# LA ENFERMEDAD DE "GUBIDA" Y LOS ESTADOS DE TENSION EN UNA COMUNIDAD GARIFUNA DE HONDURAS: ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS, SOCIOCULTURALES Y MEDICAS.

Cynthia M. Bianchi Ohio State University

#### Introducción

A lo largo de los kms.del litoral atlántico de Centroamérica, actualmente de importancia estratégica para los Estados Unidos de América, viven los garífunas, también conocidos como Caribes Negros (Black Caribs). Sus comunidades flanquean el Golfo de Honduras de Stann Creek en Belice a Livingston en Guatemala; en Honduras, de Masca en la región de Omoa a La Fe cerca de Río Plátano en el este, asimismo en la Isla de Roatán (Davidson 1976:86—89). Además, existen dos comunidades garífunas en la Laguna de Las Perlas en la costa de La Mosquitia, directamente al norte de Bluefields, en Nicaragua (Davidson 1980). Hay también numerosos núcleos urbanos de garífunas en las ciudades hondureñas de Tegucigalpa, La Ceiba y San Pedro Sula, así como en las ciudades norteamericanas de Nueva York, Miami, Nueva Orleans, Houston, Los Angeles y con probabilidad otras más. Desde 1983 hasta la fecha el Golfo de Honduras ha sido el escenario de las maniobras militares conjuntas de Honduras y los EEUU, incluyendo simulacros de invasión conocidos bajo el nombre de "Pino Alto" (Big Pine).

De diciembre de 1982 a diciembre de 1983 la autora llevó a cabo el trabajo de campo para el doctorado como residente permanente de una comunidad garífuna y frecuente observadora en otras tres. Todos estos poblados costeros se localizan en el Depto. de Colón, cuya cabecera política y administrativa —Trujillo— ha recibido un fuerte impacto a consecuencia de los recientes ejercicios militares.

Durante su estadía la autora investigó el complejo de los síntomas físicos y de conducta asociados con la enfermedad conocida por los garífunas como "gubida" así como los contextos médicos y socioculturales en los que estos síntomas ocurren.

La enfermedad de gubida es una condición reconocida emicamente, de la cual creen muchos, pero no todos, los garífunas que es causada por los espíritus de los parientes muertos, llamados gubida. Esto puede referirse a cualquier período de anormalidad en la conducta y estado de la salud que es reconocido por la familia, la comunidad y el especialista en los ritos a quien se conoce con el nombre de "buyei" y a quien se le atribuye la acción sobrenatural de los gubida. De acuerdo con Milton Cohen (1984:19) se culpa a los

gubida de una enfermedad si la condición del paciente es seria o está incapacitado; si se resiste a curación con tratamientos de parte de un médico u otros medios; si está asociada con sueños de parientes muertos y si un buyei determina que la enfermedad está relacionada con los espíritus. Carol Jenkins (1983.433) anota que si algún tratamiento tiene éxito, se considera que la enfermedad tiene una causa natural, pero si ho hay resultados positivos o el paciente tiene una recaída, es de sospecharse que la causa son los gubida. Jenkins señala, además, que una situación tal produce frecuentemente ansiedad en el atacado. Margaret Sanford (1979:554) agrega que entre más dura una enfermedad con tanta mayor probabilidad debe ser atribuida a los gubida.

Este artículo se enfocará en los datos obtenidos en la inspección de 80 unidades habitacionales, en una comunidad y en la participación adicional de la autora como observadora en la vida diaria y las ceremonias religiosas de tres comunidades más. Entre los rituales celebrados específicamente para aplacar a los gubida, se observaron dos "dügus, cuatro "chugus" y numerosas misas garífunas a lo largo del trabajo de campo. La aparente asociación entre la enfermedad de gubida y la ansiedad será también examinada, al igual que las posibles causas de esta ansiedad, según las opiniones de los informantes y las observaciones personales hechas en la comunidad.

## El Contexto Histórico

Los garífunas son un grupo afro-amerindio (Crawford 1983), cuya cultura ha emergido a través de una compleja secuencia de contactos culturales, sincretismo e innovaciones. Las prácticas etnomédicas de los garífunas relacionadas con el reconocimiento y curación de la enfermedad de gubida, tiene sus raíces históricas en este proceso.

