elegido.
- La calidad y legitimidad del Buyei (hay charlatanes, OJO rechace las imitaciones).

- Cuando los participantes entran en trance y empiezan al balbucear hechos que solo conocía los ancianos o era de manejo íntimo en una familia.
- La calidad de la convocatoria cuando asisten todos los miembros de ese linaje familiar.
- Por el tipo de ofrenda de acorde a las necesidades de los CUBIDAS.
- La magnitud de la ceremonia DAN LARINGUIÑE DAN LUGARAGUIÑE.

## Otros elementos del DUGU

Costo de un DUGU en la actualidad mas de L 30,000.00 treinta mil lempiras.
No se puede filmar ni tomar fotos sin el consentimiento de los familiares y del BUYEI.
No se debe realizar un DUGU en la ciudad.
El buyei debe ser autentico legitimo, no farsante, charlatán, mucho menos mercantilista.[8]

## ABUYEIHAM

Es el proceso por medio del cual los HIYURUHAS facultan a persona alguna con lo poderes de adivinar, sanar, de transmitir las necesidades de los GUBIDA, de atender hechos actuales y los que están por ocurrir.

### ¿Cómo se escoge a un Buyei?

1. Pasado algún tiempo de fallecer un Buyei el espíritu o Ahari se convierte se convierte en Hiyuruha.
2. Este Hiyuruha se encarga de buscar entre sus parientes u otra persona particular al futuro candidato para convertirse en Buyei.
3. Aquí el requisito de integridad y buenas costumbres es importante.
4. Ante el candidato, el Ahari del Buyei (seleccionador) se manifiesta con la intención de convertirse en su espíritu de cabecera o sea en su HIYURUHA.

---

[8] IDEM.

5. Esta claro que el candidato ha sido escogido para ser Buyei y debe aceptar, si no acepta es maltratado (lo ponen en trance OUWEHAGUDUNI).
6. Hasta que acepta, al aceptar lo deja tranquilo para que se prepare para su próxima misión.
7. El Hiyuruha aconseja al candidato para que busque a un Buyei en ejercicio para que lo entrene.
8. Este Buyei Guía construye su casa (LAU DUGAI) contiguo a la casa del candidato.
9. En ese **DUGAI** debe permanecer el candidato por el espacio de 15 días para su entrenamiento y purificación.
10. Durante esos 15 dias solo los parientes del candidato, previa autorización del Buyéi de cabecera lo pueden visitar.
11. El Buyéi se convierte durante ese tiempo en el sirviente del candidato.
12. Sin la presencia del Buyéi nadie puede visitar al candidato ni observarlo.
13. Mientras permanece en el DUGAI los Hiyuruhas lo aconsejan acerca de su nueva misión.
14. Al completar los 15 dias puede salir.
15. El Buyéi guía le prepara un baño especial para limpiarlo de todas las impurezas.
16. y por ultimo bailan el YADU.[9]

Fuente:

---

[7] Humberto Castillo (2004), un trabajo personal elaborado con fines informativos, para su uso en el programa radial Dominical "Pastoral Garifunas" en Radio Lux. San Pedro Sula Honduras, C.A.

## HARANI GARINAGU I (MEDICINA DE LOS GARIFUNAS)

| PADECIMIENTO | REMEDIO |
|---|---|
| **Dolor de cabeza** | Partir la cebolla en rodajas y colocarla en el lugar con dolor |
| **Alta presión** | Tomar en ayunas ajo licuado con leche |
| **Nervios o insomnio** | Tomar té de valeriana |
| **Diabetes** | Tomar té de hoja de almendra, caña de azúcar y hoja |
| **Agite de corazón** | Tomar té de hierba buena con ruda |
| **TADUHAN ANIGUI** | |
| **Paro cardíaco** | Tomar té de concha de bálsamo con hoja de aguacate |
| **Constipado/sinusitis** | Inhalar hoja de tabaco con bix o hoja de raíz de zorrillo |
| **Colesterol** | Tomar jugo de un limón en ayuno |
| **Asma** | Jugo de 4 naranjas, una cabeza de ajo y cuatro cucharadas de miel |
| **Salpullido** | Concha de indio desnudo |
| **Picazón** | Licuar caleica (pipina) y aplicarlo en el cuerpo |
| **Leucemia** | Tomar té de caña silvestre, naranja agria con rapadura |
| **Hemorragia** | Plátano verde tostado, después de licuarlo y tomarlo como fresco |
| **Fiebre** | Tomar agua de coco tibio |
| **Lombrices** | 6 dientes de ajo machacado con un vaso de leche |
| **Dolor de muela** | Semilla de aguacate molido con alcanfor y alcohol |

| | |
|---|---|
| **Mal de boca** | Hoja de piña |
| **Gastritis** | Tomar mango tierno licuado |
| **Hemorragia de nariz** | Quemar Pedazo de barro |
| **Arrugas** | Licuar linaza tomarlo en ayuno y aplicarlo |

**Fuentes de la información**

1. Muchas de estas informaciones son investigaciones realizadas por personal de la Voz Garifuna con fines informativos bajo la dirección de Humberto Castillo Bernárdez. (2004)
2. Algunas de las recetas de medicina natural HARANI GARINAGUI fueron suministradas por don: Ignacio Suazo Montero de la comunidad de Cusuna GUSUNOUGATI (2008)
3. Recetas de plantas medicinales garifunas fueron suministradas por: Don Sinforiano Vargas de la comunidad de Cocalito FALUMOUGU. (2007)

## LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Marcano Pasquier (2009) relata:

Los antiguos Griegos creían que por las arterias circulaban aire en vez de sangre y dos mil años mas tarde un Médico ingles William Harvey, descubrió que el corazón bombeaba sangre a través de dos circuitos que llevan hacia y traen desde los pulmones al corazón y de allí a todo el resto del cuerpo.

Cada vez que le toman la tensión le dan dos cifras. La primera de ellas registra la presión sistólica (aquella que se produce en las

arterias cuando late el corazón) y la segunda, la presión diastólica (aquella que se registra cuando el corazón descansa entre latidos).

Si la presión sube por encima del límite normal – que se podía cifrar 140/90 en los adultos- se produce lo que denominamos hipertensión arterial. Se trata de una enfermedad muy común en todo el mundo que a más de 20 porciento de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 505 de las personas de más de 65 años. Pero uno de sus mayores peligros es que se trata e un mal silencioso. Usted puede tener la tensión arterial elevada y no mostrar síntomas. De allí la importancia de la prevención.

Si no controla su tensión arterial, esta puede afectar al funcionamiento de su corazón, cerebro y riñones. Recuerde que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y que aumenta el peligro de derrame cerebral.

Por eso conocer mejor que es hipertensión arterial y controlarla es la mejor forma de prevenir y moderar sus consecuencias. No olvide que, aunque los investigadores no han encontrado causas especificas de la hipertensión, si han determinado algunos factores de riesgo que hacen que usted pueda ser más propenso a padecerla.[2]

---

[2] Texas Heart Institute (2009), Presión Arterial (Hipertensión Arterial), At St, Luke's Episcopal.

Alrededor del 90 al 95 por ciento de los pacientes con presión arterial alta constituyen lo que se denomina **hipertensión primaria o esencial.** Esto significa que se desconoce la verdadera causa de la presión arterial alta, pero existen diversos factores relacionados con la enfermedad.

El 5 a 10 por ciento restante de los pacientes con presión arterial alta sufren de lo que se denomina **hipertensión secundaria. Esto significa** que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales, embarazo, reacciones a recetados para otros problemas médicos.[3]

¿Cómo se mide la presión arterial?

El registro de la tensión arterial implica la necesidad de determinar dos valores: La máxima o sístole es cuando el corazón expulsa la sangre y la mínima o diástole; cuando el corazón recibe el fluido sanguíneo.

La presión arterial se expresa en milímetros de mercurio (mm hg) escala en la que tienen todos los equipos.

CON DOS CIFRAS. La primera representa la tensión sistólica y la segunda que representa la diastólica, separados por u alinea digital entre ellos.[4]

Ejemplo 120/80.

---

[3] IDEM.
[4] IDEM.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en personas de todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificúltale diagnostico, aunque pueden presentar algunas síntomas que son muy inespecíficas tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

## COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos deben evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial.

## FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

## FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

EDAD Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.

SEXO La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es mas frecuente en mujeres menospausicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

**ORIGEN ÉTNICO** La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.

HERENCIA La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2º grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

## FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES
## FACTORES COMPORTAMENTALES

**TABAQUISMO:** El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3, 000,000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer H T A.

**ALCOHOL:** El consumo de una copia de alcohol aumenta la PAS en 1 mmMg, y la PAD en 0.5 mmHg. más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independientemente del consumo semanal total.

**SEDENTARISMO:** La vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contar con hipertensión.

**NUTRICIONALES:** Elevado consumo de sodio presente en la sal y bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

**PSICOLÓGICOS Y SOCIALES:** El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalizacion y movimientos rápidos).

## FACTORES BIOLÓGICOS

**OBESIDAD**: El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC de 27. Por cada 10 Kg. De aumento de peso la PAS aumenta de 2-3mmHg y la PAD de 1-3mmHg. La circunferencia abdominal de 85

cm. En mujeres y de 9.8 cm. En hombres está asociada a mayor riesgo de hipertensión y a dislipidemia, etc.

**DISLIPIDEMAS**: El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.

**DIABETES MELLITUS**: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

## DIAGNOSTICO:

**Toma de la presión arterial:** La toma de la presión arterial es el método mas utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población. El esquema para la toma de presión arterial planteado en el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basada en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.

Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del

corazón. No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.

