

## ARTÍCULO ORIGINAL

### SITUACIÓN DE SALUD DE ALGUNAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE TALAMANCA COSTA RICA. 1996

Liliana Padilla\* ; Catalina Piedrahita\*

#### RESUMEN

*Este trabajo tiene el propósito de realizar una aproximación a la problemática de salud de algunas comunidades indígenas de Talamanca, Costa Rica y de ofrecer propuestas realistas a su particular problemática. Se estructuró este trabajo siguiendo un modelo participativo para la elaboración de un autodiagnóstico por parte de la comunidad, en el marco del proyecto Namasöl de la Cooperación técnica Holandesa, con la participación de Catalina Piedrahita (estudiante de medicina. CES), en el trabajo de campo, la colaboración del equipo técnico del proyecto Namasöl y de Liliana Padilla (estudiante de medicina. CES), quien participó activamente en la estructuración del documento final. A partir de visitas domiciliarias, entrevistas con médicos tradicionales indígenas (awapa) y expertos sobre la región, se llegó a la conclusión de que los principales problemas de esta comunidad referentes al área de salud eran:*

1. Dificil acceso a los centros de salud
2. Pérdida de las formas autóctonas para controlar la enfermedad.
3. Enfermedad diarreica aguda, Infección respiratoria aguda, problemas dermatológicos, malaria.
4. Desnutrición: para 2 comunidades con una muestra de 123 niños:  
Desnutrición aguda: Coroma: P/E\*: 4%, P/T\*\*: 4%.  
Gavilán Canta: P/E: 23%, P/T: 15.  
Desnutrición crónica: Coroma: T/E+: 30%, PC/E++: 10%  
Gavilán Canta: T/E: 13,6%, PC/E: 6,8%.
5. Alcoholismo

1. Las comunidades indígenas de Talamanca representan una minoría desprotegida en cuanto a su salud, cuya problemática está lejos de ser conocida y por lo tanto resuelta por los organismos estatales.
2. Los conceptos de salud actuales en estas comunidades son producto de una hibridación de conceptos entre tradicionales y occidentales.
3. El uso de plantas medicinales continúa siendo la primera forma de ataque de la enfermedad, en segunda instancia se recurre al médico occidental y finalmente al awá cuando el asunto se cree de índole mágica, no resuelta por médico occidental, de orden amoroso o falta social.

**PALABRAS CLAVES:** SITUACIÓN DE SALUD.

#### SUMMARY

*This project has the purpose to perform an approximation to the health problems of some native communities of Talamanca, Costa Rica, and to offer realistic proposals to its particular problem. This project was structured following a participative model for the elaboration of a selfdiagnosis with part of the Community, in the framework of the Namasöl Project of the Holland Technical Corporation, with the participation of Catalina Piedrahita Perez (student of medicine. CES), during four months of field work in the native communities of Talamanca, the collaboration of the technical group, and of Liliana Padilla (student of medicine. CES), who participated actively in the structure of the final document. From home visits, interviews with native traditional*

\* Estudiantes de la Facultad de Medicina, Instituto de Ciencias de la Salud CES

\*\* Asesores: Luz María Agudelo, Médica Epidemióloga. Jefa División de Investigación Facultad de Medicina CES. Wberney Marín, Magister en Educación y Desarrollo Comunitario, Docente UPB. Luz Marina Vélez, Antropóloga, Docente UPB.

doctors (awapa) and experts concerning the region, it has come to the conclusion that the primary problems of this Community in reference to the health area were:

1. Difficult accesses to the health care centers.
2. Loss of the native forms in order to control illness.
3. Keen diarrhea illness; keen respiratory infection, dermatological problems, and malaria.
4. Malnutrition: for two communities with a test of 123 children.  
Keen malnutrition: Coroma: P/E\*: 4%, P/T\*\*: 4%.  
Gavilan Canta: P/E: 23%, P/T: 15%.  
Chronicle malnutrition: Coroma: T/E+: 30%, PC/E++: 10%.  
Gavilan Canta: T/E: 13.6%, PC/E: 6.8%.
5. Alcoholism

1. The native communities of Talamanca represent an exposed minority in regard to their health, whose problem is far from being known and therefor resolved by the state Institutions.
2. The actual health concepts in these communities are results of a hybridization of concepts among traditional and westernized.
3. The use of medicine plants continue being the first form of attack the illness, in second instance, they fall back on the western doctor, and finally the awá when the matter is believed to be of magic character; it doesn't result by a western doctor, of loving order or social fault. and the international community to have a better knowledge of the dimensions, and implications of euthanasia, so they can take the proper actions according to their roles in society.