En América la secuencia se inició en el sureste del Caribe, en la isla de San Vicente, continuando más tarde en la región del Golfo de Honduras. En San Vicente los garífunas se cristalizaron en un grupo (Price 1979:15) cuyo número fue engrosado por los africanos sobrevivientes de los barcos de esclavos náufragos, los fugitivos de las islas y comunidades cercanas y personas capturadas por los garífunas durante sus incursiones a las plantaciones locales y los poblados de caribes. El sincretismo se desarrolló en los siglos XVII y XVIII durante un prolongado contacto cultural entre africanos del oeste y de la región del Congo y Angola, indios Caribes e Igneri-araucos, colonos europeos de origen francés e inglés y los antillanos occidentales descendientes de todos estos grupos.

Los eventos que precedieron a la deportación de los garífunas de San Vicente por las autoridades inglesas, van más allá del marco de este trabajo (ver Craton 1982, Gullick 1979, Marshall 1982 y Young 1971 para una discusión de estos hechos históricos).

Asimismo otros investigadores (Beaucage 1966; Coelho 1955; Conzemius 1928; Davidson 1974, 1979, 1980; González 1969, 1979, 1983; Gullick 1976, 1979; Kerns 1977, 1983; Palacio 1973; Solien 1959. Taylor 1951, Young 1971) han presentado registros de la etnohistoria garífuna.

El 12 de abril de 1797 naves inglesas desembarcaron 2,026 garífunas exiliados en la Isla de Roatán, en el Golfo de Honduras (González 1983:148). Para junio de 1797 la mayoría se había reubicado en tierra firme hondureña, en Trujillo, a invitación de las autoridades coloniales españolas. Allí, una vez más, los garífunas establecieron un complejo sistema de contacto cultural. En 1801 el gobernador de Honduras estimó que la población de Trujillo se componía de 4,000 garífunas, 2,980 personas de descendencia española, 300 negros de habla inglesa y 200 de habla francesa (Anguiano 1801). Muchos garífunas hablaban, además de su propia lengua, francés, inglés o ambos, debido a su frecuente contacto con personas que hablaban esas lenguas en San Vicente (Young 1971).

Los negros hablantes de francés mencionados por Anguiano, eran en realidad un grupo de haitianos cimarrones exiliados no hacía mucho, con amplia experiencia en guerra de guerrillas, que eran dirigidos por los renombrados líderes haitianos Jean-Francois y Georges Biassou, también conocidos como Juan Francisco y Bias (Fouchard 1981:988, 294-299; Geggus 1982: 43-182; Houdaille 1954; Ott 1973: 41-89; Perusse 1977:8, 39). Estos líderes y sus seguidores habían sido reclutados en Haití por los españoles para pelear contra el poder colonial francés en la Española a principios de la década de 1790. Cuando españoles y franceses firmaron el Tratado de Basilea en 1793, España para ayudar a resolver las disputas cedió a Francia la parte oriental de esta isla. El gobierno colonial español permitió a Jean Francois, a Biassou y a aproximadamente 780 de sus seguidores, incluyendo familias enteras, asentarse en Cuba (Fouchard 1981: 299, Geggus 1982:182; Houdaille 1954:65). Jean Francois y Biassou pronto se volvieron indeseables en Cuba debido a que provocaron levantamientos de esclavos en la región oriental y en los alrededores de La Habana (Fouchard 1981:299). A fines de 1795 unos 300 de estos haitianos fueron reubicados en Trujillo (Houdaille 1954:65).

Los negros hablantes de inglés en Trujillo pueden haber sido antiguos esclavos escapados del cercano asentamiento inglés en Río Tinto. Su deserción había sido prácticamente apoyada por las autoridades españolas las cuales

consideraban ilegal el poblado de Río Tinto. (Dawson 1983:696). Se daban frecuentes contactos entre los ingleses de Río Tinto, incluyendo sus esclavos y sus contrapartes en Belice, Jamaica y las Islas de Gran Caimán.

No se colije claramente del estimado de Anguiano, si habitaba algún otro grupo negro alrededor o en Trujillo mismo, al momento de la llegada de los garífunas en 1797. Sin embargo, Leslie Routh (1976: 108-109) señala que los esclavos mantenidos por los colonistas españoles en el interior de Honduras periódicamente escapaban a las tierras bajas de la costa atlántica. Ya en el siglo XVII los esclavos "bozal" recientemente llegados de Africa habían adquirido la reputación de cimarrones y habían establecido campamentos en la costa.