La medición deber hacerse después de cinco minutos de reposo.
El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
Preferiblemente con un esfingomanómetro de mercurio, o manómetro anaeroide recientemente calibrado o medidor electrónico validado.
Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
- ✓ Personal medico y de enfermería capacitado y entrenado.
- ✓ Capacidad para identificar el significado de los daos obtenidos en la toma.

## CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN POR GRADOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

Fuente: I consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto Comité Nacional Conjunto Nacional (JNC VII) y la sociedad Norte Americana de hipertensión. Ver cuadro N$^{o}$ 1.

El medico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca del resultado de la toma de presión arterial, orientar y dar educación sobre estilos de vida

saludables y darle una nueva cita con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles de presión arterial.

Presión Arterial óptima o normal. En caso de personas con presión arterial optima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludable y se cita para un nuevo control de cinco años.

| CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL<br>Asociación Norte Americana del Corazón: JNC 7 | | |
|---|---|---|
| | Sistólica | |
| Hipertensión grado 1 | 140-159 | y/o 90-99 |
| Hipertensión grado 2 | 160-179 | y/o 100-109 |
| Hipertensión grado 3 | 180 | y/o 110 |

## DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA

Los datos obtenidos en el interrogatorio y el examen físico pueden ser suficientes para realizar el diagnostico definitivo, sin embargo algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial, pueden aportar información adicional acerca del impacto de la hipertensión arterial en lesión de órganos blancos y definir los factores de riesgo cardiovascular asociados.

## EXÁMENES BÁSICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fuente modificado del I Consenso Nacional para el Diagnostico y el manejo de la HTA Individualizado en cada paciente y de acuerdo a criterio médico.

Factores de riesgo tales como Obeso, Sedentario, Fuma, Antecedentes F.R. factor de riesgo LOB: Lesión de Órgano blanco.

Otros exámenes son opcionales y dependen del criterio médico; Rayos x de tórax, ecocardiograma, microalbuminuria, Na y Ca sérico, acido úrico, hemoglobinaglicosilada.

La valoración completa debe orientar la clasificación del grado de hipertensión arterial, identificar los factores de riesgo asociados, el riesgo cardiovascular total, la lesión de órgano blanco, implementar la terapia individual y determinar la respuesta al tratamiento instaurado.

## TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnostico definitivo de hipertensión arterial, el tratamiento de selección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estado de la hipertensión y los factores de riesgo asociados.

Cuando se va iniciar el tratamiento la persona debe ser informada ampliamente sobre la hipertensión arterial, cuales son las cifras de presión arterial que maneja, cuales son lo factores de riesgo identificados, cuales son las acciones protectoras, el tratamiento,

los efectos secundarios y las posibles complicaciones. Es importante en el tratamiento de la hipertensión arterial disponer de un equipo de salud interdisciplinario (medico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.) capacitados y comprometidos a la educación detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial.

## ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y TRATAMIENTO

Fuente: Consenso Nacional de hipertensión y basado en el JNC-VI

Cuando no se logra la modificación de la presión arterial deseada mediante modificación de estilo de vida, debe iniciarse terapia farmacológica.

En el grupo de riesgo B están contenidos la mayor parte de los pacientes hipertensos. Si están presentes múltiples factores de riesgo, en este grupo se debe considerar el uso de medicamentos antihipertensivos como terapia inicial.

### Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico está orientado a dar educación estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial.

### Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensiónales con metas de 140/90, sino que

debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco (cerebro, corazón, riñones, ojos, etc.).

La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizada y escalonado. El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco. En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad de tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.

La persona que ha iniciado farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses. Posterior al centro médico se cita para nuevos controles médicos o de enfermería según la situación individual.

Las principales causas de inadecuada respuesta al tratamiento son: tabaquismo, persistencia de obesidad, apnea obstructiva del sueño, resistencia a la insulina, consumo de alcohol, dolor crónico, crisis de ansiedad, hiperventilación y crisis de pánico.
Otros aspectos muy importantes para considerar son: dosis subterapeuticas, mala elección del medicamento e inadecuada terapia combinada.

El objetivo final del tratamiento, es disminuir la tasa de morbi/ mortalidad cardiovascular, para ello en forma ideal, se debe diagnosticar, tratar y hacer énfasis en la prevención primaria, incluyendo el cambio en el estilo de vida (Dieta balanceada, peso ideal, ejercicios….).

FACTORES ETNO-CULTURALES EN EL DESARROLLO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según P. Ckering G. Thomas (2000) describe el rol que juega los factores etnoculturales en el desarrollo de la hipertensión arterial como:

- HERENCIA: Se ha demostrado que los negros sufren de alta presión arterial más grave y tienen mayor riesgo cardiovascular que los blancos, y es aproximadamente dos veces más común; por razones genéticas; de modo que si es negro sus padres tienen esta enfermedad, las probabilidades de que también lo sufra resulta incrementado; por lo que hay personas por sus diferentes razas son más vulnerables a ciertas enfermedades como la hipertensión arterial, cáncer…

- STRES: Es un factor determinante. Los negros en Estados Unidos tienden a estar más sujetos a mayor estrés que los blancos, por razones de discriminación racial, de una ira reprimida, por gran tasa de desempleo…; la tensión arterial es considerada especialmente susceptible al impacto del estrés.

- DIETA: Los carbohidratos son el componente principal en la dieta de la población negra, esto induce a la obesidad; que se convierte en un factor de riesgo importante para la hipertensión arterial; otra probable explicación de esto podría ser que la comunidad negra utilicen más sal en su comunidad que los blancos.

Las clasificaciones raciales son usadas muy frecuentemente para explicar lo perfiles de salud de los grupos humanos. La raza, por ejemplo, ha sido asociada con la sífilis, la lepra, la inflamación pélvica, la anemia fácil-forme, la HTA, el cáncer de próstata y la osteoporosis, entre otras enfermedades. Así, supuestamente, existe una “causa racial” en la suscriptibilidad a diversos padecimientos.

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Factores socioculturales parecen incidir en la diferente prevalencia de la hipertensión en determinados grupos étnicos, como la población negra de Cuba (3(0 y de Brasil (4). Del mismo modo, la baja PA y su falta de aumento con la edad en poblaciones indígenas que viven aisladas de la civilización parecen relacionarse con modos de vida, más que con factores raciales (41). Diferentes estilos de vida también contribuyen a la menor prevalencia de hipertensión en poblaciones andinas de Chile (42) y Venezuela (43). En Venezuela, la prevalencia de la hipertensión es de 21% en la región andina y del 36% en la región oriental. En el litoral de

Perú, el 18% de la población tiene hipertensión, mientras que en el Cuzco o región andina, la prevalencia es de 7%.

El proceso de aculturación se asocia a una mayor prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo (44). La tradición de las poblaciones indígenas al sedentarismo y a hábitos alimentarios urbanos, así como la incorporación de alcohol y tabaco, determina un aumento del promedio de PA y su elevación con la edad, característica de las sociedades occidentales (45): P. Ckering G. Thomas (2000).

## SALUD E INTERCULTURALIDAD

Según serie OPS/ FCH/CH/08/02.E.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. , que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades.

A través del dialogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y practicas de salud locales- a si como a la incorporación de las mismas dentrote los sistemas de salud convencionales- como una herramienta no solo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema mas equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo mas justo y humano. Como sostiene Rufino Chuquimamani:

"Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no solo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprenden el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechua y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como todos los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar…"

La interculturalidad implica también la construcción de con-ciudadanía, de respeto y de estima. En palabras de Gregori (2004), para la construcción de una comunidad nacional ese reconocimiento implica pasar de la tolerancia, al respeto y a la estima. En este mismo sentido, para Gimenez (2000) se trataría de procesos

de integración positiva que van abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación afectiva, dialogo y debate, así como aprendizaje e intercambio.

## LOS SISTEMAS DE SALUD INDIGENA

Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land. OPS).

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen.

La enfermedad, por su parte, es entendida como la perdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia. En el caso de la Amazonía, por ejemplo, existen dos categorías del universo conceptual para entender la salud. Una de las icaras y la otra es la cutipa, que alude a algo que penetra al cuerpo, que enajena y causa daño o malestar.

La noción de equilibrio esta presente al entender la salud mental. En el caso de Huancavelica (Perú) para hombres y mujeres la salud mental es el equilibrio entre el orden y el desorden, expresado en los sentimientos de tristeza y alegría ya que en estas culturas coexisten los sentimientos de tristeza o pena (ILAKI), susto o miedo (manchay), y rabia o cólera (pbiñai), categorías que por lo demás forman parte de una comprensión andina de los desordenes psicológicos, que así mismo se inscriben en una lógica terapéutica propia.

La medicina tradicional mantiene su vigencia en los pueblos indígenas. Ella recurre al empleo de plantas medicinales-entre otros recursos terapéuticos como los rituales, los cantos y las ceremonias-, y a la práctica de los proveedores tradicionales de salud como parteros, queseros, sobaderos, etc.

En el caso de la Amazonía, un elemento importante de la curación o sanación es hicaro, una forma de oración- canto que permite al especialista "succionar" el mal mediante u n ritual donde la salud se logra através de una acción comunicativa. Esta forma de lograr la salud requiere de una política centrada en la praxis comunicativa un estilo de relación que valoriza el saber local. Como sus dialogo abierto que se abre el horizonte del futuro (2004: 24). Para este autor el acto comunicativo permite verbalizar los miedos y las esperanzas y explorar las soluciones hacerse dueño del futuro y ganar responsabilidad e iniciativa.

El jefe de la comunidad médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, consejo de anciano, lideres y promotores-todos con sus saberes, experiencias y oportunidades de cercanía privilegiada a los niños (as) indígenas de la comunidad, constituyen una red de autoridades legitimadas por su comunidad para el ciudadano de su destinos, incluyendo el cuidado de la vida, salud y desarrollo de los individuos y sus entornos.