**KEY WORDS:** HEALT STATUS.

## INTRODUCCIÓN

---

Los indígenas latinoamericanos no han olvidado que son distintos, pero el inevitable contacto con occidente les ha hecho cuestionar la validez de sus prácticas ancestrales, al ponerlos frente a modelos que les resultan atractivos, más por su novedad que por su eficacia y que hacen que midan a los propios según estándares importados desde la medicina facultativa occidental. Esta comparación parcializada evidencia las carencias relativas de sus sistemas médicos, pero olvida que son las bondades de estos las que les ha permitido subsistir a través de los siglos.

Este trabajo representa una aproximación a la problemática de salud de algunas comunidades indígenas de Talamanca, Costa Rica, y nos proponemos por medio de esta aproximación ofrecer algunas soluciones realistas a la particular problemática de estas comunidades.

Por su condición de comunidades indígenas, para quienes los servicios de salud por obstáculos

económicos y topográficos, son insuficientes en un país con las mejores estadísticas en cuanto a cobertura de salud, nivel de vida y bienestar de sus habitantes, para el cual no es significativo cuantitativamente que este 1% que significa la población indígena se encuentre desprotegida en casi todos los ámbitos.

La oportunidad de acercarnos a cinco comunidades de la Reserva Indígena de Talamanca, mediante la vinculación al proyecto NamasöL, entre agosto y diciembre de 1996, fue la génesis de este trabajo.

El proyecto NamasöL es un proyecto de cooperación técnica de la Embajada Real de Países Bajos en asociación con el gobierno de Costa Rica para el desarrollo sostenible de las comunidades de las Reservas Indígenas de Talamanca y Cahuita; y para la preservación de los recursos naturales de la Biosfera La amistad, que alberga dichas reservas.<sup>1</sup>

Los objetivos de este trabajo incluyen proporcionar herramientas para la elaboración de un proyecto de

desarrollo comunitario que permita a las comunidades indígenas de Talamanca, solucionar los problemas de salud que consideran prioritarios por medio de:

1. Nuestra propia habilitación para el acompañamiento de comunidades culturalmente diferentes en procesos de búsqueda de soluciones para sus problemas específicos.
2. La realización de un diagnóstico participativo comunitario de las situaciones sanitaria y de salud de las cinco comunidades incluidas dentro del proyecto a partir de entrevistas y talleres que reflejen la morbilidad sentida y de datos obtenidos por la observación durante la convivencia con estas comunidades.
3. Identificar los servicios de salud utilizados por estas comunidades, las medidas terapéuticas empleadas por las comunidades, los conceptos de salud y enfermedad vigentes.
4. Realizar un diagnóstico del estado nutricional de niños menores de 12 años en dos de las cinco comunidades.
5. Tratar de integrar la medicina tradicional para que aporte soluciones a los problemas prioritarios y,
6. Propiciar un espacio para que las comunidades evalúen su situación de salud, definan los problemas prioritarios y se comprometan con la elaboración de un proyecto autogestionario tendiente a la solución de esta misma problemática.