El hecho que los garífunas incorporaron negros de otros grupos después de su llegada a América Central, es indicado por los datos genealógicos recolectados por Nancie González (Solien 1959) a lo largo de la costa norte de Honduras y en Livingston, Guatemala. González anotó que algunas familias garífunas informaron sobre ancestros de Haití, Jamaica o Belice, que se remontan a dos o tres generaciones atrás. El contacto entre los garífunas y los otros grupos negros probablemente ocurrió en Trujillo y en otros lugares de la región del Golfo de Honduras, a medida que los asentamientos garífunas se expandían. William Davidson (1979) ha proporcionado datos etnohistóricos y cartográficos para trazar la dispersión de los poblados garífunas partiendo del área de Trujillo hasta enmarcar eventualmente el Golfo de Honduras por el año de 1810.

#### Contexto Médico

La variedad de problemas de salud presente en la región del Golfo de Honduras, debe ser incorporada a la discusión sobre la interacción del complejo de la enfermedad de <u>Gubida</u> con el medio ambiente físico y sociocultural. Los garífunas habitan el área de las tierras bajas costeras con un clima de bosque tropical (West y Augelli 1966:36-48). La precipitación pluvial fluctúa entre 80 y 120 cm. anuales, mientras que la temperatura varía entre 21º y 32ºc. la mayor parte del año.

La mayor parte de los asentamientos están localizados en la playa a menos de 200 metros del mar, de acuerdo con Davidson (1976:89). Los asentamientos se expanden primero paralelos a la costa y luego en dirección al interior alejándose de la playa. En cualquier caso los garífunas frecuentemente transportan grandes cantidades de arena de playa para regarla en los patios de las nuevas casas; esta arena es reemplazada en ocasiones con nuevos contingentes traídos desde la playa. En la comunidad donde la autora residía esta práctica había dado lugar a una expansión del área arenosa adyacente a la

playa. Aunque esta práctica mejora el desagüe de los patios y dificulta el resurgimiento de la vegetación en los predios limpiados para nuevas edificaciones, es probable que también aumente drásticamente el problema de los jejenes dentro del poblado. Del atardecer hasta que está totalmente oscuro los moradores toman una serie de medidas, abandonando las calles, cerrando las casas y quemando diversas mezclas de hojas y madera para alejar a los insectos con el humo.

En muchos asentamientos garífunas, incluyendo el sitio bajo estudio, existe un pantano en la parte del área entre la playa y la primera cadena de colinas paralelas al mar. Esto ofrece un medio muy propicio para el desarrollo de mosquitos. En otras áreas baldías tras el asentamiento y, a lo largo de un camino completamente cubierto de monte que conduce a un poblado vecino, las garrapatas son muy numerosas en ciertas épocas del año. Entre la fauna silvestre observada en el lugar que puede constituir un peligro potencial para la salud, se encuentran los murciélagos, vámpiros, escorpiones, culebras y arañas venenosas y hormigas ponzoñosas. En numerosas ocasiones, por ejemplo, se encontraron murciélagos en las casas o se observó algún vecino ahuyentando culebras o escorpiones de sus patios.

Dentro de la playa las áreas destinadas a las casas de habitación, los garífunas viven en diario y directo contacto con los animales domésticos; es común que las familias tengan varias gallinas alrededor de la casa y frecuentemente un cerdo, además de un perro. A estos animales se les permite vagar en los solares y las calles, así como a lo largo de la playa, excepto en la noche cuando generalmente se les encierra.

En ocasiones un caballo suelto galopa por el poblado, las medidas de sanidad dentro del lugar —una comunidad pobre— se están modernizando gradualmente con la construcción de más letrinas, la instalación de inodoros por aquellos que cuentan con los medios económicos y el reciente servicio brindado por una planta de agua potable que es abastecida por un depósito en las montañas, alejado de humanos y animales domésticos. Las familias tienen una llave de agua en su patio o comparten una con segundo o más vecinos.

El baño es muy frecuente en todos los habitantes de cualquier edad y sexo. Aquellas familias que no poseen una ducha, se bañan afuera cerca de la llave en ropa interior para mantener ciertas normas de modestia. Toda el agua utilizada para el aseo personal, preparación de la comida o lavado de ropa se deja correr por el suelo. No hay ningún sistema de tubería para aguas negras y aquellos que han instalado inodoros tienen un pozo séptico. La mayoría de los habitantes carecen de letrinas o inodoros. Los hombres y los mu-

chachos jóvenes utilizan un área al aire libre cubierta de matorrales y cercana a la playa; las mujeres y muchachas jóvenes usan bacinicas que son vaciadas en el mar. En presencia de las personas que los cuidan, los niños son instruidos a seguir el patrón considerado apropiado por los adultos; sin embargo, en ocasiones se observan niños de ambos sexos haciendo sus necesidades en la playa, a pocos metros de la orilla del agua. Los patios alrededor de las casas son limpiados con frecuencia. La basura se tira en hoyos excavados en las cercanías o en el mar, aunque los desperdicios de comida se dan a los animales domésticos. No obstante que zapatos y sandalias son de uso común entre la mayoría de los habitantes, muchas personas ocasionalmente caminan descalzas en el poblado y en la playa.