## PROMOVIENDO LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.

Existe riquezas de conocimientos de los médicos locales tanto en los andes como en la Amazonía el reto es reconocer y valorar formas distintas de conocimientos y saberes en el campo de la salud e incorporadas de manera gradual a los sistemas de salud "oficiales" por que existe una concepción distinta de la salud

entre la población indígena y la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, si no que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden el padecimiento. Para el caso de la Amazonía Según Norma Panduro vegetalista el concepto de salud supone trascender al individuo y proyectarse a la comunidad. "Una medica no solamente se preocupa de las si no también de prevenir para que la gente viva mejor, no se enferme, prevenir que no sufra y que no sea infeliz. Las medicas vegetalistas ayahasqueras no solo vemos que se curen las personas, también vemos que se viva mejor en la comunidad: que no se viva en discordia, con odio o indiferencias, y que sean unidos como un solo puño" (2002: 2).

Para Félix Duran Quispe (2006), el medico tradicional no solo es el hombre llamado a curar las síntomas de las enfermedades si no a establecer la armonía primordial del cosmos con su realidad comunitaria, para la medicina tradicional utiliza métodos bajo el principio de humanidad, que consiste en el respeto de la vida, la entrega total y el sacrificio sin ningún tipo de discriminación. Esta forma de atención de traduce en el tipo de atención que presta al enfermo: Preventivo (Tipo de alimentación), curativo (masajes, parches, uso de plantas medicinales), y ritual (equilibrio através de la energía virtual).

La existencia de un sistema explicativo, enfermedad propiamente maya no excluye por ejemplo, otros esquemas de entendimiento y tratamiento de los problemas sanitarios.

Es necesario plantear que la diversidad en la busque da de atención de los problemas de salud se da en toda a población indígena como no indígena.

## Orientaciones para lograr relaciones interculturales en salud

| Orientaciones | ¿Cómo lo hago en salud? |
|---|---|
| Las comunidades indígenas tienen derecho al ejercicio de los usos y costumbres de su cultura, practica de la medicina tradicional, vigencia de su organización y forma de elección de sus autoridades etc. | - Reconociendo, respetando y valorando otras formas de conocimientos y saberes locales.<br><br>- Promoviendo el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en el empleo de recursos probadamente beneficiosos para el cuido de la salud. |
| Reconocer el derecho a la pluralidad étnica, cultural y lingüística dentro del contexto del país como expresión de identidad nacional. | -Reconociendo positivamente la pluralidad étnica, cultural y lingüística de los demás y los propios.<br>-Interesándose por conocer las particularidades socioculturales.<br>-Interesándose por hablar otras lenguas con el compromiso de entender al mismo tiempo la cosmovisión de estos pueblos. |
| Reconocer las particularidades étnicas y culturales como expresión de diversidad. | -Asumiendo positivamente las particularidades étnicas y culturales.<br>-Reconociendo que existen diferentes culturas, ninguna mejor que la otra. |
| Disposición de aprender de otras culturas | -Incorporando progresivamente conceptos, saberes y prácticas nuevas en salud y aplicándolas en el trabajo diario. |
| Reconocer la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad étnica. | -Promoviendo la participación de los diferentes actores comunales en la resolución de los problemas de salud de la comunidad. |
| Tener disposición y apertura para promover cambios en la atención de la salud. | -Mejorando el trabajo con los pacientes.<br>-Introduciendo algunos saberes y conocimientos locales en la atención de la salud como el parto vertical, entre otros. |
| Reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y la enfermedad. | - Utilizando en el trabajo diario argumentos de la cosmovisión indígena para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria. |
| Interés por los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas. | -Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacional el tema d la salud comunitaria y la salud intercultural con énfasis en salud materno infantil. |
| Conocer los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas. | -Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacional el tema d la salud comunitaria y la salud intercultural con énfasis en salud materno infantil |
| Promover la practica intercultural en salud. | -Incentivando la conversación, la practica diaria y el intercambio entre los diferentes actores sobre aspectos de la salud de la población local, con énfasis en la salud materno infantil. |
| Reforzar la dinámica organizacional de los pueblos indígenas. | -Respetando y reconociendo las estructuras organizativas de los pueblos indígenas.<br>-Coordinando con ellos el trabajo con respecto a la salud de las personas. |

Fuente: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas Pág. 36

## ¿QUE IMPLICA TRABAJAR EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL?

1. Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
2. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
3. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/ otra desde sus propias categorías.
4. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en si mismo.

Estas formas de expresión son operativizadas através de la palabra como una estrategia no solo comunicativa si no central en el logro del reconocimiento y del vínculo.

En este sentido el tema de salud desde perspectiva intercultural no es un enfoque más, si no un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbi mortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM). Implica:

- Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar de la comunidad, la sociedad y del Estado).
- Propone el dialogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.
- Reconocer, armonizar y negociar las inmunerables formas de diferencias que existen en los países de la región.

**ALGUNOS PASOS PARA EL TRABAJO DIARIO**

| Elementos | Actitudes |
|---|---|
| Reconocimiento | -Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal.<br>-Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas.<br>-Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte.<br>-Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va expresar verbal y gestualmente la población indígena.<br>-No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas.<br>-Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no solo conocerlo, sino respetarlos y aprender de ellos. |
| Convivencia | -Compartir los conocimientos y saberes de los otros.<br>-Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.<br>-No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él.<br>-Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.<br>-Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión. |

Fuente: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas Pág. 37

**Algunos pasos para el trabajo diario (continua)**

| Elementos | Actitudes |
|---|---|
| Valoración | -Buscar los porqués de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas.<br>-Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad.<br>-Entender que no existe cultura superior o inferior, existen culturas diferentes.<br>-Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva.<br>-Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias practicas de salud.<br>-Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos están primero. |
| Interacción | -En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento.<br>-¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, "en ir juntos" uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud.<br>-Compartir, involucrarse, ser parte de. |

Fuente: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas Pág. 37

**SE DEFINIRAN ALGUNOS CONCEPTOS BASICOS QUE ESTAN INTIMAMENTE LIGADOS AL DESARROLLO DEL TEMA DE ESTUDIO.**

"La Interculturalidad puede ser entendida como un concepto, un paradigma y un desafío".

**Como concepto:** Significa relaciones entre culturas dinámicas; Proceso en que nadie lo sabe todo, todos aprenden: Aprovechar lo mejor de cada cultura, que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre culturas.

Para pueblos la interculturalidad es un hecho vital y obligado en las condiciones actuales. Existe una demanda por ser diestros en ambas culturas; para los indígenas la interculturalidad aparece como una opción de sensibilidad hacia el otro y como una oportunidad de cambio hacia una sociedad más igualitaria. Hay dos que ponen, dos que saben y dos que son capaces de hacer.

**Como paradigma:** Significa reconocer que hay espacios de encuentro, donde se pueden negociar y otros donde se mantienen los especifidades y es necesario respetar las diferencias. La interculturalidad requiere de un cambio global: no se sustenta solo en voluntades particulares, sino que se necesita de voluntad política. Como paradigma existen dos caminos: uno es el fortalecimiento de las especifidades culturales y el otro es la potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores.

**Como desafío:** La interculturalidad debería mejorar la salud de ambos pueblos, requiere que se ganen espacio desde los indígenas y también requiere de ceder poder desde el sector oficial. [10]

**¿Qué es cultura?**

La cultura es el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, practicas, códigos, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano. El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la antropología y la sociología y también se refiere a las expresiones del espíritu de cada uno de sus pueblos.[11]

**¿Qué es etnia?**

Es un concepto antropológico, que denota grupos humanos que marcan su identidad por diferencias culturas. La propia percepción de pretendas físicas y biológicas entre seres humanos es parte de la cultura.[12]

---

[10] Diagnostico y propuesta de sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de un seguro Indígena. Guillermo Davinson, Ivonne Jelves y Sergio Yánes (1999) P 19

[11] Cerqueira George Zavaleite (1991), Etnia y nación en desarrollo Vol. II P 45-46

[12] IDEM

# SALUD Y DIVERSIDAD CULTURA

Según Albomoz Camilo (2007)

La salud también expresa nosologías propias, formas particulares de nombrar, clasificar e interpretar las señales, normales y patológicas del cuerpo, y uñas terapéuticas correspondientes, las mismas que hasta el momento siguen siendo muy poco comprendidas.

Por ejemplo las enfermedades las clasifican en relación con sus colores y estos aluden a las categorías naturales del territorio. El banco al agua, el rojo a la sangre, el negro a la tierra, el verde a las plantas. De esta manera la prevención de enfermedades de las personas y del territorio se alcanza manteniendo el orden natural ancestral, el colectivo y el personal. La manifestación material y cotidiana de este equilibrio son las enfermedades, los accidentes, las calamidades.

¿Es posible articular el concepto cultural a las instituciones, los programas y los recursos del estado? Burócratas académicos y funcionarios sonríen y ve en esta tarea un imposible mientras no se superen conceptualmente los actuales modelos uniculturales e individualistas de prestaciones de salud. En el campo contrario, las autoridades indignes piensan que esto es posible y necesario, debido a que las comunidades a que las comunidades requieren servicios occidentales de salud, suficientes y de buena calidad, pero bajo la condición de que el Estado respete sus territorios, su

autonomía, su pensamiento y subculturas. La obligación constitucional del Estado de prestar servicios de salud a las comunidades indígenas no puede ser usada por los gobiernos para imponer ideologías, modelos e intereses en su contra. Por el contrario, en un país que valora constitucionalmente la diversidad cultural, los servicios estatales de salud y salud deben más bien servir para fortalecer las distintas culturas, los pensamientos y los territorios ancestrales de las comunidades indígenas. Un Estado multicultural no requiere un modelo único y unicultural. Requerimos servicios de salud interculturales y diversos, más locales, que respondan a las varias formas de vida de las comunidades indígenas y los afrodescendientes.

