

**Universidad Nacional
Consejo Central de Posgrado**

**Facultad de Ciencias Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales**

Tesis doctoral

***Estar bien: La salud como dispositivo de poder
y resistencia en la Costa Rica antigua y colonial
(500 a.C.-1821 d.C.)***

Sustentante

Mónica Aguilar Bonilla

Tutor

Dr. Alexis Segura Jiménez

San José, febrero 2024

Miembros de Tribunal Examinador

Dr. Greivin Rodríguez Calderón
Representante del Consejo Central de Posgrado

Dr. Luis Vidal Bonilla Bonilla
Representante Coordinador del Doctorado en Ciencias Sociales

Dr. Alexis Segura Jiménez
Tutor de tesis

Dr. Andrea Cucina
Asesor externo

Dr. Ricardo Vázquez Leiva
Asesor interno

M. Sc. Mónica Aguilar Bonilla
Sustentante

Acta Defensa Pública de Tesis Doctoral



Consejo Central de Posgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales

UNA-DCS-ATFG-003-2024

ACTA DE DEFENSA PÚBLICA DE TESIS DOCTORAL

Sesión del Tribunal Examinador de la presentación pública de trabajo final de graduación celebrada a las 9:00 horas del 20 de mayo de 2024 bajo la modalidad virtual, por medio de la plataforma zoom, del Doctorado en Ciencias Sociales.

<https://us02web.zoom.us/j/85793006675?pwd=eis3a09WZkFnVFBLTUVRQVRWamhrUT09>

| Nombre de la persona sustentante | Número identificación | Ubicación geográfica durante la defensa |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| Mónica Aguilar Bonilla | 110740741 | Zapote, San José, Costa Rica |

Quien se acoge a la Normativa de Trabajos Finales de Graduación en Posgrado y el Reglamento Interno del Doctorado en Ciencias Sociales y del Reglamento de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional, bajo la modalidad de tesis para optar al grado de Doctora.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal Examinador:

| Grado académico | Nombre completo | Puesto | Ubicación geográfica durante la defensa |
|-----------------|----------------------------|--|---|
| Dr. | Greivin Rodríguez Calderón | Representante del Consejo Central de Posgrado, quien preside | San Pablo, Heredia, Costa Rica. |
| Dr. | Luis Vidal Bonilla Bonilla | Representante del Coordinador del posgrado | Mercedes Norte, Heredia, Costa Rica. |
| Dr. | Alexis Segura Jiménez | Tutor de tesis | Heredia, Heredia, Costa Rica. |
| Dr. | Ricardo Vázquez Leiva | Miembro del Comité Asesor | Escazú, San José, Costa Rica. |
| Dr. | Andrea Cucina | Miembro del Comité Asesor | Mérida, Yucatán, México. |

ARTÍCULO 1: Presentación de la persona sustentante

La persona que preside abre formalmente la sesión del Tribunal Examinador e inquiriere a la coordinación del posgrado sobre el cumplimiento de los requisitos para este acto por parte de la persona sustentante.

El representante del posgrado declara que la persona sustentante ha cumplido con todos los requisitos del Plan de Estudios correspondiente, ha realizado su proceso de investigación bajo los cánones del rigor académico, con el auxilio de su comité asesor de tesis, y ha satisfecho sus obligaciones académicas y financieras con el Programa de Posgrado, lo cual le hace idónea para este acto.

ARTÍCULO 2: Defensa y réplica

La persona que preside le solicita a la persona sustentante que proceda a hacer la exposición oral, para lo cual le otorga un plazo máximo de **40 minutos**.

La persona sustentante hace la exposición oral del trabajo de graduación titulado: **"ESTAR BIEN: LA SALUD COMO DISPOSITIVO DE PODER Y RESISTENCIA EN LA COSTA RICA ANTIGUA Y COLONIAL (500 A.C.-1821 D. C.)"**.

Terminada la presentación, la persona que preside otorga la palabra a los miembros del Tribunal Examinador para que se refieran a la tesis doctoral presentada. Los miembros del Tribunal Examinador interrogan a la persona sustentante, quien con la venia de la persona que preside procede a hacer su réplica para responder las preguntas indicadas.

ARTÍCULO 3: Deliberación privada del Tribunal Examinador

La persona que preside y el Tribunal Examinador, en un grupo de trabajo de la plataforma zoom, proceden a su deliberación privada en relación con el trabajo escrito, exposición oral y la capacidad de réplica de la persona sustentante, considerando las preguntas y comentarios del Tribunal.

ARTÍCULO 4: Evaluación de la tesis

La persona que preside comunica a la persona sustentante el resultado de la deliberación, por el cual este Tribunal Examinador considera el trabajo de graduación:

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprobado |
| <input type="checkbox"/> | Reprobado |

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Con observaciones |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sin observaciones |

En caso de tener observaciones deben ser incorporadas y entregadas en el plazo establecido en el Reglamento Interno del Posgrado.