La comunidad cuenta con un pequeño centro de salud pública atendido por una enfermera a medio tiempo y, en ocasiones especiales, por un médico. Cercano a Trujillo se encuentra un pequeño hospital público donde se obtienen algunas medicinas gratis. El cuidado de la salud en centros privados es ofrecido en forma limitada por algunos médicos que trabajan a medio tiempo en el hospital. Los pacientes en condiciones de salud muy serias o muy complejas para estos centros, así como las personas con desórdenes psiquiátricos, deben buscar tratamiento en ciudades más grandes como La Ceiba o Tegucigalpa.

La impresión de la autora es que para los habitantes del poblado bajo estudio, el tratamiento con un médico se encuentra fuertemente restringido por la economía privada y pública, el tiempo de viaje y la disponibilidad de transporte a los centros de atención médica en los momentos de crisis. Esta situación es similar a la registrada en el asentamiento garífuna de Río Tinto por Cohen (1984). Es probable que muchas enfermedades no son diagnosticadas puesto que la mayoría de los habitantes son pobres y solo buscan tratamiento con un médico cuando el problema se vuelve serio. Los remedios caseros y los brebajes de hierbas son abundantes y los curanderos locales, quienes preparan sus propias medicinas, son también consultados (para una discusión de muchas prácticas curativas garífunas ver Cohen 1984 y Sanford 1979). El tratamiento casero con preparados comerciales como aspirina, tetraciclina y aralén es común, puesto que estas medicinas pueden ser obtenidas sin receta y se venden en tabletas sueltas en las pulperías del poblado.

En el caso de los individuos que muestran un comportamiento psicopático, éstos son tolerados por sus familias y la comunidad a menos que su conducta se torne tan irascible o violenta, o que sus familias puedan obtener atención médica en una ciudad. Durante el trabajo de campo se observaron dos casos de hombres que deambulaban continuamente en las calles comportándose de una manera extraña para la autora y para numerosos espectadores

que interrogó sobre el asunto. El atuendo de estos hombres era extraño y su habla con frecuencia incoherente; uno de ellos parecía estar refiriéndose verbalmente a alucinaciones. La autora supone que puede haber sufrido de esquizofrenia o de una enfermedad mental de origen orgánico con síntomas esquizofrénicos (para una discusión de los síntomas característicos de diferentes desórdenes mentales ver American Psychiatric Association 1980). Con respecto a este caso un informante dijo que su familia en un principio pensó que su condición podía ser causada por gubida, de tal manera que se organizó un dügü para curarlo, pero la ceremonia no mejoró su condición. Otra persona informó que un familiar enojado por que le había robado una pequeña cantidad de dinero, le había echado una maldición. Otros dijeron que sufría de una enfermedad mental cuya causa nadie conocía. Hacia el final del trabajo de campo este hombre fue hospitalizado por varias semanas en otra parte del país. Cuando la autora lo vio, la próxima vez los síntomas psicopáticos no eran evidentes, hablaba coherentemente, vestía de la manera corrientemente aceptada en el poblado y decía sentirse mucho mejor.

En un medio ambiente tropical como el descrito pueden darse numerosos problemas de salud, algunos de los cuales por si mismos o en combinación con otros factores pueden resultar en complicaciones psiquiátricas en ciertos casos. De acuerdo a la guía médica de Brían Macguaith's titulada "Clinical Tropical Diseases" (1980), existen una serie de enfermedades en América Central y El Caribe que pueden estar presentes en la región del Golfo de Honduras. Esto incluye, entre otras, malaria, fiebres virales como el dengue, la fiebre del jején y hepatitis infecciosa; fiebre transmitida por garrapatas, tifoidea, varias infecciones parasitarias, disenterías amibeacea y bacilar, y anemia asociada con alguna de estas enfermedades, así como variadas deficiencias nutricionales.