Alarcón, Vidal, Neira (2003) describe:

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural, social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en Chile como en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la diversidad

étnica y cultural del usuario construya una barrera en el acceso y oportunidad a una menor atención de salud.

## Cultura y diversidad cultural en salud

En concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedades representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica u el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

Desde la antropología, cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre as personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce através de un continuo proceso de aprendizaje y socialización.

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: Una correspondiente a la idea tradicional o cognitiva que sintetiza el mundo simbolicote las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo

abstracto: y una dimensión material, que corresponde a como lo simbólico se manifiesta en conductas, practicas, artefactos culturales y noemas de relación social entre las personas.

En el contexto de salud, estas dimensiones de las culturas, la cognitiva y material se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las practicas y procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud. Normalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización de la cultura médica y del contenido propio de la cultura.

Las diferencias culturales entre pacientes y profesionales se observan también al interior de los grupos, lo cual refleja el carácter dinámico de la cultura. Como toda construcción humana los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas. Por ejemplo, tanto la biomedicina como las culturas médicas tradicionales experimentan transformaciones en sus modelos explicativos de enfermedad, incorporan nuevas tecnologías al proceso terapéutico y recrean roles profesionales, técnicos o empíricos para abordar aspectos específicos de salud de los de los usuarios.

- Dr. Martínez Antonio (2006)

La cultura influye en nuestra dieta, en las actitudes acerca del ejercicio y hasta en las creencias espirituales relacionadas con la salud, como es el caso de las personas que sostienen que la salud está en manos de Dios. El Dr. Edgardo Maldonado, especialista en medicina interna del Leigh Valley Hospital and Health Network expresa: “Los latinos, por ejemplo, consideran que las personas regordetas son saludables. Y, aunque practican deportes no consideran el ejercicio como un hábito diarios esenciales. Lamentablemente, esto les genera mayor riesgo de sufrir diabetes e hipertensión.

Si bien los genes y el estilo de vida contribuyen a ese resultado, los factores socioeconómicos son una de las razones principales por la cual las personas están en riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares; el alimento mas económico en la ciudad es la comida rápida, que tiene un alto contenido de grasa y puede derivar a esta patología un prominente genetista de poblaciones dice que las diferencias genéticas tienen importancia médica, debido a que algunos genes afectan la susceptibilidad a las enfermedades y la respuesta a las drogas. Por el factor étnico hace vulnerable a ciertos grupos, múltiples enfermedades. Hipertensión arterial, malaria, Chagas, diarrea,…etc.

Muchas enfermedades se relacionan con los lugares en donde han habitado los pacientes. Porque hay zona en donde una enfermedad es más frecuente que en otras zonas geográficas y es necesario conocerlas.

**Sistemas Médicos Como Sistema Culturales**

Alarcón et al (2003):

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona as acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad.

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativas de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual.

La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales. Analíticamente corresponde a los modelos que explican y fundamentan la enfermedad. O Connor (1995; 1-34), sugiere que esta dimensión esta compuesta por dos elementos estructurales:
Axiomas y mecanismos de validación.

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la practica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse así mismo. En al biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños de un chaman, signos en la naturaleza apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias), sin embargo difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad.

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en ultimo termino, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes.

En la dimensión conductual de los sistemas de salud podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico. Este implica: quien (machi, medico, meica, santicuadora, etc.) hace que (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quien (individuo o comunidad) y con respeto a que dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.). Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol de enfermo.

**Interculturalidad como proceso de acercamiento entre sistemas médicos**

Alarcón et al (2003):

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos de salud sobre otro. En este contexto la cultura biomédico expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. No obstante, la experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, dan cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las practicas medicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, elementos

frecuentemente descritos en la literatura de la salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.

Así las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pensando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas. En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integran distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se nos presenta en el país en el sector salud, proceso que próximamente debutara con la generación de una política de salud intercultural, que transformara cualitativamente nuestro sistema haciéndolo más flexible y premiable a la realidad cultural del usuario.

**Estrategias de salud intercultural**

Alarcón, et al (2003):

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción medica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural desde la salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural parecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y dialogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico. Al respecto, Berlin y Fowkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar". Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, el no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional paciente, si los profesionales están abiertos al dialogo y conocer en parte la cultura medica de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras.

Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras las acciones de los pacientes frene a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprende, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. La investigación medico etnográfica de cuenta, por ejemplo, de la escasa adherencia a tratamientos farmacológicos cuando son considerandos nocivos por el paciente o en oposición a su marco de creencias. El rechazo cultural hacia el procedimiento de donación de órganos y trasplantes documentad en Chile entre población mapuche, es otro ejemplo de cómo la cosmovisión sobre la vida y la muerte interfiere en una determinación medica tan importante como preservar la vida a través de una intervención quirúrgica. Situaciones de esta índole son ampliamente documentadas en la literatura medico antropológica y demuestran que en la relación médico-paciente existe la probabilidad de antagonismo entre los marcos conceptuales y valòricos de ambos actores del proceso terapéutico. En estos casos, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambas culturas que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre pacientes y médicos. Al respecto Kleinman sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre enfermo y el profesional, el que se logra solo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto ara médicos como pacientes.

En un contexto de salud intercultural, ambos ejes conceptuales, no debieran parecer ajenos o extraños a la práctica médica, ni tampoco implicar una carga para el profesional de salud dado que se fundamentan en los actuales principios de bioética

medica expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informada mente en el marco de la cultura propia.

**Cognición en los sistemas culturales médicos**

Según Beltran Leonardo, Castro Ana (2006):

Los sistemas culturales médicos se construyen a partir de la necesidad vital de dar una explicación original a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte. Su objetivo es garantizar la supervivencia y la reproducción biológica, sociocultural y ambiental de un grupo humano particular por medio de la comprensión y el mantenimiento de la salud. Dicho propósito exige la construcción y el ajuste de conocimientos médicos, tanto a través de la especialización y del desarrollo tecnológico, como mediante el interculturalismo medico. Ahora bien, para comprender el concepto de sistemas culturales médicos, partimos de la definición de cultura de Geertz, quien la entiende como estructuras de significación socialmente establecidas, en virtud de los cuales los individuos hacemos cosas, percibimos cosas y reaccionamos a ellas. Por tanto, los sistemas culturales médicos son sistemas de significación orientados a la acción en salud y es posible diferenciar en ellos una dimensión conceptual y otra conductual.

De una parte, en la dimensión conceptual se agrupan los pensamientos, las creencias y los conocimientos de la salud y la enfermedad, con el fin de clasificar, explicar y definir las causas de la enfermedad, las técnicas de curación y las decisiones y acciones ante la experiencia de la enfermedad. En ella, se construyen los modelos que explican y fundamentan la noción de salud y enfermedad, con base en modelos epistemológicos

específicos que sustentan las prácticas médicas y diferencian los medios para validarse y legitimarse a sí mismos.

Por otra parte, en la dimensión conductual se organiza la atención en salud y el conocimiento de la enfermedad en procedimientos, acciones y agentes, con el propósito de mantener la salud por medio de proceso terapéutico, el cual refleja las características lógicas y filosóficas de la dimensión conceptual, (Beltran Leonardo et al).

**Tabla 1. Algunas diferencias en la dimensión conceptual de los sistemas culturales médicos**

| **Dimensión conceptual** | **Sistema cultural medico moderno** | **Sistema cultural medico tradicional** |
|---|---|---|
| Causas enfermedad | Agentes extremos específicos y concretos: malformaciones genéticas y desequilibrios fisiológicos | Agentes ambientales, sociales, poderes mágicos o agentes sobrenaturales |
| Técnicas de curación | Tecnología para diagnostico y tratamiento | Plantas, animales minerales, terapias espirituales, entre otras. |
| Objetivo | Restaurar o mantener el cuerpo biológico | Curar el cuerpo, la mente, el espíritu, la tierra y la historia. |
| Rol del paciente | Por lo general pasivo | Activo que involucra a la comunidad |
| Modelo epistemológico | Ciencia positivista | Magia, religión, entre otros |

Fuente: elaboración propia de los autores con base en Queiroz (16), Rodríguez (21), Camargo, Jr. en Tesser y Luz (8), OMS (1, 2,3) y Zuluaga (22).

**Tabla 2. Algunas diferencias entre los sistemas de conocimientos tradicionales y modernos**

| Sistemas de conocimientos tradicionales | Sistemas de conocimientos modernos |
|---|---|
| Todas las partes del mundo natural tienen espíritu | El espíritu es un asunto religioso o filosófico y no científico |
| Todas las formas de vida están emparentadas y son interdependientes | Tendencia a considerar la interdependencia aunque prima la especialización |
| Es holístico | Es reduccionista |
| Es intuitivo en su modo de pensar | Es analítico en su modo de pensar |
| Es principalmente cualitativo | Es principalmente cuantitativo |
| Es más inclusivo | Es más selectivo |
| Se basa en datos diacrónicos | Se basa en datos sincrónicos |
| Enraizado en un contexto social | Se organiza jerárquicamente y se compartimenta liza en forma vertical |
| Da explicaciones a partir de fenómenos ambientales, de experiencias acumulativas, colectivas y espirituales | Da explicaciones científicas positivistas |
| Está fundamentado en una base espiritual | Está fundamentado en el reduccionismo, el objetivismo y el positivismo |

Fuente: elaboración propia de los autores a partir de Zerda (24).