De acuerdo con el artículo 55 del Reglamento del Sistema de Estudios de Posgrado y el Artículo 80 del Reglamento General del Proceso de Enseñanza y Aprendizaje de la Universidad Nacional, se le confiere la calificación de **10**. De acuerdo con el artículo 81 del Reglamento General del Proceso de Enseñanza y Aprendizaje se le otorga la mención de:

| | |
|---|-----------------|
| | Cum Laude |
| X | Magna Cum Laude |
| | Summa Cum Laude |
| | No aplica |

Justificación de la mención otorgada:

El trabajo final de la tesis recoge una investigación Interdisciplinaria, multidisciplinaria de gran complejidad, la sustentante incursiona en aspectos multidisciplinario con un intenso trabajo de campo que se evidencia en el levantamiento y sistematización de datos realizados. Los aportes novedosos de la investigación en cuanto a nuevas líneas y/o temas de investigación.

ARTÍCULO 5: Otorgamiento del grado de Doctor

La persona que preside el Tribunal Examinador declara a **Mónica Agullar Bonilla**, acreedora al grado de **Doctora en Ciencias Sociales**.

ARTÍCULO 6: Cierre de la defensa pública

La persona que preside indica a la persona sustentante su obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocada por la Universidad Nacional.

Se da lectura al acta que firma el representante del Consejo Central de Posgrado, quien preside, a las doce horas y quince minutos del 20 de mayo de 2024.

Observaciones indicadas por el Tribunal Examinador al documento final y/o de la defensa pública:

Se recomienda a la Doctora Mónica Aguilar Bonilla y al Programa de Doctorado buscar los espacios para la socialización y la publicación de este trabajo doctoral.



Dr. Greivin Rodríguez Calderón
Representante
Consejo Central de Posgrado, quien preside.



Índice general

| | |
|---|----------|
| <i>Miembros de Tribunal Examinador</i> | ii |
| <i>Acta Defensa Pública de Tesis Doctoral</i> | iii |
| <i>Índice general</i> | vii |
| <i>Índice de figuras</i> | xii |
| <i>Índice de Tablas</i> | xv |
| <i>Índice de Anexos</i> | xvii |
| <i>Agradecimientos</i> | xviii |
| <i>Resumen</i> | xx |
| Palabras clave | xx |
| <i>Abstract</i> | xxi |
| Keywords: | xxi |
| <i>I PARTE PRESENTACIÓN</i> | 1 |
| <i>Introducción</i> | 2 |
| <i>Tema de investigación</i> | 4 |
| <i>Problema de investigación</i> | 12 |
| Preguntas auxiliares de investigación | 15 |
| <i>Objetivos</i> | 15 |
| Objetivo general..... | 15 |
| Objetivos específicos | 15 |
| <i>Justificación</i> | 16 |
| <i>Aproximación teórica</i> | 20 |
| Estar bien | 20 |
| De la dominación y el racismo | 25 |
| Imaginarios Sociales y su papel en la búsqueda del dominio de las poblaciones..... | 31 |
| Las representaciones sociales: su utilidad en la comprensión de las subjetividades y las relaciones conflictivas entre diversas poblaciones | 34 |
| El papel del cuerpo y la territorialidad | 39 |
| Del poder y la resistencia | 46 |
| Enfoque epistemológico | 50 |

| | |
|--|-------------------|
| Abordaje metodológico..... | 53 |
| Tipo de investigación y enfoque | 54 |
| Sobre el método, la población y la muestra utilizada | 56 |
| Técnicas de investigación | 59 |
| <i>Análisis de restos óseos</i> | <i>60</i> |
| <i>Aproximación a los análisis paleodemográficos.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Aproximación al análisis paleopatológico.....</i> | <i>63</i> |
| <i>Análisis de la cultura material</i> | <i>64</i> |
| <i>Cerámica: Análisis tipológico.....</i> | <i>65</i> |
| <i>Análisis lítico</i> | <i>67</i> |
| <i>Cerámica y lítica: Análisis de representaciones corporales</i> | <i>67</i> |
| <i>Análisis documental.....</i> | <i>69</i> |
| Plan de análisis..... | 76 |
| II PARTE EL ABORDJE DE LAS CONDICIONES, ENFERMEDADES Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDO EN LA ANTIGUEDAD | 79 |
| Introducción..... | 80 |
| <i>Del cuidado y la medicina: breve esbozo del conocimiento médico y el tratamiento de las enfermedades en Europa previo a la conquista y colonización de América</i> | <i>82</i> |
| <i>La medicina de tradición africana.....</i> | <i>95</i> |
| Previo al siglo XVI..... | 95 |
| Africanos en América..... | 100 |
| <i>Medicinas de tradición africana en América</i> | <i>105</i> |
| <i>El abordaje de la salud en la “América” antigua.....</i> | <i>107</i> |
| El abordaje de la salud en la antigüedad de la actual Costa Rica..... | 121 |
| III PARTE LAS PERSONAS HABITANTES DE LA COSTA RICA ANTIGUA Y COLONIAL | 130 |
| <i>Los primeros pobladores del actual Costa Rica, previo a la conquista y colonia (siglo XVI).....</i> | <i>131</i> |
| <i>Poblaciones originarias a la llegada de los españoles y africanos en el siglo XVI: cambio social y desarticulación organizativa.....</i> | <i>137</i> |
| Breve contextualización de la expansión española | 137 |
| Conquista y colonia: las poblaciones presentes en Costa Rica..... | 143 |
| <i>Datos demográficos.....</i> | <i>151</i> |
| <i>Resistencia de los pueblos indígenas al proceso de conquista y colonización</i> | <i>156</i> |
| La vida en la época colonial (poblados Indo hispánicos) | 166 |