## MARCO TEÓRICO

---

De los tres mil indígenas que habitan la Reserva Indígena de Talamanca, casi 80% pertenecen a la etnia Bribri, 20% a la Cabécar y menos del 1% a los Teribes provenientes de Panamá. La etnia Bribri es de familia lingüística chibcha, tradicionalmente muy cercana a la etnia Cabécar, cuya ascendencia comparte.<sup>2</sup>

Talamanca es un Cantón del litoral Atlántico de Costa Rica, que alberga la Reserva Indígena, y que a lo largo de su historia ha padecido tres "invasiones": la conquista española, en primer lugar, que intentó imponerse por la fuerza, desdibujando grandemente la cultura y particularmente la religión nativa; en segundo lugar el asentamiento de una filial de la United Fruit Company, que con sus cultivos de banano modificó sustancialmente el ecosistema y los patrones de asentamiento; y por último, la exploración petrolera ocurrida hace diez años, que al llevar a la región a un gran número de individuos foráneos permeó la cultura modificando sobre todo el sistema de parentesco y la economía tradicionales.

El antiguo patrón de asentamiento disperso se mantiene, aunque con cierta tendencia, especialmente de la población más joven a asentarse en torno a centros comerciales.

El patrón clánico matrilineal que anteriormente determinaba la organización social ha ido cediendo para dar paso a nuevos modelos familiares, uno de los cuales es el constituido por madres solteras (jefes de familia).

La economía se ha modificado sustancialmente: la tierra ha dejado de ser el principal bien de intercambio; y el cada vez mayor contacto con occidente ha creado la necesidad de poseer bienes de consumo que hoy imponen al indígena unos gastos que sus actividades tradicionales, originalmente suficientes para su subsistencia, no alcanzan a costear.<sup>3</sup>

El gobierno nacional por medio del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, ofrecen gratuitamente servicios de salud a los indígenas.

En la práctica, los servicios de salud a los que puede acceder un indígena de la reserva son: un puesto de salud en la cabecera de cada comunidad, en el cual no labora ningún personal de salud, sin dotación alguna para prestar atención médica. Existen dos centros de salud, uno en Suretka y otro en Amubre con atención médica ocasional hasta 1996. El primer sitio, entonces a donde un indígena puede encontrar atención médica inmediata es en Honn Creek en donde se encuentra

un hospital de primer nivel, a donde se llega en bus desde Suretka, y hasta allí a pie o en bote desde las distintas comunidades. En Limón, a 3 horas de camino en bus desde Honn Creek, hay un hospital de tercer nivel al que hay que llegar para comprar los fármacos prescritos y en caso de requerir hospitalización.<sup>4</sup> Figura 1.

Tradicionalmente la enfermedad se curaba gracias al empleo de plantas medicinales cuyo uso se aprende por tradición oral o mediante la intervención del médico tradicional indígena llamado awá.

De estos dos recursos tradicionales, el uso de plantas medicinales continúa siendo bastante frecuente, y constituye en la mayoría de los casos el primer intento terapéutico que realiza un indígena ante la aparición de enfermedad. La búsqueda de curación por parte del awá, en cambio, ha disminuido mucho, porque se ha perdido credibilidad en esta forma de entender y curar la enfermedad, porque el modelo occidental desplazó para algunos al tradicional, por la idea de que los awapa actuales son menos buenos que los de antes, por la prohibición que nuevos cultos protestantes imponen a sus adeptos, ya que consideran diabólica la intervención de estos<sup>4</sup>, o por el concepto de que el awá sólo soluciona problemas de índole mágica o aquellos a los que la medicina tradicional no ha podido dar respuesta.<sup>5</sup>

Las explicaciones que hoy dan los indígenas de Talamanca a las principales dolencias que los aquejan reflejan el impacto que las campañas oficiales de salud pública han tenido sobre las concepciones tradicionales de salud y enfermedad; cuando enuncian los factores causales de algunas enfermedades, sólo repiten juiciosamente lo que los promotores de salud en sus esporádicas visitas les enseñan.

Aparentemente los conceptos prevalentes de salud, enfermedad, vida y muerte, son los occidentales, pero constantemente afloran elementos del sistema tradicional de creencias, que permiten entrever que la cultura de Talamanca es escenario de un complejo fenómeno, común a muchas comunidades indígenas latinoamericanas: la hibridación.

Conceptos de la medicina tradicional como el valor pronóstico de los sueños, las facultades del médico tradicional para curar ciertas dolencias, la génesis de algunas enfermedades en la violación de códigos que regulan las relaciones con la naturaleza, y la existencia de enfermedades de base cultural que no encuentran correspondencias en la taxonomía científica, son tan importantes hoy como la comprensión de que los malos hábitos de higiene son responsables, al menos en parte, de otras tantas nosologías.