La ciencia de la salud, al estar autorizadas para informar la política pública en salud, tiene el gran desafío de establecer relaciones interculturales medicas basadas en el dialogo, con el fin no solo de favorecer una atención medica moderna diferenciada y adecuada culturalmente a los usuarios, sino además de ajustar los marcos disciplinarios de cada medicina sin que ninguna desaparezca, lo cual es deseable tanto en términos de diversidad como de fortalecimiento de cada sistema cultural medico, con el fin de avanzar en la comprensión de las explicaciones en la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad sobre los cuales los saberes tradicionales poseen un vasto conocimiento. Hacer armónica la diversidad cognoscitiva implica un ejercicio individual y colectivo que pasa porque nuestros médicos, por ejemplo, sean capaces de enfrentarse a un yerbatero, a un sobandero, a una partera o a un chaman con una actitud humilde y curiosa que facilita la experimentación del saber del otro; basados en el respeto, solidaridad, y el reconocimiento de las diferencias: Beltran Leonardo et al (2006).

**Prácticas y saberes alternativos en salud**

Para poder hablar de prácticas y saberes es importante considerar los elementos culturales y el idioma; y es importante señalar que "El bilingüismo" acarrea consigo una nueva fase de transformaciones culturales profundas. Los pueblos indígenas ancestralmente han puesto en práctica la cotidianidad, los saberes en salud, producción. Sin embargo el conocimiento indígena de salud ha considerado históricamente desautorizado desde el sistema formal o atención medica, al asociarlo con la brujería, charlatanería, hechicería, llegando inclusive a la persecución a los

Prestadores tradicionales de salud, situación que ha impedido tener una relación de respeto a los conocimientos y prácticas en salud tradicional.

Esto ha significado que las prácticas de salud de los pueblos indigenas esten vigentes a pesar de que se les ha negado posibilidades de rescate, de valores y desarrollo del conocimiento y sabiduría ancestral.

Fuente: Plan Cantonal de salud, situación de salud catacachi (diagnóstico).

# METODOLOGÍA

**Tipo de Estudio:** El presente trabajo es una investigación mixta.

**Características del Estudio:** De carácter descriptivo, analítico – propositivo.

**Población y Muestra:** La comunidad seleccionada, se trata de un asentamiento Garífuna ubicada aproximadamente a 19 km, del casco urbano de la ciudad de San Pedro Sula, Departamento de Cortés, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Es una población netamente afrodescendiente (96%).
- Comunidad que una vez participada el estudio, previa información dio su ***libre consentimiento.***
- Están vigentes las prácticas ancestrales en salud y conservan sus prácticas culturales garífunas.

- La población tiene acceso cercano a algunos servicios de salud institucional.
- Existe buena voluntad para participar en el estudio, por parte de las fuerzas vivas del sector (autoridades tradicionales, sabedoras ancestrales, personal de salud de ambas instituciones).

Se seleccionó una muestra tomada al Azar que correspondiente al 10% de una población total de 1000 adultos mayores de 20 años, correspondiente a 100 personas.

**Técnicas para la obtención de la información requerida:** Revisión de documentos. Visita a la comunidad, y reunión con las fuerzas viva de la misma. Aplicación a quienes se procedió a realizar una encuesta dialogada en forma directa. Toma de Presión Arterial. Además se realizó entrevistas a profundidad; sabios y más miembros de la comunidad.

**Materiales de estudio**

- Promoción del trabajo en una emisora radial local.
- Esfingonanómetro aneroide, para la medición de la Presión Arterial.

**Procesamiento y Análisis de datos:** la información proporcionada por los participantes serán recopiladas mediante formato de encuestas escritas. Datos que se sistematizarán y organizarán mediante las siguientes fases:

- Edición, Codificación y tabulación de datos (utilizando tablas y cuadros estadísticos).
- Análisis e interpretación de los datos.
- Presentación de los resultados de la Investigación (mediante la representación gráfica – barra, diagramas, etc.-).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Una vez realizado el trabajo de campo y sistematizado los damos se han obtenido los siguientes resultados;

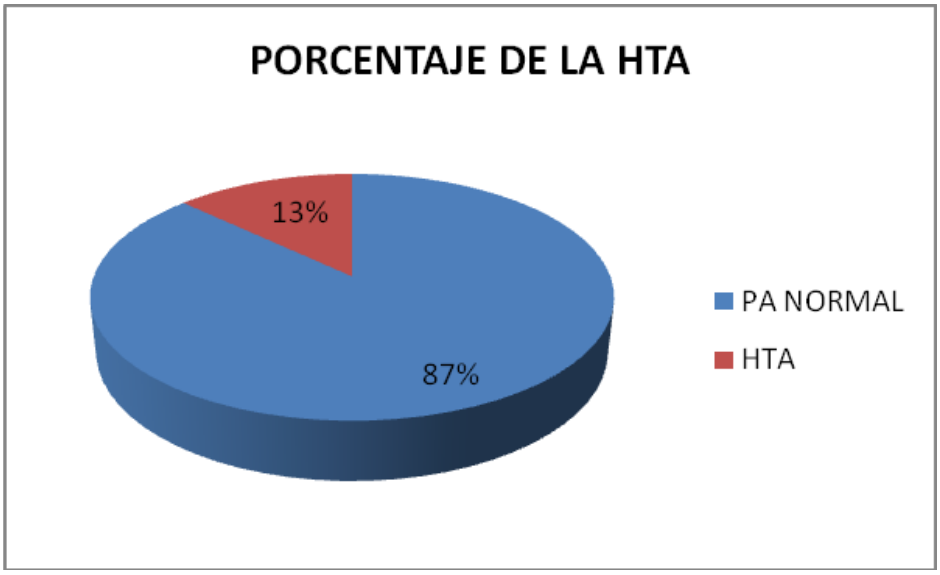
### CUADRO N° 1

**Incidencia de HTA en la población garífuna de la comunidad Dr. Alfonso lacayo**

| N° CASOS | PA NORMAL | HTA | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Fr | 87 | 13 | 100 |
| % | 87% | 13% | 100 |

FUENTE: Datos tomados de la muestra estudiada.

ELABORACIÓN: Carlos Arana Guillén.



La tabla precedente nos permite ver que el porcentaje de la HTA en la comunidad estudiada es considerable, lo cual representa un riesgo para la salud de la comunidad.

## PERCEPCIÓN DE LOS TERAPEUTAS TRADICIONALES DESDE LA COSMOVISIÓN GARÍFUNA SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Según entrevista realizada el 23 de Octubre a la Sra. Eduarda Colón (partera), y el 24 de Octubre al Sr. Ignacio Montero (hierbero), plantean que el diagnostico es eminentemente clínico, decir que es a base de signos y síntomas, para el tercero entrevistado el día 15 de Octubre, el Sr. Cozme Roches ( el Buyei) lo hace además de la clínica con la parte espiritual consultada (Ayuruha) siendo el responsable del problema el Gubyda (que es el espíritu de los ancestros), se consulta con el espíritu de la hipertensión llamado hayuara, quién también da las pautas del pronóstico de esta enfermedad si lo va a poder sanar o no. Además consideran que HTA tiene una causa de origen natural.

**CUADRO N° 2**

**Principales manifestaciones clínicas de la HTA, visto desde los terapeutas tradicionales y la población en general de la comunidad Dr. Alfonso Lacayo 2009.**

| N° | MANIFESTACIONES |
|---|---|
| 1 | Dolor de cabeza “cefalea”. |
| 2 | Dificultad para respirar (ahogo) “Disnea”. |
| 3 | Mareos o desmayos “lipotimias o vertigos”. |
| 4 | Dolor de pecho “precordial”. |
| 5 | Desesperacion “nerviosismo”. |
| 6 | Debilidad “Astenia”. |
| 7 | Cansancio “Adinamia”. |
| 8 | Hinchazón de los pies “edema”. |
| 9 | Mal humorado “neurasténico”. |
| 10 | No duerme “Insomnio”. |
| 11 | Vasca “Nauseas”. |
| 12 | Arrojar “vómitos”. |
| 13 | Falta de apetito “hiporexia”. |
| 14 | Hormigueo “Parestesia”. |
| 15 | Sensación de aire o temblor “mioclonias”. |

Existe una gama de síntomas y signos culturales que identifican la HTA en la población Garífuna, el paciente puede tener uno o más síntomas simultáneos, aunque la mayoría coincide que es el dolor de cabeza.

**CUADRO N° 3**

**Principales recursos terapéuticos con los cuales los sabios garífunas tratan la HTA en la comunidad garífuna Dr. Alfonzo Lacayo 2009.**

| N° | RECURSOS TERAPÉUTICOS |
|---|---|
| 1 | Ajo Indio (medicinal) |
| 2 | Hoja de albaca |
| 3 | Hoja de valeriano |
| 4 | Hoja de aguacate |
| 5 | Hoja de guayabo |
| 6 | Hoja de manco |
| 7 | Hoja de naranja agrio |
| 8 | Noni |
| 9 | Calaica |
| 10 | Te de jengibre |
| 11 | Licuado de perejil |
| 12 | Y otros |

Fuente: Entrevista Dialogada
Elaboración: Carlos Arana Guillén

Según el estudio realizado hemos podido determinar que dentro de la Medicina entre sus recursos terapéuticos está una serie de elementos, tales como Ajo indio, hoja de Albaca, Hoja de aguacate, hoja de Guayaba, etc. Elementos que son muy conocidos por la población de la comunidad Dr. Alfonso Lacayo.

**Principales Métodos de prevención de la HTA desde el punto de vista de la Cosmovisión Garífuna.**

En la comunidad Garífuna suelen utilizar una candela encendida n el altar de su casa, teniendo ahí una figura de un santo para invocar el poder de sanación de los espíritus.