| | |
|--|------------|
| <i>Antiguos pobladores según la información biodemográfica (800 al 1560 d. C.)</i> | 184 |
| Generalidades sobre la evidencia de las poblaciones previo al proceso de conquista y colonia | 187 |
| Información de la población presente en la actual Costa Rica entre el 800-1560 d. C. | 191 |
| Información sobre la salud de los antiguos habitantes del actual territorio costarricense | 200 |
| <i>El estrés como factor que incide en la salud y el bienestar de las personas</i> | 200 |
| <i>Identificación de la población que vivió entre el 800 y 1560 d. C. según la información bioarqueológica</i> | 202 |
| <i>Características de las enfermedades, condiciones, anomalías y prácticas culturales identificadas en los análisis osteológicos de los monumentos antiguos y coloniales</i> | 209 |
| <i>Prácticas culturales que pueden modificar la forma de los huesos</i> | 231 |
| <i>La condición de salud de las personas en la época colonial</i> | 237 |
| <i>Datos generales de los monumentos arqueológicos contemplados en la presente investigación</i> | 239 |
| Población inhumada y patologías, traumas o condiciones evidenciadas en restos óseos de monumentos arqueológicos coloniales durante la época colonial | 247 |
| <i>Catedral Metropolitana</i> | 247 |
| <i>Colina Santiago</i> | 249 |
| <i>El Calvario</i> | 249 |
| <i>Nicoya</i> | 249 |
| <i>Análisis isotópicos como complemento para la comprensión de la salud en las poblaciones del monumento Nicoya</i> | 263 |
| <i>Enfermedades durante la época colonial según las fuentes documentales</i> | 271 |
| Posibles factores ambientales y antrópicos que incidieron en el estado de salud de las personas | 276 |
| La salud de los siglos XVI a inicios del XIX, casos seleccionados de las fuentes documentales | 287 |
| <i>IV PARTE ESTAR BIEN EN ÉPOCAS ANTIGUAS Y COLONIALES: PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN</i> | 309 |
| <i>Representaciones de enfermedades y condiciones en la Costa Rica antigua (500 a.C.-1560 d.C.)</i> | 310 |
| Características generales de las representaciones cerámicas | 312 |
| Representaciones de condiciones y enfermedades según región arqueológica | 316 |
| <i>Gran Nicoya</i> | 317 |
| <i>Región arqueológica Central</i> | 323 |

| | |
|---|------------|
| <i>Gran Chiriquí</i> | 328 |
| <i>Reconocimiento de condiciones, enfermedades y modificaciones corporales en la cerámica y lítica analizada</i> | 335 |
| <i>Las condiciones y enfermedades a través del tiempo, según los diversos tipos de evidencia</i> | 358 |
| Condiciones genéticas | 359 |
| Enfermedades provocadas por deficiencias de vitaminas (por varias razones), minerales, estrés alimentario o mal funcionamiento hormonal | 360 |
| Enfermedades degenerativas | 362 |
| Enfermedades por tensión ambiental | 363 |
| Infecciones | 364 |
| Jorobas o protuberancias | 366 |
| Salud oral | 366 |
| Traumas | 367 |
| Prácticas culturales de modificación corporal | 368 |
| <i>De los signos, símbolos, representaciones e imaginarios sociales relacionados con la corporalidad y salud en la antigüedad</i> | 370 |
| Signos, símbolos e imagen | 370 |
| <i>El papel social de la diferencia física</i> | 388 |
| <i>V PARTE EL CUIDO DE LA SALUD COMO DISPOSITIVO DE CONTROL Y RESISTENCIA -DE Y ANTE- EL PODER Y LA DOMINACIÓN</i> | 399 |
| <i>Introducción</i> | 400 |
| <i>La institucionalización del conocimiento sobre la curación en las poblaciones indígenas</i> | 402 |
| Las personas que cuidan de la salud comunitaria | 403 |
| ¿Quiénes cuidaban la salud de las personas en la antigüedad del actual Costa Rica? | 407 |
| <i>Usékar</i> | 407 |
| <i>Awá</i> | 410 |
| Cuido de la salud en la cotidianidad: ejemplo de acciones para el buen vivir y estar bien | 421 |
| El cuidado y atención de la salud como dispositivo de resistencia y poder por parte de las poblaciones “subalternas” | 425 |
| El conocimiento es poder y el poder se gestiona políticamente: ¿cómo incidió el sexo de las personas en el ejercicio del cuidado a la salud? | 432 |