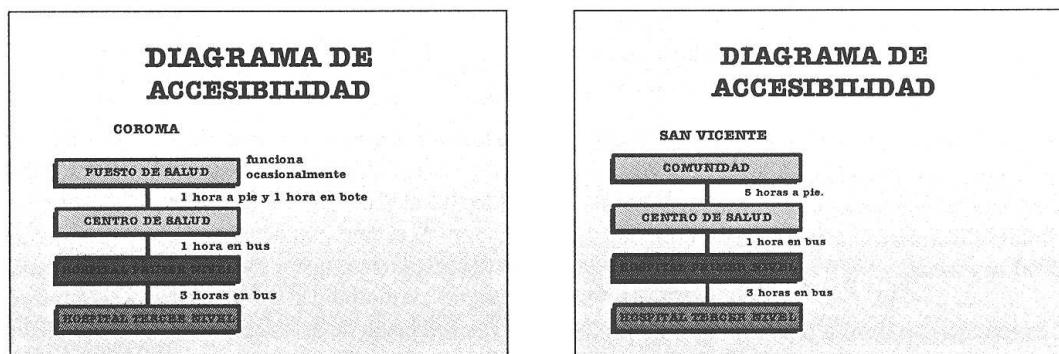


Figura 1. Diagrama de accesibilidad a los servicios de salud. Dos de las comunidades más alejadas, representan a San Vicente, comunidad Cabecar en la región montañosa y a Coroma, comunidad Bribri al margen izquierdo del río Telire – Sixaola.

## METODOLOGÍA

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación participativa privilegia los modelos de explicación cualitativos sobre los cuantitativos. Sus etapas son: el análisis de los estudios precedentes, una clara delimitación geográfica del área de estudio, la identificación de las instituciones y organizaciones populares de la comunidad, el establecimiento de contacto con los líderes comunitarios, se llevan a cabo discusiones, confrontaciones, consensos y acuerdos intersubjetivos sobre la problemática en cuestión y sobre la formulación de un plan de acción comunitario que permita solucionar de manera autogestionaria la problemática identificada.

Este tipo de investigación cuenta con una fase de preparación, de un trabajo de campo, del desarrollo del estudio, de análisis e interpretación de la información y de una fase final de programación-acción.

### ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Enfoque crítico-social: es un modelo de quehacer científico que busca producir conocimientos liberadores que permitan transformar favorablemente las condiciones de vida de un grupo humano determinado.

Su metodología implica la participación activa y consciente de los individuos afectados por el problema o necesidad en la búsqueda de ese saber que les permita transformar ventajosamente su situación.

Más que la explicación o la comprensión de los fenómenos, la investigación dirigida a este enfoque crítico-social se propone la construcción de ámbitos en donde el hombre pueda construirse como sujeto individual y social.

La experiencia se llevó a cabo en cinco de las 28 comunidades de la reserva. Las comunidades, elegidas por el comité directivo indígena, fueron:

- Coroma: 487 habitantes, pertenecientes a la etnia Bribri, distribuidos en 116 casas

- Sepecue: 420 habitantes, pertenecientes a la etnia Bribri, distribuidos en 84 casas
- Suretka: 417 habitantes, pertenecientes a la etnia Bribri, distribuidos en 128 casas
- Gavilán Canta: 226 habitantes, pertenecientes a la etnia Cabécar, distribuidos en 50 casas
- San Vicente: 210 habitantes (aproximadamente), pertenecientes a la etnia Cabécar, distribuidos en 21 casas (no censadas)

Total de habitantes en las cinco comunidades elegidas: 1760, aproximadamente.<sup>6</sup>

De estas comunidades se eligieron algunas familias, según criterios de accesibilidad:

- Coroma: 15 familias que agrupaban a 83 personas (17,04% de la población total de la comunidad)
- Gavilán Canta: 12 familias que agrupaban a 57 personas (25,22%)
- Sepecue: 10 familias que agrupaban a 41 personas (9,76 %)
- San Vicente: 10 familias que agrupaban a 56 personas (26,67%)
- Suretka: 12 familias que agrupaban a 62 personas (14,87%)

Total: **59 familias que agrupaban a 299 personas (16,99%)**

Instrumentos de recolección de información

Las comunidades comprendidas dentro de este proyecto fueron elegidas por determinación del comité directivo indígena.