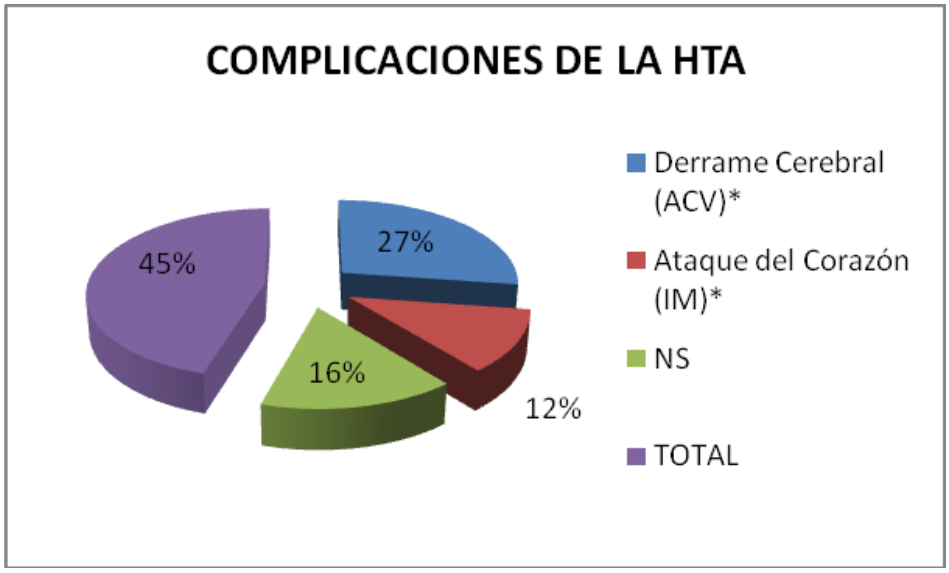
**CUADRO N° 4**

**Conocimientos que tiene la población Garífuna a cerca de las complicaciones de la HTA en la comunidad Dr. Alfonzo lacayo 2009.**

| COMPLICACIONES | # | % |
|---|---|---|
| Derrame Cerebral (ACV)* | 60 | 60 |
| Ataque del Corazón (IM)* | 26 | 26 |
| NS | 34 | 34 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada

Elaboración: Carlos Arana Guillén



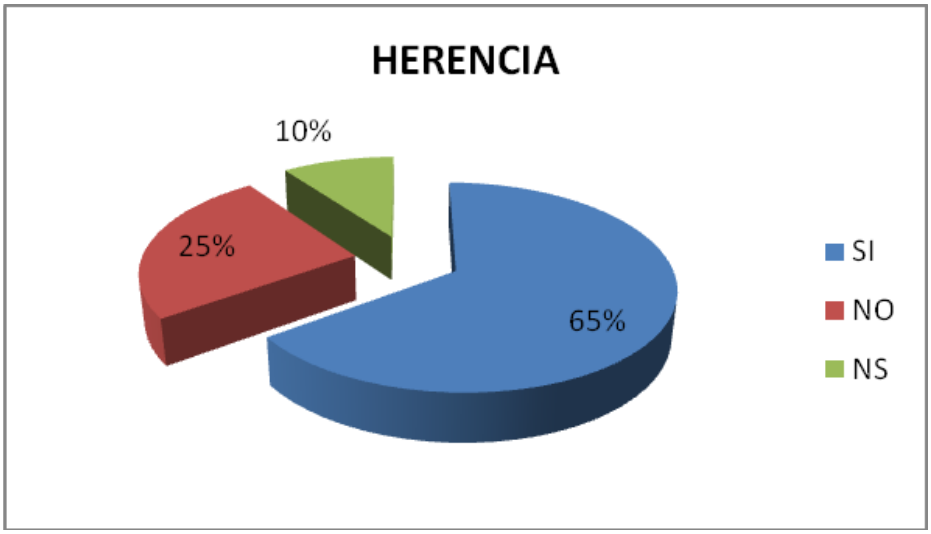

La población conoce básicamente dos posibles consecuencias, siendo la más conocida el Derrame Cerebral.

**CUADRO N° 5**

## CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNIDAD GARÍFUNA

A. Herencia

| HERENCIA | # | % |
|---|---|---|
| SI | 65 | 65 |
| NO | 25 | 25 |
| NS | 10 | 10 |
| TOTAL | 100 | 100 |

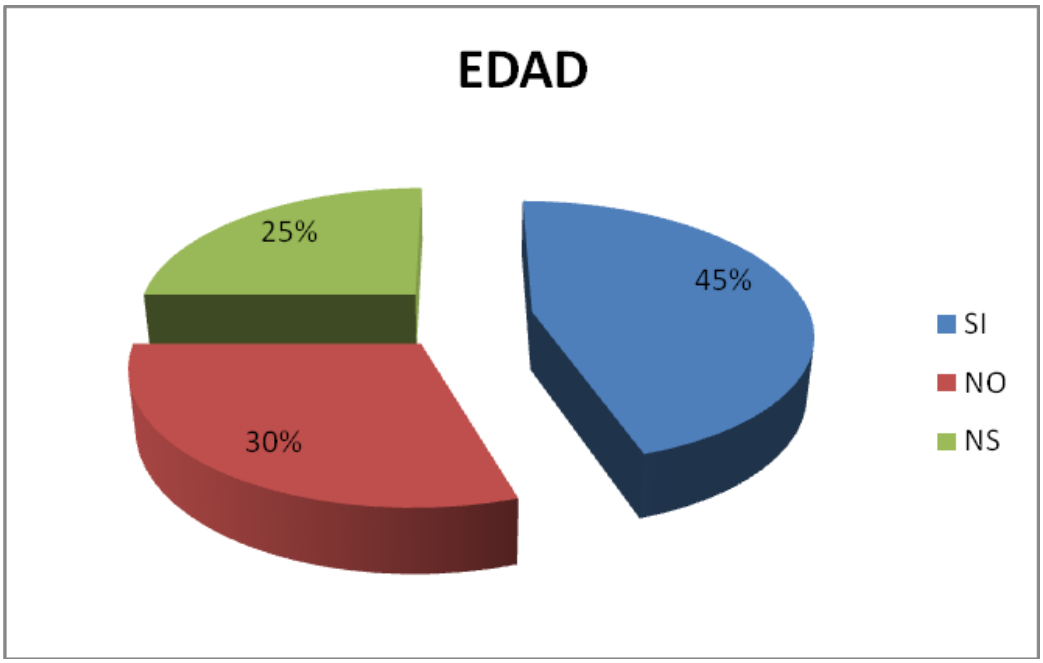



EL gráfico precedente nos demuestra, que la mayor parte de la población entrevistada señala a la herencia es un factor de riesgo para el desarrollo de HTA.

**b. Edad**

| EDAD | # | % |
|---|---|---|
| SI | 45 | 45 |
| NO | 30 | 40 |
| NS | 25 | 25 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada
Elaboración: Carlos Arana Guillén

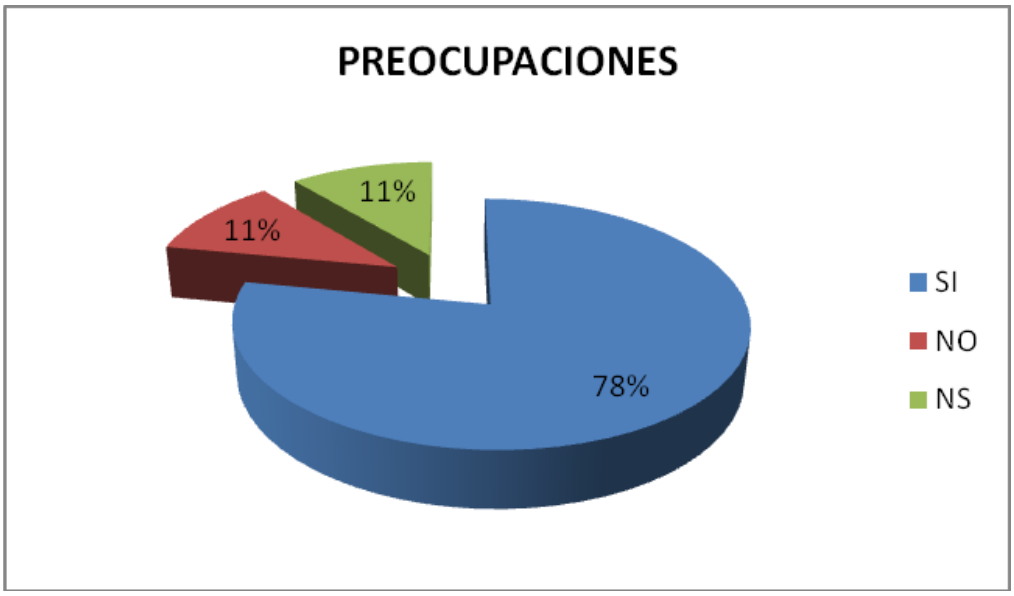



El presente cuadro nos indica que en cuanto a la edad los criterios están divididos, el 45% indica que si es un factor d riesgo para la HTA, mientras que el 30% no lo considera así.

c. Preocupaciones

| PREOCUP. | # | % |
|---|---|---|
| SI | 78 | 78 |
| NO | 11 | 11 |
| NS | 11 | 11 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada
Elaboración: Carlos Arana Guillén