| | |
|---|------------|
| La institucionalidad y su papel regulador: la iglesia e instituciones de la corona | 440 |
| Poder, modernidad y ciencia | 449 |
| Medicina y profesionalización | 458 |
| <i>VI PARTE REFLEXIONES FINALES.....</i> | 468 |
| <i>Posicionamiento de la salud y las enfermedades socialmente</i> | 469 |
| ¿Cómo se concibieron las condiciones y enfermedades durante la época antigua y colonial de Costa Rica? | 470 |
| ¿Cuáles son las diferencias genéricas en los conocimientos relacionados con la enfermedad y los procesos de sanación según pueblos y grupos étnicos de la época colonial en Costa Rica? | 478 |
| ¿Cómo se evidenciaba el poder y la resistencia en el abordaje de la salud y la enfermedad? | 483 |
| ¿Cuáles condiciones y enfermedades estuvieron presentes durante la última fase de ocupación antigua y la época colonial, para el caso del territorio que actualmente se conoce como Costa Rica?..... | 487 |
| Experiencia del proceso doctoral..... | 488 |
| <i>Recomendaciones para futuras investigaciones</i> | <i>493</i> |
| <i>Referencias bibliográficas.....</i> | 496 |
| <i>ANEXO 1 Categorías para el análisis documental</i> <i>¡Error! Marcador no definido.</i> | |
| <i>ANEXO 2 Guía de análisis documental.....</i> <i>¡Error! Marcador no definido.</i> | |

Índice de figuras

| N° | Figura | Página |
|----|---|--------|
| 1 | Escala de tiempo según tipo de evidencia usada en la investigación... | 7 |
| 2 | Conceptos articuladores en el proceso analítico..... | 77 |
| 3 | Mapa de rutas por las cuales las personas africanas esclavizadas fueron llevadas a Europa occidental y las islas atlánticas antes de 1759..... | 101 |
| 4 | Mapa con volumen y dirección del tráfico de esclavos trasatlántico de todas las regiones africanas a todas las regiones americanas..... | 103 |
| 5 | Ejemplos de especies descritas en <i>Libellus de medicinalibus Indorum herbis</i> | 112 |
| 6 | Fotografías de pipa, inhalador nasal y “sukia”..... | 123 |
| 7 | Fotografía del “poporo” o “calabacita” elaborado en oro..... | 124 |
| 8 | Fotografías de esculturas femeninas en proceso de transformación antropozoomorfa. Región arqueológica Gran Nicoya, tipo cerámico Cuello aplicado, 1350-1520 d. C..... | 125 |
| 9 | Ejemplos de lápidas con representación de personajes antropozoomorfos procedentes del monumento arqueológico Las Mercedes, Guácimo, Limón..... | 127 |
| 10 | Esquema de las jerarquías entre los pueblos bribris y cabécares..... | 128 |
| 11 | Esquema con los antecedentes europeos previos y durante la conquista española del continente americano..... | 138 |
| 12 | Mapas con la distribución de cacicazgos y lenguas en la Costa Rica del siglo XVI..... | 148 |
| 13 | Mapa de rutas aproximadas de expediciones de conquista realizadas en el siglo XVI..... | 149 |
| 14 | Ilustración de indígenas cargadores: transporte y comercio en Matina..... | 175 |
| 15 | Mapa con los monumentos arqueológicos con presencia de restos óseos de personas fallecidas entre el 800-1560 d. C. que fueron excavados y analizados científicamente..... | 189 |
| 16 | Fotografías de tumbas de cajón elaboradas con lajas calcáreas, monumento arqueológico Agua Caliente C- 35 AC, Valle del Guarco.. | 190 |
| 17 | Gráfico de distribución de la población de la Región Arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur) y Central (Intermontano Central) por sexo entre el 800-1560 d.C. | 199 |
| 18 | Esquema del modelo de estrés adoptado para analizar colecciones óseas..... | 200 |
| 19 | Idealización con los diversos tipos de modificación craneal presentes en el continente americano..... | 233 |
| 20 | Clasificación de modificaciones dentales propuesta por Javier Romero y modificada por Vera Tiesler..... | 235 |
| 21 | Fotografía de incisivo con modificaciones dental tipo A 1..... | 236 |