Dentro de estas comunidades se realizó un estudio retrospectivo en el que se identificaron enfermedades y signos de morbilidad que aquejaban a las familias. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de visitas domiciliarias a cada una de las comunidades elegidas, el personal contactado fue elegido por accesibilidad; adicionalmente por solicitud de la comunidad se realizaron talleres de capacitación en algunas de las comunidades.

## ENTREVISTAS CON AWAPA Y EXPERTOS SOBRE LA REGIÓN

**Visitas domiciliarias:** se realizaron a varios hogares de las comunidades elegidas, con el fin de informar sobre el proyecto, realizar el auto diagnóstico con la persona cabeza de familia y de observar la situación sanitaria en los hogares.

Elaboración y aplicación de un cuestionario guía: basados en la primera aproximación a la comunidad decidimos elaborar un cuestionario que resumiera los requerimientos concernientes a esta investigación de manera individual consultando a cada cabeza de familia, y a partir de este exponer a la comunidad los resultados de las visitas domiciliarias realizadas, para identificar los problemas prioritarios para la comunidad como conjunto. Cuadro 1.

### CUESTIONARIO GUÍA:

- A. Cuántas personas forman su familia, qué edades tienen por sexo?
- B. Cuales son los principales problemas de salud que ha tenido su familia éste año?
- C. De qué se ha enfermado el recién nacido? El niño? El adulto? Etc.
- D. Porqué cree usted que se han enfermado?
- E. Qué usan ustedes para resolver esos problemas de salud (qué usa para la diarrea, el papalomoyo, la malaria, etc. Preguntar individualmente por cada enfermedad ya que generalizar lleva a errores de comunicación).
- F. A donde quién acuden ustedes en caso de enfermedad? Tienen confianza en esa persona?
- G. Usan ustedes métodos tradicionales (plantas, otros) para tratar la enfermedad?
- H. A través de que medios se han adquirido los conocimientos que se tienen de la enfermedad y la forma de tratamiento?
- I. Consultan ustedes al awá en caso de enfermedad?
- J. Frecuencia con que se visita al medico tradicional o convencional.

**Cuadro 1.** Cuestionario guía para realización de visitas domiciliarias.

## ESTADO NUTRICIONAL

Hay tres puntos de corte que se pueden utilizar para valorar el crecimiento: desviación standard, porcentajes de adecuación y percentiles.

En este estudio utilizamos los percentiles, útiles para evaluación puntual en estudios poblacionales, por medio de estos se compara la posición del peso y la talla encontrados con respecto al ciento (100). El percentil 50 representa exactamente la mitad, es decir, la mediana.

Se identificaron los siguientes patrones antropométricos:

**Peso para la edad:** evalúa crecimiento general del niño, es indicador indirecto de cantidad de grasa y músculo. De alta utilidad en menores de 2 años por su alta sensibilidad en este período. Un percentil menor de 3 indica desnutrición aguda, un percentil mayor de 97 indica sobrenutrición (sobrepeso).

**Talla para la edad:** Indica el crecimiento longitudinal del niño, informa sobre el pasado nutricional. Se requieren períodos muy largos de disminución de nutrientes para que se afecte. Percentil menor de 3 desnutrición crónica.

**Peso para la talla:** Evalúa armonía del crecimiento, indica el presente nutricional, es muy sensible a las carencias nutricionales. Percentil menor de 3 desnutrición aguda.

**Perímetro cefálico para la edad:** determina crecimiento de cabeza en los 2 primeros años de vida cuando el cerebro alcanza su máximo crecimiento. Es el último que se afecta en las deficiencias nutricionales. Percentil menor de 3 desnutrición crónica, mayor de 97 macrocefalia.