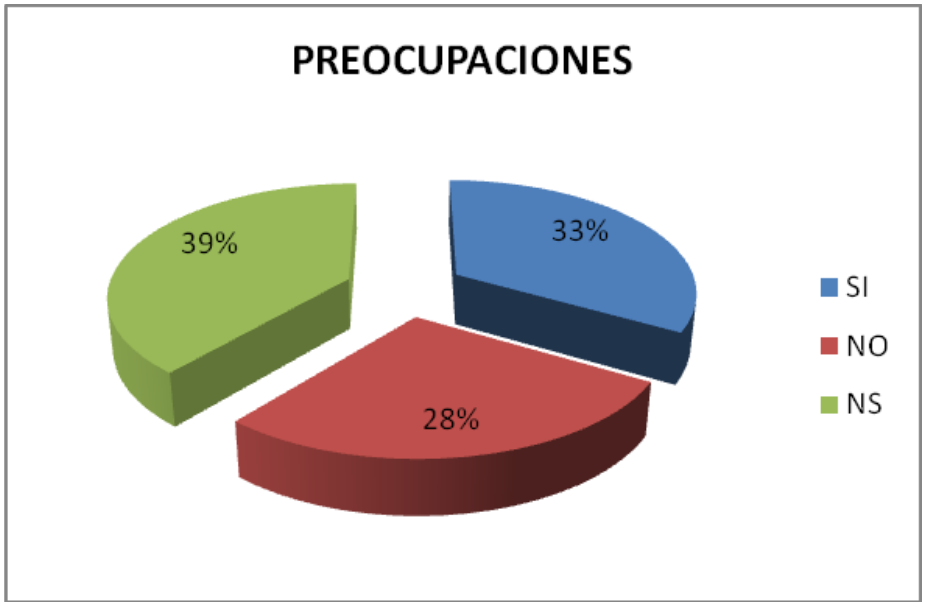



El gráfico precedente permite ver que la mayoría considera que el tres es causa de HTA

d. TABAQUISMO

| TABAQUISMO | # | % |
|---|---|---|
| SI | 33 | 33 |
| NO | 28 | 28 |
| NS | 39 | 39 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Elaboración: Carlos Arana Guillén

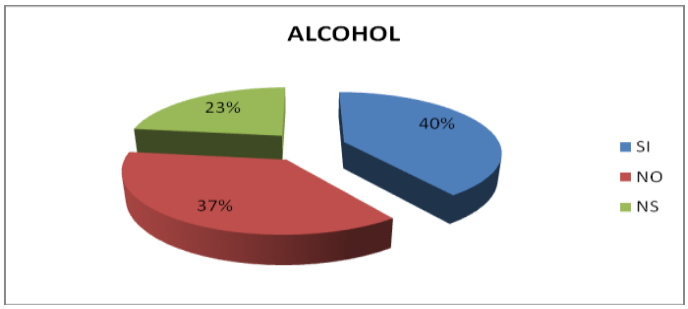



De los encuestados señalan que el hiyuri o nicotina del tabaco es el factor responsable de la HTA.

E. Alcohol

| **ALCOHOL** | **#** | **%** |
|---|---|---|
| SI | 40 | 40 |
| NO | 37 | 37 |
| NS | 23 | 23 |
| TOTAL | 100 | 100 |

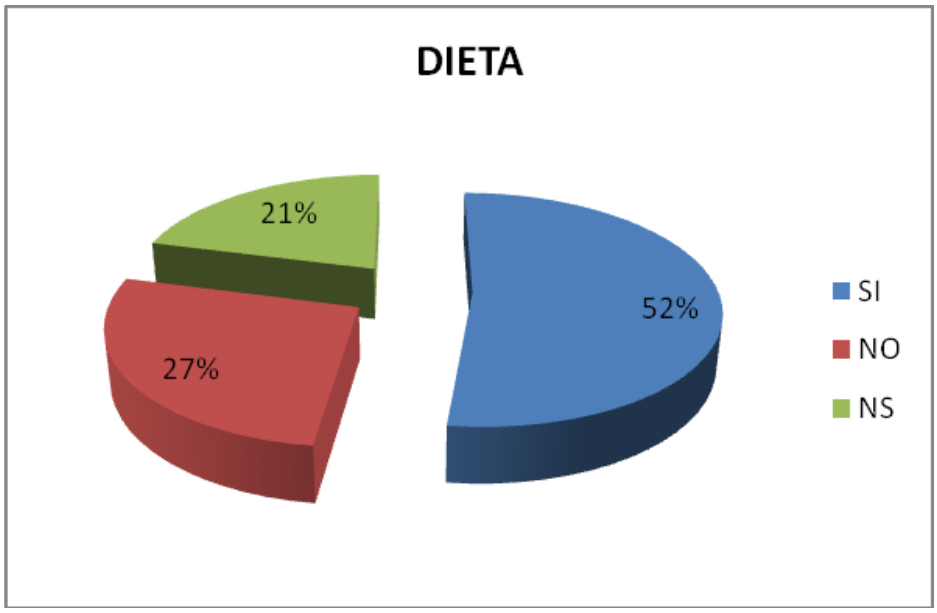
Elaboración: Carlos Arana Guillén




## f. DIETA

| DIETA | # | % |
|---|---|---|
| SI | 52 | 52 |
| NO | 27 | 27 |
| NS | 21 | 21 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada
Elaboración: Carlos Arana Guillén



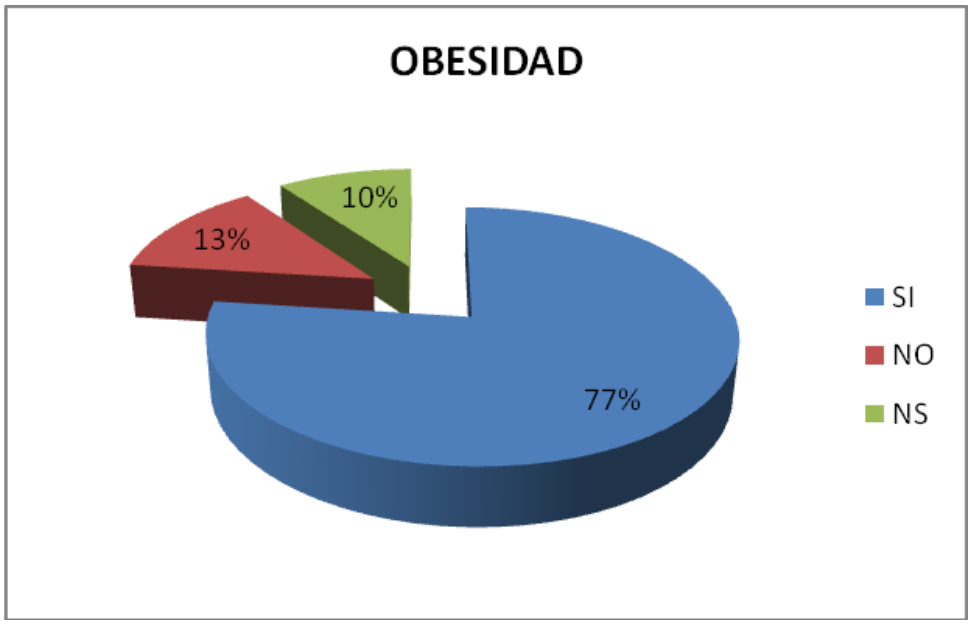
Los encuestados señalan alto consumo de sal y grasa en los aque la sal tienen un alto gado de riesgo de desarrollar HTA.

g. Obesidad

| OBESIDAD | # | % |
|---|---|---|
| SI | 77 | 77 |
| NO | 13 | 23 |
| NS | 10 | 10 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada

Elaboración: Carlos Arana Guillén



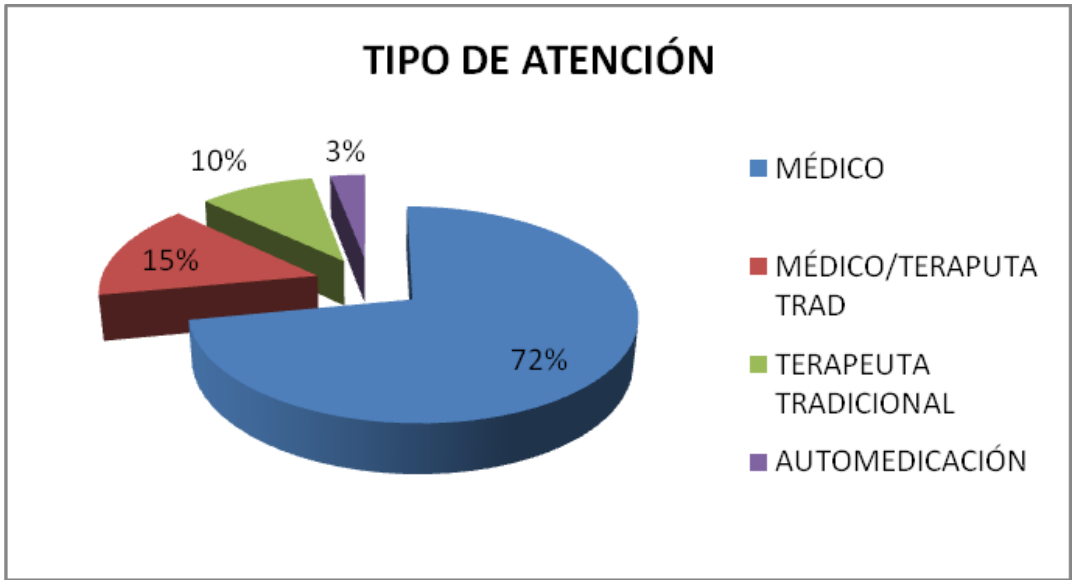

Según la opinión de la gente los factores que más se identificaron con el origen de la HTA son las preocupaciones (stres) 78%, Obesidad en un 77%, herencias en un 65%, Dieta en un 52%. Siendo la Obesidad el factor que tiene mas una connotación cultural.

**CUADRO N° 7**

Grado de preferencia de los usuarios, a la medicina tradicional Garífuna o a la medicina alopática, para el tratamiento de la Hipertensión Arterial

| ATENCIÓN | # | % |
|---|---|---|
| MÉDICO | 72 | 72 |
| MÉDICO/TERAPUTA TRAD | 15 | 15 |
| TERAPEUTA TRADICIONAL | 10 | 10 |
| AUTOMEDICACIÓN | 3 | 3 |
| TOTAL | 100 | 100 |

Fuente: Entrevista Dialogada
Elaboración: Carlos Arana Guillén




Se describe una alta preferencia de la atención médica alopática en un 72%, por el grado de “confianza” que genera este servicio, y

otro factor determinante considero que es el hecho de que la población estudiada se trata de un asentamiento dentro del casco urbano.