Después de un análisis hecho en 1969 sobre la dieta promedio garífuna en Livingston, Guatemala, Nevin Scrimshaw y sus colaboradores (Scrimshaw et al. 1961) concluyeron que la dieta era adecuada en cuanto al porcentaje de calorías y de las proteínas animal y vegetal, pero únicamente proporcionaba un cuarto de los valores recomendados de calcio, vitamina A y riboflamina y un tanto menos que los niveles recomendados de tiamina y niacina. Sin embargo, Jenkins (1983: 430) menciona que los garífunas en Belice padecen con frecuencia de desnutrición. Las calorías son a menudo insuficientes en las dietas de los niños y de las mujeres en estado de gestación; los lactantes y mujeres enfermos presentan deficiencia de ciertos nutrientes. Los niños garífunas en Belice muestran tasas más elevadas de severas y prolongadas diarreas que en otros grupos.

Con el objeto de determinar algunos de los problemas de salud presentes en el poblado donde residía la autora, se llevó a cabo una inspección de

80 casas. La mayoría de las familias en el vecindario de la autora o el área adyacente fue incluida en esta parte del estudio. Los datos obtenidos incluyen la edad, sexo y relaciones de parentesco de los habitantes, así como su afiliación religiosa, los problemas de salud experimentados por cada persona en el año anterior a la entrevista y la presencia o ausencia de un historial sobre el padecimiento de la enfermedad de gubida en algún momento de la vida del entrevistado. Para aquellas personas con un antecedente de enfermedad de gubida, la información obtenida incluyó el año en que se manifestó, la relación de parentesco entre el enfermo y el gubida que se creía responsable de la enfermedad y el tipo de ritual utilizado para la curación.

Durante las entrevistas, varias personas que habían enfermado anteriormente, se quejaron que a veces los médicos no ofrecían suficientes detalles sobre la naturaleza de sus problemas. Muchas personas podían solamente mencionar síntomas tales como fiebre, falta de energía, dolor de estómago y diversos dolores de cuerpo sin conocer las causas que las provocaban. Estos problemas de identificación deben ser considerados al momento de analizar los datos del muestreo.

Se obtuvo información sobre 429 personas, incluyendo 252 mujeres y 177 hombres. La población masculina total del poblado al momento del muestreo era de aproximadamente 3,000 según una estimación del director de la escuela primaria de la localidad. De las personas incluidas en el muestreo 96.50º/o se consideraban a si mismo católicos romanos, 2.33º/o eran protestantes, 0.94º/o Bahai y 0.23º/o aseguraron no tener ninguna afiliación religiosa.

Es significativo que ciertas enfermedades estaban presentes en las 80 casas estudiadas. Se registratron 24 casos de malaria en 12 casas; 22 de asma en 11 casas; 8 de anemia en 5 casas; 7 de enfermedades parasitarias en 3 casas y 7 casos de hepatitis infecciosa en 3 casas. Además 75 casos de gripe (la denominación local para varios tipos de influenza acompañados de infecciones respiratorias, en 27 casas). Los síntomas más frecuentemente registrados fueron fiebre con 122 menciones; dolor de cabeza con 53 y dolor de estómago con 32. La diarrea se registró solamente 10 veces, lo cual puede obedecer que a mucha gente le produce vergüenza mencionarlo. Adicionalmente tres personas se quejaron de los "nervios" o problemas nerviosos. De una persona se reportaron ataques epilépticos y que se obtuvo tratamiento hospitalario para ella. En el transcurso del trabajo de campo esta misma persona presentó agudos síntomas psicopáticos, volviéndose verbalmente abusiva con parientes y vecinos, a consecuencia de lo cual en el término de pocos días se le hospitalizó en La Ceiba.

#### LA ENFERMEDAD DE GUBIDA: CASOS DE ESTUDIO

Entre las 429 personas incluidas en el muestreo, 33 mujeres y 13 hombres dijeron haber sufrido la enfermedad de gubida en algunas épocas de sus vidas (Bianchi 1984). La enfermedad de gubida puede ocurrir a cualquier edad; algunos individuos la han experimentado más de una vez. Entre estas 46 personas se registraron 57 casos de la enfermedad de gubida, incluyendo 4 hombres y 15 mujeres que la sufrieron en 1982 o 1983.

Una vez que el muestreo inicial se había concluido, se condujeron entrevistas adicionales con las casas de 12 personas que habían recibido un tratamiento ritual de dügü o chugú contra la enfermedad de gubida. De éstas, 8 celebraron un dügü y 4 un chugú. Ambas ceremonias, especialmente un dügü debe ser celebrado con la extensa cooperación, contribución y pariticipación de los parientes del paciente. Numerosas interpretaciones de dügü y sus multifacéticas funciones en la cultura garífuna se encuentran en Coelho 1955; Palacio 1973; Macklin 1976; Wells 1980 y 1982; Jenkins 1983 y Kerus 1983.