Los márgenes de error están condicionados por las diferencias raciales en los parámetros de estatura y configuración ósea, sin embargo los elementos de análisis utilizados son los más confiables hasta el momento.<sup>7</sup>

Coroma, Gavilán Canta, San Vicente, Suretka y Sepecue son comunidades muy homogéneas en sus necesidades de salud y más aún si las comparamos por grupos étnicos.

Es así como para los ancianos el “reumatismo” se constituye en la principal afección, siendo utilizado este término para enunciar una constelación de síntomas dentro de los cuales predominan el dolor óseo y articular y la limitación para el movimiento. Una única enfermedad no explica todos los síntomas de estas personas; seguramente la osteoporosis, la artrosis y otras artritis sean la etiología de la mayor parte.

Este sector de la población se caracteriza por vivir en sitios alejados, lo cual dificultó la elaboración de un mejor diagnóstico, sin embargo pudo percibirse como estas afecciones son consideradas por quienes las padecen como inherentes a su condición de ancianos, y por lo tanto sólo reciben un tratamiento paliativo con plantas medicinales.

Los adultos en cambio identifican como principal afección de su grupo étnico a las enfermedades dermatológicas y es claro para ellos que estas se derivan de las condiciones de calor y humedad en que realizan sus trabajos: pesca y recolección, fundamentalmente de cacao y plátano.

Por la imposibilidad de modificar las condiciones climáticas y las exigencias físicas del trabajo, se considera a estas enfermedades como un padecimiento ineludible, sin embargo se intentan múltiples medidas terapéuticas consideradas útiles, pero que a la luz de la medicina occidental son muy cuestionables por los riesgos de sobreinfección o abrasión de la piel; tales medidas son usadas indistintamente independientemente de la etiología de la enfermedad, e incluyen la colocación de emplastos vegetales y la aplicación de irritantes primarios como alcohol y petróleo.

Estas enfermedades son principalmente leishmaniasis (un estudio demostró que el 100% tienen anticuerpos circulantes, y son evidentes cicatrices en la inmensa

mayoría de la población<sup>8</sup>), micosis superficiales, parasitosis cutáneas y piодermias.

La malaria afecta a una cantidad significativa de adultos de las comunidades ribereñas. Esta enfermedad y la manera como las comunidades la asumen, están determinada por la fuerte presencia del Ministerio de Salud que identifica casos, suministra medicamentos, e implementa programas preventivos consistentes en pedagogía y fumigación. Están tan adoctrinados por esas campañas que las soluciones planteadas por ellos para prevención, son las mismas recomendaciones postuladas por estos programas gubernamentales. A pesar de esto es común un intento de aproximación terapéutico con plantas medicinales.

Las infecciones respiratorias afectan a los adultos en igual medida que a los niños. Abarcan desde gripas hasta neumonías y en general son atribuidas al clima lluvioso. No proponen soluciones por que ven como única causa a un factor inmodificable, pero si proponen como medida terapéutica el uso de plantas medicinales.

Las comunidades consideran a la diarrea como principal afección de los niños e identifican como causas no lavar los alimentos, comer alimentos que cayeron al suelo, tomar agua sucia y que la madre tome agua contaminada durante el embarazo. Usan plantas medicinales como medida curativa, pero –y esto es muy significativo– a pesar de reconocer causas probables de esta afección, no adoptan actitudes consecuentes.

Para la infección respiratoria aguda y la malaria en este grupo se plantean las mismas causas y soluciones que para tales enfermedades en adultos. Vale recalcar el gran impacto de los planes oficiales en torno a la malaria, básicamente en términos de toma de conciencia sobre los agentes causales: mosquitos y aguas estancadas.

Independientemente de la edad hay necesidades insatisfechas para la comunidad como conjunto:

La desnutrición es insistentemente mencionada como un problema, pero por las causas que se le atribuyen –no lavarse las manos, o no tener poder adquisitivo para comprar alimentos procesados, por ejemplo es evidente el mal uso del término y esto es comprensible, ya que no nació de ellos para enunciar un problema identificado por ellos, sino que vino de afuera como nombre de una situación de la que no son plenamente conscientes.