**CUADRO Nº 8**

**Conocimientos del origen de la HTA según nivel de escolaridad en la comunidad Garífuna, Dr. Alfonso Lacayo. 2009.**

| Grupo de escolaridad | Natural<br>#<br>% | Espiritual *Gubyda<br>#<br>% | Superstición *Hechizo<br>#<br>% | N/S<br>#<br>% | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| PI | 10<br>58.8 | 3<br>17.6 | 2<br>11.7 | 2<br>11.7 | 17 |
| PC | 25<br>62.5 | 5<br>12.5 | 3<br>7.5 | 3<br>7.5 | 40 |
| SI | 16<br>76.1 | 2<br>9.5 | 2<br>9.5 | 2<br>9.5 | 21 |
| SC | 12<br>75 | 1<br>67.25 | 1<br>6.25 | 1<br>6.25 | 16 |
| U | 6<br>100 | | | | 6 |
| | | | TOTAL | | 100% |

Fuente: Entrevista dialogada.

Se observa que las personas ubicadas en categoría de secundaria a universitaria consideran que la HTA es de origen natural.

PI = Primaria Incompleta.
PC= Primari completa.
SI= Secundaria Incompleta.
SC=Secundaria completa.
U= Universitario.

**Capacidad instalada de servicios de salud, en el sector de la comunidad Garífuna**
**Dr. Alfonzo Lacayo 2009**

El sector cuenta con servicios de salud distribuidos así:

a- Públicos: 2 cesamos (médicos y enfermeras) municipales (Padre Claret, 6 de Mayo)

b- Privados: 3 (Clínica Medica Herrera, Clínica Familia Cristiana Evangélica, Padre Claret)

Fuente: Entrevista Dialogada

Los datos precedente nos permita entender que en ninguno de los centros existe una aproximación a la atención intercultural siquiera.

# CONCLUSIONES

1. El presente estudio nos permite concluir que en la población Garífuna de la Comunidad Dr. Alfonso Lacayo, el porcentaje significativo de HTA lo cual constituye serio riesgo de salud para el grupo étnico.

2. La población Garífuna posee conocimiento y prácticas de diagnóstico, terapéuticas y de prevención propias con respecto a la HTA, y cuenta con 3 terapeutas tradicionales en la localidad.

3. La población de la comunidad Garífuna Dr. Alfonso Lacayo conoce los principales factores de riesgo y complicaciones de la Hipertensión Arterial.

4. Se considera que la obesidad es un factor de riesgo cultural para el desarrollo de la HTA.

5. La población Garífuna tiene una tendencia marcada de preferir los servicios de salud de carácter oficial, lo cual indica que hay una subvaloración de lo propio.

# RECOMENDACIONES

1. Se recomienda poner en práctica las medidas preventivas propias como la candela prendida en un altar (espirituales).

2. Establecer medidas de control actuando sobre los factores de riesgo modificables, dieta, tabaquismo, alcohol, obesidad y sedentarismo.

3. Que la Comunidad Garífuna, a través de sus sabios, ancianos, dirigentes comunales realicen acciones tendientes al fortalecimiento y promoción de las prácticas médicas ancestrales.

4. Diseñar una guía de protocolo de Atención para la HTA y otras enfermedades (Diabetes y SIDA) con un enfoque intercultural (con la participación de representantes de las dos Medicinas), que incluya terapias combinadas, practicas de prevención, dieta y ejercicios.

5. Que los organizaciones de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes, gestionen la aprobación de leyes reivindicativas, tal es el caso de la “Ley especial para el desarrollo integral de los Pueblos Indígenas y Negros de Honduras”.

6. Proponer un sistema de salud intercultural para el Pueblo Hondureño, en base a los siguientes lineamientos;

a. Fortalecimiento y consolidación de los recursos humanos disponibles en los dos sistemas de salud.
b. Estudio de las medicinas de origen vegetal y animal utilizado por los garífunas.
c. Reconocimiento legal de la medicina tradicional Garífuna.
d. Ampliación de los servicios de salud, la infraestructura básica y las condiciones ambientales de los pueblos garífunas.

## LISTA DE REFERENCIAS O BIBLIOGRAFIAS


Amaya Jorge (2005). Reimaginando "la nación en Honduras; de la nación homogenea a la nación plurietnica", los negros garífunas de Cristales. Trujillo, Colón 1P. Publicado 04-Dic-2005

Arbelaes Camino (2007): Diversidad cultural, el mayor desafío de la salud pública contemporaneo pp:8/9.

Beltran Leonardo & Castro Ana María (2006) ¿Nonólogo o dialogo intercultural entre sistemas médicos? un reto educativo para las ciencias de la salud,Bogotá, Colombia, 4. 110-121.

Cerqueira George & Zorour Leite (1991). Etnia y Nación en América Latina II 45 p.

Castellanos P Epidemiodología de la Hipertensión Arterial en el Departamento de Colón: Estudio comprativo en la raza negra y mestiza en la población adulta de Santa Fé. Corralito. 616.132*C 34e. 1983.

Docentes del Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas U.N.A.H. estudiantes del V año de la Facultad de Ciencias Médicas. Factores de riesgo en alteraciones de glucemia en Población Garifuna, mayor de 15 años en Travesía, Cortés en Mayo 2007. Rev. Fac. Cienc. Enero-Junio 9P.

Davinson Guillermo, Telvez Ivonnne & Yanes Sergio (1999), diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para indigenas. Bases para una propuesta de un seguro indigena 4-24.

Fundación Española del Corazón. Sociedad Española de Cardiología ¿Que es la Hipertensilón Arterial?
Web: WWW.Secardiología
WWW.Geosalud.Com/Hipertensión/ que % 20 es % 20 hpt.pintado.

Granados Genoveva, Gil Jesús, Nieto Rosales & Ibarra José Luis (2006.Un estudio explorativo sobre el desarrollo de creencias sobre sintomas como señales de Hipertensión Arterial, Psicolhema, Universidad de Oviedo,Oviedo España. Rev. Redalye 1% (004), 822 827.

Galvao de Andrade Coelho. Ruy "los negros Caribes de Honduras" Tegucigalpa D.C. Editorial Guamuras (2a.ed.) 1era Reimp. Colección CODIES 2002, 160-171.

Guadalajara, José Ricardo (1966): Jefe de Servicio Clínico Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, programa de actualización continua para Cardiología, Mendes Editores Quinta Edición. 1P.

Geografía de Honduras (2009). América: Descubra un nuevo mundo,00 18, 7.
Wikipedea Org/Wiki Geografía de Honduras.

Hernández Rodríguez, Amaya Jorge & Chávez Marina (2002); Promoción de la medicina y terapias indigenas en la atención primaria de salud: El caso de los Garifunas de Honduras, Universidad Pedagogica Nacional Francisco Morazán, Dirección de Investigación OPS/OMS. Honduras,Abril 2002, Sashington. D.C. pp: 30-39

Hipertensión Arterial está entre las principales causas de morbilidad en Garifunas en el Municipio de Puerto Cortés, Honduras 3189.1, entorno social económico y cultural 9.31.8, situación de salud.

Ibacache Jaime (1996): La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto Intercultural, servicio de salud, Araucania Sur 19, 2p.

Ministerio de Salud Pública (2001). Plan Cantonal de Salud. Situación de salud en Contacachi, Diagnóstico, Comité Inter Sectorial de Salud. C.I.S WWW.Cotacochi, goo. ec/.../Plan de salud. C.I.S. htm.

Martínez Antonio & Fernández Ivonne (2006). ¿Es la raza un criterio Vital en la práctica médica? Rev. Cubana Medina General Integral, Cuba. 22 (1) 1P.

Malarcon Ana, Aldo Vidal & Jaime Neira (2003)
Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales, 9 (131), 1061 - 1065.

Macías Castro Ignacio (1997) Epidemología de la Hipertensión Arterial. Acta Medicial Hospital Clinico Quirurgico, Hermanos Ameijeiros, 7 (11): 15-24 Enero-Jun. 1997.

Marenco Cerda RE Epidemología de la Hipertensión Arterial en el grupo Garifuna, Trujillo, Colón. 616.81* M32, 1986.

Marson Grant PF.Epidemología de la Hipertensión Arterial, ciudad Roatán, Islas de la Bahía 3 12-3132]*M37, 1984.

Moncada Mejía A. Incidencia de la Hipertensión Arterial en dos grupos Etnicos 616.132* M73, 1982.

OPS: una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. D.C.: ops 2008, 11 - 39;
Serie OPS/FECH/CH/08/02 E II Serie, III Organización Panamericana de Salud.

Oncalderon 46 a Yahoo. Factores de riesgos de la Hipertensión Arterial, Polblado Maya (2002).

Ramírez: Estudio Epidemologico sobre la Hipertensión Arterial en la ciudad de La Ceiba, Atlántida, 616. 132-217.1978.

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, Plan Nacional de Salud 2021; Tega-Diciembre-2005, 25,46 PP.

Sierra Andino C. Hipertensión Arterial a través de las edades: Revisión bibliografica de una presión arterial en el grupo Garifuna, Trujillo, Colón. 616.81*M32, 1986, WWW.bus.hn/RMH75/Pdf/2006/Pdf/vol. 74 - 4-2006-12.

Thomas G. Packering & Heariti Fitnem (2000): buenas noticias sobre Hipertensión Arterial 43 P Cap. 13.

Texas Heart Institute (2009) Presión arterial o hipertensión arterial. At. st. Lukes, Episcopal pp 1-4.