Tanto el chugú como el dügü implican elaboradas ofrendas como sacrificio en forma de comida y bebida para aplacar los espíritus familiares. También deben dársele indicaciones adecuadas a los participantes. Una característica distintiva de un dügü es un período continuo de danzas cantos, durante el cual algunos de los participantes, incluyendo posible, pero no necesariamente, al paciente con la enfermedad de gubida, experimentan el trance atribuido a esta enfermedad. Este período puede prolongarse de 12 horas a varios días dependiendo de lo que el buyei considere necesario. Después de observar dos dügü, la autora tenía la impresión que ninguna persona sabe de antemano cuáles miembros de la familia deberían caer en trance. Algunos participantes dijeron a la autora que veían la ceremonia de dügü como un tipo de exorcismo.

De los doce pacientes que habían padecido la enfermedad de gubida, que fueron seleccionados para un examen más detenido, se obtuvieron descripciones de sus síntomas ya sea de ellos o de un pariente cercano, quien residía en la misma casa. Luego a estos informantes se les pidió describir los síntomas generales característicos de la enfermedad de gubida. (El número de informantes se elevó a once puesto que una mujer describió la enfermedad de dos de sus parientes; seis pacientes ofrecieron ellos mismos la información).

De acuerdo con estos informantes, la enfermedad de gubida en términos generales presenta un conjunto muy particular de síntomas. La lista de los síntomas conjuntamente con el número de veces que cada uno de ellos fue mencionado es la siguiente: sueños con parientes muertos pidiendo comida o la celebración de un ritual, 9 veces; fuertes dolores de cabeza, 8 veces; hablar en voz alta con parientes muertos, 7 veces; pérdida de apetito, dolores

en todo el cuerpo y la "cabeza volando" (pensamientos dando vueltas en la cabeza), 5 veces; fiebre, correr al mar con visiones de parientes muertos y dificultad o inhabilidad para levantarse de la cama, 4 veces; falta de energía, correr al monte con visiones de parientes muertos, subir a las vigas de una casa, dificultad o habilidad para caminar y enfermedad física o síntomas resistentes a otros tratamientos, 3 veces respectivamente.

En los doce casos particulares de la enfermedad de gubida que fueron examinados, se obtuvo un similar aunque no idéntico, conjunto de síntomas: sueños con parientes muertos que piden comida o la celebración de un ritual, 9 veces; enfermedad física o síntomas resistentes a otros tratamientos, 7 veces; fuertes dolores de cabeza, "cabeza volando" y dificultad o inhabilidad para caminar, 4 veces; fiebre, dolor de estómago, dolor en todo el cuerpo y falta de energía, 3 veces. Se recibió información de dos casos con pesadillas no relacionadas con parientes muertos e hinchazón de pies y piernas. Otros síntomas o condiciones asociadas en particular con algunos casos de enfermedad de gubida mencionados una sola vez cada uno, son los siguientes: falta de apetito, pérdida de peso, dolor en las piernas, dificultad para mover los brazos, correr al monte con visiones de parientes muertos o correr al mar, subirse a las vigas de la casa; mordida en un pie (posiblemente de un murciélago) que se infectó gravemente; seria infección e hinchazón del abdomen; hepatitis acompañada de problemas con el hígado, asma y tos con sangre.

También se obtuvieron datos de los once informantes referentes a la situación personal de los pacientes con enfermedades de gubida inmediatamente antes de que los síntomas se presentaran. En siete de los casos, los pacientes se quejaron de haber pasado por circunstancias que provocaron tal perturbación y ansiedad. Una mujer joven sentía que carecía de amigos y que era diferente del restro de la gente; un hombre tenía problemas conyugales, de los cuales el informante no quizo hablar. Otro paciente femenino sufría de soledad después de las muertes de su esposo e hijo respectivamente y estaba, además, preocupada por la falta de dinero. Por su parte, una mujer estaba también extremadamente sola a raíz de la muerte de su esposo, mientras que una mujer joven se encontraba aterrorizada luego que su esposo abusó físicamente de ella durante su primer embarazo. Otro paciente estaba preocupado por su pobreza, falta de comida suficiente y falta de ayuda por parte de sus parientes. Por último, una paciente joven temía la reacción de sus padres después de quedar en estado de gravidez a consecuencia de sus relaciones con un maestro casado. Por supuesto que también los síntomas tenaces de una enfermedad física considerada peligrosa pueden ser un importante foco de ansiedad en si mismo. Los sueños estereotipicos con parientes muertos que solicitan comida o la celebración de un ritual, son un ejemplo de un

estado de tensión inducido culturalmente, el cual puede producir ansiedad debido a su significado sobrenatural dentro de la cultura garífuna.