Los programas gubernamentales de entrega de leches y mediciones antropométricas, para tener un impacto real sobre la desnutrición a largo plazo, deberían comprender una fase de concientización sobre la existencia del problema, para que la comunidad genere actitudes que modifiquen sus causas subyacentes.

La mala calidad del agua de consumo es un hecho: esta proviene de los ríos y antes de ser consumida no se hierve. La conciencia de esta situación como problemática y potencialmente solucionable, una vez mas vino de afuera. Fueron los programas de saneamiento ambiental que consisten básicamente en la construcción de acueductos, los que la crearon.

La infestación de las casas con insectos o roedores constituye un problema de salud pública que la comunidad no asume como tal. Están tan acostumbrados a su presencia que no hacen nada por erradicarlos, y esto se explica por el hecho de que no establecen un vínculo entre su presencia y algunas de las enfermedades que los aquejan.

La comunidad fue insistente en solicitar capacitación para las parteras. Tradicionalmente el parto era atendido por el esposo, pero a medida que esta costumbre se fue perdiendo, se depositó esta tarea en la figura de las parteras, que constituyen un aporte de los colonos a la híbrida cultura de Talamanca.

Un problema cada vez mas prevalente es la maternidad a edades muy tempranas y la gran cantidad de hijos por mujer. Esto tiene implicaciones directas sobre el estado de salud de estas madres y sobre el funcionamiento social de la comunidad, a la vez que refleja por un lado el abandono de prácticas anticonceptivas tradicionales tales como la abstinencia sexual por tres años tras cada parto y el uso de

sustancias vegetales, y por el otro, la desconfiguración de la estructura familiar.

### **DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

**Coroma.** Se obtuvieron mediciones antropométricas de 50 niños de esta comunidad (20 niños, 30 niñas), con los siguientes resultados:

**Peso para la edad.** Percentil menor de 3. Desnutrición aguda. 2 niños, lo que equivale al 4% del total. Un niño: 2% del total. Una niña 2%. Total 4%.

**Peso para la talla.** Percentil menor de 3. Desnutrición aguda. 2 niños = 4%. 2 niñas = 4%. Cero niñas: 0%. Total: 4%. Percentil mayor de 97, sobrepeso. Ninguno.

**Talla para la edad.** Percentil menor a 3. Desnutrición crónica. 15 niños (30%). 5 niños: 10%. 10 niñas: 20%.

**Perímetro cefálico para la edad.** Percentil menor de 3. Desnutrición crónica. 5 niños = 10%. 2 niños: 4%. 3 niñas: 6%.

**Gavilan Canta.** Medición antropométrica de 77 niños de la comunidad. De ellos 37 son niños y 40 son niñas.

**Peso para la edad.** Percentil menor de 3, desnutrición aguda. 17 niños = 22%. 9 niños: 11.68%. 8 niñas: 10.32%. Percentil mayor de 97, sobrepeso. Ninguno.

**Peso para la talla.** Percentil menor de 3, desnutrición aguda. 11 niños = 14,2%. 6 niños: 7.79%, 5 niñas: 6,4%.

**Talla para la edad.** Percentil menor de 3, desnutrición crónica. 10 niños = 12,9%. 3 niños: 3,89%. 7 niñas: 9%.

**Perímetro cefálico para la edad.** Percentil menor de 3, desnutrición crónica. 5 niños = 6,48%. 2 niños: 2,59%. 3 niñas: 3,89%. Percentil mayor de 97. Macrocefalia. 1 niña = 1,2%. Figura 2.