| N° | Figura | Página |
|-----------|--|---------------|
| 22 | Mapa con la ubicación de los monumentos arqueológicos con evidencia osteológica de la época colonial en Costa Rica..... | 240 |
| 23 | Planimetría con la ubicación de las distintas operaciones con presencia de restos óseos en el monumento arqueológico Nicoya G 114 Nc..... | 242 |
| 24 | Fotografías de ejemplos relacionados con la salud dental..... | 251 |
| 25 | Gráfico de patología, condición o anomalías identificadas en huesos craneales de las personas inhumadas del sitio Nicoya..... | 252 |
| 26 | Fotografías de ejemplos de hipoplasia de esmalte, criba orbitaria e hiperostosis porótica..... | 253 |
| 27 | Fotografía de fragmentos de cráneo con cortes..... | 254 |
| 28 | Gráfico de patologías, condiciones o anomalías identificados en los huesos sub craneales de las personas inhumadas del sitio Nicoya..... | 255 |
| 29 | Fotografías de huesos con evidencia infecciosa, osteomielitis..... | 256 |
| 30 | Ilustración con la distribución esquelética de lesiones por tuberculosis..... | 258 |
| 31 | Fotografías de traumas o fracturas y hematoma subperióstico..... | 260 |
| 32 | Fotografía con detalle de osteocondroma..... | 261 |
| 33 | Ilustración con los valores de $\delta^{13}\text{C}$ y $\delta^{15}\text{N}$ de animales de ecosistemas típicos (lacustre-fluvial, terrestre y marino)..... | 266 |
| 34 | Ilustración con la composición isotópica de colágeno de hueso humano procedente del sitio arqueológico Nicoya comparado con los isótopos de la composición de recursos alimenticios..... | 267 |
| 35 | Gráfico de distribución de las figuras según Región arqueológica y temporalidad..... | 313 |
| 36 | Gráfico de distribución de las personas representadas en cerámica según sexo y región arqueológica..... | 315 |
| 37 | Gráfico comparativo con las principales condiciones, modificaciones corporales y enfermedades evidenciadas en la muestra cerámica según región arqueológica..... | 330 |
| 38 | Gráfico con las principales condiciones, modificaciones corporales y enfermedades evidenciadas en la muestra lítica según región arqueológica..... | 333 |
| 39 | Fotografías con representaciones de personas pequeñas..... | 337 |
| 40 | Fotografías con representaciones de personas con acondroplasia “enanismo” de tipo indeterminado..... | 339 |
| 41 | Fotografías de representaciones cerámicas de personas con síndrome de Morquio..... | 342 |
| 42 | Fotografía de escultura de espiga que representa a una persona con síndrome de Morquio, Subregión arqueológica Diquís..... | 343 |
| 43 | Fotografía de representaciones cerámicas de personas con posible artrogriposis..... | 344 |

| Nº | Figura | Página |
|-----------|--|---------------|
| 44 | Fotografías de representaciones en piedra y cerámica de personas sin extremidades y formas de pie asimétrico..... | 345 |
| 45 | Fotografías de representaciones de personas bicéfalas o gemelas siameses..... | 347 |
| 46 | Fotografías con representaciones de personas con cantidades atípicas de dedos..... | 350 |
| 47 | Fotografías con representaciones cerámicas y líticas de personas con jorobas..... | 351 |
| 48 | Fotografías con representaciones de personas con parálisis facial en cerámica y lítica..... | 352 |
| 49 | Fotografías con representaciones en cerámica de personas con piernas abultadas..... | 353 |
| 50 | Fotografía de artefacto cerámico que representa a una persona con posible absceso o tumor facial en el lado izquierdo de su cara..... | 354 |
| 51 | Fotografías con representación de personas con vientre abultado y posibles problemas hepáticos..... | 355 |
| 52 | Fotografías con representaciones de personas con ojos grandes y/o resaltados y estrabismo ocular..... | 357 |
| 53 | Fotografía de la representaciones de personas con perforaciones en el rostro | 365 |
| 54 | Fotografía con representaciones cerámicas de personas con decoraciones que incluyen el signo de “cruz”, Región arqueológica Gran Nicoya..... | 379 |
| 55 | Fotografías de artefactos cerámicos asociados a los tipos Galo policromo, variedad Figura y Mora policromo variedad Guabal con pintura corporal..... | 385 |
| 56 | Fotografías de artefactos cerámicos que representan a personas cargando cántaros..... | 386 |
| 57 | Fotografías de artefactos asociados al tipo cerámico Guinea inciso con representaciones de hombres delgados con un agujero en el vientre (c. f. extracción de órganos)..... | 390 |
| 58 | Fotografías de vasijas con representaciones de posibles personas con síndrome de Morquio y dientes desalineados..... | 394 |
| 59 | Fotografías de esculturas líticas con representaciones de posibles <i>awapas</i> y otros en donde se resalta su delgadez y/o columna..... | 396 |
| 60 | Oraciones de venta en Costa Rica en 1968..... | 439 |
| 61 | Fotografías de representaciones antropomorfas asociadas a los tipos cerámicos Galo policromo variedad Figura y Papagayo policromo variedad Mandador..... | 472 |
| 62 | Fotografías comparativas de esculturas cerámicas antropomorfas procedentes de Asanyamba, Honduras, con una Galo policromo procedente de Guanacaste Costa Rica..... | 474 |
| 63 | Fotografía de ocarina asociada al grupo Santa Clara (100 a. C. -500 d. C.) que presenta una escena de personas especializadas atendiendo a otra en posición acostada, Caribe Central, Limón..... | 484 |