## **CONCLUSIONES**

Debido a las enfermedades presentes en el medio ambiente habitado por los garífunas y al problema que representa la identificación de desórdenes físicos y psiquiátricos, en el momento presente no está clara la interacción de los estados de tensión médicos, psicológicos y socioculturales definidos únicamente en casos de enfermedad de gubida. La categoría étnica de la enfermedad de gubida corresponde a varias categorías diagnósticas médicas y psiquiátricas dentro de la medicina occidental. Los síntomas en algunos de los casos de enfermedad de gubida examinados parecen indicar un pronunciado estado psicopático de etiología desconocida. Parece ser que la enfermedad de gubida está asociada con ansiedad de diversos orígenes, incluyendo las reacciones del paciente a los estados de tensión socioculturales y médicos. La enfermedad de gubida es un síndrome reactivo determinado culturalmente, o sea que provoca ansiedad y está caracterizado por un conjunto de síntomas definidos culturamente. Una importante función de los rituales curativos del dügü y chagú consiste en aliviar la ansiedad del paciente proveyendo elaboradas demostraciones de apoyo social y emocional de parte de los parientes y de la comunidad que lo rodea y aplacando las impredecibles fuerzas de los gubida.

Ulteriores investigaciones serán necesarias para establecer las relaciones entre la enfermedad de gubida y los estados de tensión ocasionados por el medio ambiente sociocultural y las enfermedades físicas. De gran interés sería esclarecer como afectan—si es que acaso lo hacen—las cambiantes condiciones que propician estos estados de tensión, la frecuencia en que se presenta la enfermedad de gubida. Esto es de particular relevancia considerando el actual y amenazador impacto que representan las maniobras militares conjuntas entre los EE UU y Honduras en el antes pacífico medioambiente de los garífunas. Es aún muy prematuro para decidir los efectos a corto y largo plazo, en detrimento o beneficio, que estos eventos puedan tener sobre este grupo.

# REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

# AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

1980 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tercera edición American Psychiatric Association. Waschinton, D. C.

## ANGUIANO, RAMON

1801 Población de las Provincias de Honduras. Matrícula del año 1801. Guatemala, Indiferente General 1525, No 11. Archivo General de Indias. Sevilla.

# BEAUCAGE, PIERRE

1966 Les Caraibes Noirs: Trois Siecles de Changement Social. Antropológica 8: 175 - 195.

# BIANCHI, CYNTHIA CHAMBERLAIN

1984 La Enfermedad de Gubida y el Sincretismo Religioso entre los Garífunas: Un Análisis Etnosiquiátrico. América Indígena 44 (3): 519 - 542.

# COELHO, RUY GALVAO

The Black Carib of Honduras: A Study in Acculturation. Tesis Doctoral, Departamento de Antropología, North Western University.

## COHEN, MILTON

The Ethnomedicine of the garífuna (Black Carib) of Río Tinto, Honduras. Anthropological Quarterly 57(1): 16-27.

## CONZEMIUS, EDUARD

1928 Ethnographical Notes on the Black Carib (Garif). American Anthropologist 30(2): 183-205.

## CRATON, MICHAEL

1982 Testing the Chains: Resistance to Slavery in the British West Indies Cornell University Press. Ithaca, N. Y.

#### CRAWFORD, M.H.

The Anthropological Genetics of the Black Caribs (Garífuna) of Central América and the Caribbean. Yearbook of Physical Anthropology 26: 161-192.

## DAVIDSON, WILLIAM V.

- Historical Geography of the Bay Islands, Honduras: Anglo-Hispanic Conflict in the Western Caribbean. Southern University Press. Birmingham, Ala.
- Black Carib (Garífuna) Habitats in Central America. <u>In Frontier Adaptations in lower Central America</u>. Editores Mary Helms y Franklin Loveland. Institute for the Stydy of Human Issves. Philadelphia pp. 85-94.
- Dispersal of the Garífuna in the Western Caribbean. Actes du XLII<sup>e</sup> Congres International des Americanistes. Vol 4. París. pp. 467-474.
- 1980 The Garífuna of Pearl Lagoon: Ethnohistory of an Afro-American Enclave in Nicaragua. Ethnohistory 27(1): 31-47.