## ESTADO NUTRICIONAL

COMUNIDAD	PESO PARA LA EDAD Percentil menor de 3	PESO PARA LA TALLA Percentil menor de 3	TALLA PARA LA EDAD Percentil menor de 3	PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD Percentil menor de 3
<b>COROMA</b> 50 niños	4 %	4 %	30 %	10 %
<b>GAVILÁN CANTA</b> 73 niños	22 %	15 %	13,6 %	6,8 %

**Figura 2.** Estado nutricional de ciento veintitrés niños de las comunidades de Coroma (comunidad Bribri, cincuenta niños) y Gavilán Canta (Comunidad Cabecar, setentitrés niños), analizada por medio de percentiles. Los valores de referencia propuestos como standard internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), obtenidos por el National Center of Health Statistics para niños entre 24 meses y 18 años, tablas entre uno y veinticuatro meses elaboradas a partir de datos obtenidos por el Fels Institute of Yellow Springs, Ohio (USA).<sup>7</sup>

## DISCUSIÓN

En general la situación de la salud de las comunidades está subdiagnosticada. No se conoce la real incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas.

La incidencia de alcoholismo va en aumento y su impacto social y económico es muy grande.

El grado de desnutrición de los niños de las comunidades incluidas dentro del estudio nutricional es considerable en contraposición a estudios revisados que revelan que en las comunidades indígenas la situación nutricional es equilibrada. Esta situación debe ser revisada y corregida con programas de educación preventiva y de reeducación para aprovechamiento de los recursos naturales propios de la zona.

Pero el problema fundamental es la pérdida en gran medida de las formas autóctonas para controlar la enfermedad, principalmente el contacto con los awapa. Hoy buscan al médico occidental en situaciones agudas y al awá cuando el primero no

tiene nada que ofrecer o si se trata de asuntos de índole mágica. Esto unido a la dificultad para acceder a los servicios de salud – que si bien son costeados por el estado, implican altos gastos por concepto de transporte y alojamiento- pone a estas comunidades en una situación de desamparo que las hace muy vulnerables.

Las comunidades indígenas de Costa Rica comparten con las Latinoamericanas una gran desprotección en cuanto a su salud determinada por dos hechos: los obstáculos económicos y topográficos para acceder a los servicios institucionales de salud; y la crisis cultural mediada por el cada vez mayor contacto con occidente, que hace ambigua la posición del indígena frente a sus sistemas tradicionales de comprensión y manejo de la enfermedad.

La condición de minoría de los indígenas costarricenses hace que su situación contraste llamativamente con la del resto de la población del país.

Los conceptos actualmente prevalentes de salud y enfermedad son resultado de una compleja hibridación entre los modelos explicativos mágicos tradicionales y el modelo científico occidental. Además estos conceptos son modificados por la presencia de nuevos sistemas de creencias que los colonos han incorporado, que pertenecen fundamentalmente a credos católicos y protestantes.

El uso de plantas medicinales continua siendo el primer gesto terapéutico, tanto para las personas que conceden crédito al médico tradicional, como para las que no lo aceptan, bien porque asumen a la medicina científica como única depositaria de la verdad, o bien porque profesan credos que les prohíben acudir a él.

Los indígenas de Talamanca prefieren recurrir al médico occidental para curar la mayoría de las dolencias agudas

que los aquejan, pero tienen muy claras las situaciones en las cuales la intervención del awá está indicada.

En general los asuntos de índole mágica, las enfermedades de base cultural que no serían ni diagnosticadas ni tratadas por un médico facultativo, aquellas causadas por faltas cometidas contra el orden ecológico o el social, o aquellas que la medicina occidental no logra curar; son consideradas como dominio del awá.

Las principales limitaciones para el desarrollo de este trabajo de investigación se debieron primordialmente a nuestra inexperiencia en la elaboración de investigaciones comunitarias, limitaciones que por medio de investigación y trabajo fueron siendo resueltas gradualmente.

## AGRADECIMIENTOS

---

El trabajo realizado no hubiera sido posible sin la participación activa de las comunidades indígenas de Talamanca, a quienes agradecemos en primera instancia por su apoyo incondicional para el desarrollo de esta investigación y a quienes consideramos coautoras de este documento.

Agradecemos también a Jaime Piedrahita Yépez, quien nos vinculó con su proyecto y nos apoyó basado en su experiencia como economista especializado en desarrollo comunitario, con asesoría metodológica, sin la cual no hubiese sido posible la realización y culminación de este documento.