Índice de Tablas

| N° | Tabla | Página |
|----|---|--------|
| 1 | Tabla con las esencias, enfermedades y curas según Paracelso..... | 92 |
| 2 | Tabla de estimación conservadora de la población indígena de Costa Rica de 1502 a 1522..... | 146 |
| 3 | Cuadro con la estimación de la población de Costa Rica (principalmente indígena) de Costa Rica en el periodo Colonial..... | 152 |
| 4 | Cuadro con estimación de la población total de Costa Rica de 1751-1824 según el Obispo Thiel..... | 154 |
| 5 | Tabla con ejemplos de resistencia indígena ante el proceso de conquista durante los siglos XVI al XVIII..... | 158 |
| 6 | Tabla con las doctrinas franciscanas en Costa Rica para 1662 según Rodrigo Arias Maldonado..... | 177 |
| 7 | Tabla con los principales pueblos de indios siglos XVI y XVII..... | 178 |
| 8 | Cuadro de rangos de edades al morir según monumento de procedencia de la región arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur) entre el 800- 1520 d. C..... | 195 |
| 9 | Cuadro de rangos de edades al morir según sitio arqueológico de procedencia para la región arqueológica Central (subregión Intermontano Central) entre el 800- 1560 d. C..... | 196 |
| 10 | Cuadro de personas inhumadas en la región arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur-Guanacaste), según sexo entre el 800- 1520 d. C..... | 197 |
| 11 | Cuadro de personas inhumadas en la región arqueológica Central (subregión Intermontano Central), según sexo entre el 800- 1560 d. C..... | 198 |
| 12 | Cuadro con las paleopatologías, traumas y condiciones genéticas en la población de la región arqueológica Gran Nicoya, subregión Sur entre el 800-1520 d. C. según sitio arqueológico de procedencia..... | 203 |
| 13 | Cuadro con las paleopatologías, traumas y condiciones genéticas en la población de la región arqueológica Central entre el 800-1560 d. C. según sitio arqueológico de procedencia..... | 207 |
| 14 | Cuadro de contabilidad de personas inhumadas en los monumentos arqueológicos asociados a la época colonial que cuentan con investigaciones científicas..... | 245 |
| 15 | Cuadro con los rangos de edades al morir de las personas según sitio arqueológico colonial de procedencia..... | 246 |
| 16 | Cuadro de contabilidad de paleopatologías y condiciones genéticas en los monumentos arqueológicos asociados a la época colonial que cuentan con investigaciones científicas..... | 262 |
| 17 | Tabla con los fechamientos obtenidos de la muestra dental seleccionada..... | 264 |
| 18 | Tabla con los resultados de isótopos $\delta^{13}C$ ‰ $\delta^{15}N$ ‰ obtenidos de la muestra dental seleccionada..... | 266 |
| 19 | Tabla con ejemplos de afectación en el acceso y producción agrícola según años y causas | 277 |

| N° | Tabla | Página |
|-----------|---|---------------|
| 20 | Tabla con el listado de fechamientos de erupciones volcánicas según cordillera y volcán..... | 282 |
| 21 | Tabla con las enfermedades registradas en fuentes documentales para Costa Rica según siglo..... | 293 |

Índice de Anexos

| Nº | Anexo | Página |
|-----------|--|---------------|
| 1 | Categorías para el análisis documental..... | 542 |
| 2 | Guía de análisis documental..... | 544 |
| 3 | Lista de monumentos arqueológicos con restos óseos 800-1560 d.C. con análisis osteológicos (según sitio y región arqueológica) | 548 |
| 4 | Análisis de la colección ósea del sitio G- 114 Nc Temporadas 1989, John Lawrence..... | 784 |
| 5 | Referencias a enfermedades en los Protocolos Coloniales | 877 |
| 6 a y b | Base de datos de artefactos cerámicos y líticos con representaciones de condiciones, enfermedades u otros..... | 884 |

Agradecimientos

La presente investigación doctoral fue posible gracias a muchas personas, en primer lugar, agradezco el apoyo incondicional de mi familia especialmente mi madre Ana Teresa Bonilla, al Dr. Jeffrey Peytrequín por el acompañamiento, consejos, sugerencias y todo el soporte.

Agradezco al doctorado en Ciencias Sociales. A las personas docentes y compañeros que apoyaron la investigación y realizaron observaciones a versiones muy preliminares del anteproyecto, contribuyendo a mejorar su calidad, principalmente a la Dra. Gabriela Hernández por el apoyo incondicional. A mi comité asesor: Dr. Alexis Segura, PhD. Ricardo Vázquez, Dr. Andrea Cucina, por sus aportes en diversas etapas de la investigación; su paciencia y observaciones permitieron ampliar la investigación y la calidad de la presente tesis.

Al personal de los diversos museos quienes brindaron permisos para acceder a colecciones artefactuales, entre ellos la directora del Museo Nacional de Costa Rica Licda. Rocío Fernández, a la directora del Museo del Jade y la Cultura Precolombina Licda. Laura Rodríguez y Licda. Virginia Vargas, directora Museos del Banco Central de Costa Rica.

A los y las colegas de los museos quienes brindaron su apoyo durante la investigación: Licda. Marlyn Calvo y Licda. Leidy Bonilla. MM. Cleria Ruiz, Licda. Daniela Meneses, M. Sc. Javier Fallas del Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, al personal del Departamento de Antropología e Historia del Museo Nacional de Costa Rica por el acceso a los documentos de la base de datos Orígenes y la documentación del archivo osteológico que el PhD. Ricardo Vázquez dejó en dicho departamento. A Licda Virginia Novoa, curadora del Museo del Jade y la Cultura Precolombina. A la Licda. Priscilla Molina y el jefe de colecciones M. A. Marco Arce de los Museos del Banco Central de Costa Rica.