## DAWSON, FRANK GRIFFITH

William Pitt's Sttlement at Black River on the Mosquito Shore: A Challenge to Spain in Central America. 1732-87. Hispanic American Historical Review 63(4): 677-706.

# FOUCHARD, JEAN

The Haitian Maroons: Liberty or Death. Traductor A. Faulkwer Watts. Edwar W. Blyden Press. New York.

## GEGGUS, DAVID PATRICK

1982 Slavery, war, and Revolution: The British Occupation of Saint Domingue 1793-1798. Clarendon Press. Oxford.

## GONZALEZ, NANCIE L.

- 1969 Black Carib Household Structure: A study of Migration and Modernization American Ethnological Society. Monograph No. 48.
- 1979 From Black Carib to Garífuna: The Coming of Age of an Ethnic Group. Actes du XLII<sup>e</sup> Congres International des Americanistes, 1976. Vol. 6. París. pp. 577-588.
- New Evidence on the Origin of the Black Carib with Thoughts on the Meaning of Tradition. New West Indian Guide 57(3/4): 143-172.

# GULLICK, CHARLES J.M.R.

- 1976 Exiled from St. Vicent: The Development of Black Carib Culture in Central America up to 1945. Progress Press. Malta.
- 1979 The Black Caribs in St. Vincent: The Carib War and Aftermath. Actes du XLII<sup>e</sup> Congres International des Americanistes, 1976. Vol. 6 París pp. 451-465.

# HOUDILLE, JACQUES

1954 Negros Franceses en América Central a fines del Siglo XVII. Antropología e Historia de Guatemala 6(1): 65-67.

# JENKINS, CAROL L.

1983 Ritual and Resource Flow: The Garífuna Dügü. American Ethnologist 10(3): 429-442.

# KERMS, VIRGINIA

- 1977 Daughters Bring in: Ceremonial and Social Organization of the Black Carib of Belice. Tesis Doctoral. Departamento de Antropología, University at Urbana-Champaign.
- 1983 Women and the Ancestors: Black Carib Vinship and Ritual. University of Illinois Press. Chicago.

## MACKLIN, CATHERINE L.

1976 The Garífuna Thanksgiving. Belizean Studies 4(6): 1-6.

# MAEGRAITH, BRIAN

1980 Clinical Tropical Diseases. Séptima edición. Blackwell Scientific Publications. Oxford.

## MARSHALL, BERNARD

1982 Slave Resistance and White Reaction in the British Windwar Islands 1763-1833. Caribbean Quarterly 28(3): 33-46.

#### PALACIO, JOSEH O.

1973 Carib Ancestral Rites: A Brief Analysis. National Studies 1(3): 3-8.

#### PERUSSE, ROLAND I.

1977 Historical Dictionary of Haití. The Scarecrow Press. Inc. Metuchen, N. J.

# PRICE, RICHARD (EDITOR)

1979 Maroon Societies: Rebel Slave Communities in the Americas. Segunda Edición. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.

# ROUT, LESLIE

1976 The African Experience in Spanish America 1502 to the Present Day. Cambridge University Press. Cambridge.

# SANFORD, MARGARET

1979 Disease and Folk-Curing among the Garífuna of Belice. Actes du XLII<sup>e</sup> Congres International des Americanistes. Vol. 6: París. pp. 553-560.

## SCRIMSHAW, NEVINS., et al

Diet and Serum Cholesterol Levels Among the Black Caribs of Guatemala American Journal of Clinical Nutrition 9: 206-210.

## SOLIEN, NANCIE L.

1959 West Indian Characteristies of the Black Carib. Southwestern Journal of Anthropology 15(3): 300-301.

## TAYLOR, DOUGLAS M.

1951 The Black Carib of British Honduras. Viking Fund Publication in Anthropology, No. 17.

## WELLS, MARILYN MCKILLOP

- 1980 Circling With the Ancestors: Hunguledii Symbolism in Ethnic Group Maintenance. Belizean Studies 8(6): 1-9.
- The Symbolic Use of Guseue among the Garif (Black Carib) of Central America. Anthropological Quarterly 55(1): 44-55.

## WEST, ROBERT C. and JOHN P. AUGELLI

1966 Middle America: Its Lands and Peoples. Prentice - Hall. Inc. Englewood Cliffs, N. J.

#### YOUNG, WILLIAM

1971 An Account of the Black Charaibs in the Island of St. Vincents With the Charaib Treaty of 1773, and Other Original Documents (1795). Frank Cass & Co., Ltd. Londres.