A mis colegas y amigos que apoyaron en diferentes momentos de la investigación, algunos de ellos mencionados previamente, a M. A. Marco Arce, Licda. Daniela Meneses, MM. Cleria Ruiz, M. Sc. Gabriela Arroyo, M. Sc. Javier Fallas, M.

A. Magdalena León, PhD. Leila Rodríguez, Dr. Onésimo Gerardo Rodríguez, Dr. Mario Zúñiga, Licda. Priscilla Molina, Dra. Denia Román, Licda. Marta Chávez, Dr. Marcelo Gaete, M. Sc. Lorena Sáenz, Dra. Socorro Jiménez, M. Sc. Eyleen Alfaro, con algunos de ellos compartí y discutí datos e hicieron más amena diversas etapas de la investigación, principalmente el trabajo de laboratorio y de edición del documento final.

También agradezco el interés y apoyo de colegas que me facilitaron información de utilidad para la investigación: al PhD. Mauricio Murillo, la PhD. María Eugenia Bozzoli quien además me compartió documentación inédita de su autoría, M. Sc. María Gabriela Arroyo, el PhD. Francisco Corrales y Lic. Adrián Badilla, a la M. Sc. Gabriela Villalobos, M. Sc. Lucía Villalobos, Licda. Carolina Barrientos y M. Sc. Melania Pérez y un agradecimiento muy especial al Dr. Jorge Cáceres quien me obsequió bibliografía especializada de la biblioteca familiar, específicamente de su esposa la Dra. Ana Arroba. El Dr. Jorge Vargas colaboró en la evacuación de dudas desde su campo de saber: la microbiología. De igual manera, a la Academia Nacional de Medicina especialmente al Dr. Carlos Salazar y la Asociación Costarricense de Médicos Jubilados por su interés y anuencia a colaborar.

Finalmente, agradezco a quienes apoyaron las labores de diagramación de las figuras de la presente tesis, entre ellos a Lic. Erick Rojas, M. Sc. Anthony Azofeifa, M. Sc. Samira Jalet, así como a las demás personas que de una u otra forma han formado parte de este proceso.

¡Guile, esta tesis es para vos!

Resumen

En la presente tesis se buscó comprender como entendían la salud, *estar bien* (en términos físicos, mentales, ideológicos y comunitarios) y la enfermedad las diversas poblaciones étnicas presentes en Costa Rica desde la antigüedad al periodo colonial, en función de las relaciones de poder, conflictividad y de las formas de resistencia existentes.

El tema se abordó desde las ciencias sociales, principalmente desde la arqueología, historia y sociología. Para ello se utilizó diversos tipos de evidencia tal como representaciones humanas elaboradas en cerámica y piedra, restos óseos humanos y documentos históricos, entre otros. Se abordó el cuerpo en su particularidad biológica, ambiental, sociocultural, ideológica e histórica desde el posicionamiento de la ecología de saberes, valorando los posibles roles desempeñados por las personas con alguna condición, particularidad física o enfermedad.

El documento se divide en seis apartados. El primero correspondiente a la presentación del proyecto. El segundo retoma los antecedentes del abordaje de las condiciones, enfermedades y las prácticas del cuidado de la salud en la antigüedad.

La tercera parte hace referencia a quiénes era las personas que habitaron la Costa Rica antigua y colonial. El proceso de desestructuración de la forma de vida tradicional para las poblaciones de origen africano y americano, la resistencia de dichas poblaciones y cómo fue la vida colonial para las diversas poblaciones.

En el cuarto apartado se aborda el significado de *estar bien* en épocas antiguas y coloniales en relación con la percepción y representación. La quinta parte trata del cuidado de la salud como dispositivo de control y resistencia de y ante el poder y la dominación, así como la especialización en el conocimiento y su institucionalización. El último apartado presenta las reflexiones finales, conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: *Estar bien*, salud, arqueología, ciencias sociales, enfermedad.

Abstract

In this thesis we sought to understand how the various ethnic populations present in Costa Rica from ancient times to the colonial period understood health, well-being (in physical, mental, ideological and community terms) and illness, based on power relations, conflict and existing forms of resistance.

The topic was approached from the social sciences, mainly from archaeology, history, and sociology. For this purpose, various types of evidence were used, such as human representations made of ceramics and stone, human bone remains and historical documents, among others. The body was approached in its biological, environmental, sociocultural, ideological, and historical particularity from the positioning of the ecology of knowledge, valuing the possible roles played by people with some condition, physical particularity, or disease.

The document is divided into six sections. The first corresponding to the presentation of the project. The second takes up the background of addressing conditions, diseases, and health care practices in ancient times.

The third part refers to who were the people who inhabited ancient and colonial Costa Rica. The process of destructuring the traditional way of life for populations of African and American origin, the resistance of these populations and what colonial life was like for the various populations.

The fourth section addresses the meaning of being well in ancient and colonial times in relation to perception and representation. The fifth part deals with health care as a device for control and resistance of and before power and domination, as well as specialization in knowledge and its institutionalization. The last section presents the final reflections, conclusions, and recommendations.

Keywords: Being well, health, archaeology, social sciences, illness.

I PARTE PRESENTACIÓN

Introducción

El cambio en la invisibilización histórica de la otredad inicia con la aceptación del conflicto y pasa por el deseo de posibilitar un diálogo respetuoso que reconozca los aportes que cada cultura ha realizado a la humanidad.

El presente documento corresponde a la investigación doctoral, la cual versa sobre el conocimiento que tenían las poblaciones que habitaron en la Costa Rica antigua y colonial, sobre *estar bien*, el proceso de la salud y la enfermedad, así como el cuidado/atención de sus cuerpos. Como se detalla más adelante, este concepto amplio y complejo, está relacionado con los diversos aspectos de la vida de una persona, más allá del bienestar físico, incluye los componentes psicológicos, sociales, ideológicos y comunitarios, acorde con la cosmovisión de los pueblos originarios.

En el abordaje de la presente investigación de tipo arqueológica e histórica, y sociológico, se reconoce los saberes y valoraciones sin prejuicios culturales, que los pueblos antiguos y coloniales tenían en torno al cuidado de la salud, *estar bien* y la diferencia en relación con las enfermedades y condiciones congénitas o genéticas que pudiesen presentar. La integración de los distintos tipos de evidencia disponibles que se encuentran dispersos y sin interrelación, así como la visión diacrónica del fenómeno social estudiado es parte de los aportes generados.

Para ello, se hace uso de un instrumental teórico y metodológico que trasciende dichas disciplinas, incluye análisis socioculturales y sociológicos, contemplando a la salud de las poblaciones antiguas de manera integral, es decir, multi e interdisciplinario, el cual es coherente con los principios y enfoques epistemológicos y metodológicos del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Para orientar la investigación se plantearon las siguientes interrogantes ¿Qué significó tener una condición, estar sano o enfermo durante la época antigua y colonial en Costa Rica?, ¿Qué conocimientos se tenían para el abordaje del cuerpo que estuviese enfermo o con una condición genética o congénita¹? y, ¿Qué papel desempeñó el cuidado del

¹ En el abordaje del cuerpo se incluyen tanto las enfermedades temporales como las permanentes, independientemente del origen -por un agente externo, de carácter hereditario genético o por causas congénitas (adquiridas durante el proceso de gestación de las personas).

cuerpo dentro de las dinámicas de poder y resistencia que se desarrollaron en la época colonial? Interesa, entonces, no sólo conocer las enfermedades y condiciones existentes, sino también su posible significado y abordajes culturales, sociales y políticos por parte de las distintas poblaciones investigadas.

Por lo anterior, se incluyeron en la investigación temas relacionados con los conocimientos que se tenían en torno al cuidado de las condiciones y enfermedades, los procesos de sanación según los pueblos y grupos étnicos; así como el resultado del proceso de hibridación e intercambio cultural en el abordaje del tema por parte de las diversas poblaciones.

Para ello, se trabajó el cuerpo en su particularidad biológica, mediante la indagación de las posibles paleopatologías², traumas (cortes, golpes, quebraduras, entre otros) y otro tipo de evidencia que se pudieran presentar en los huesos de quienes habitaron antes y durante la conquista y colonia en Costa Rica. La información obtenida de los restos se contrastó con los referentes socioculturales evidenciados en los documentos escritos y en la cultura material (representaciones de figuras antropomorfas elaboradas en cerámica y lítica). De este modo, se indagaron concepciones sobre las enfermedades y condiciones presentes en dichas épocas, el tipo de valoración social dado a las personas, los posibles conocimientos empleados en procesos de sanación y cambios sociales relacionados con el abordaje de la salud por parte de las poblaciones en estudio. De igual manera, se realizó un análisis de la simbología cultural evidenciada en artefactos cerámicos y líticos, vinculado con el tratamiento e inclusión de la población representada con sus cuerpos sanos y enfermos.

Finalmente, se abordó la temática de la dominación ejercida por las diversas poblaciones, considerando los procesos y las estructuras sociales y los mecanismos de poder, imposición, negociación y resistencia empleados por las personas originarias americanas, africanos y afrodescendientes, criollos, españoles y mestizos expresados en el

² La paleopatología es el estudio de las enfermedades en los pueblos antiguos tomando en cuenta distintos tipos de evidencia. Busca conocer los determinantes y las causas multicausales de las enfermedades incluyendo aspectos sociales, ecológicas, médicos y biológicos, para lo cual se acude a metodologías procedentes de los distintos campos de especialización (Hugo Sotomayor, 2007, p. 39).

cuido de los cuerpos y la conservación o cambio de las prácticas culturales relacionadas con la salud.

De esta manera, se estudió el cuerpo y su salud como un dispositivo de poder (positivo y negativo), es decir, como instrumento de dominación, colonial y/o como instrumento de resistencia y emancipación de las diversas poblaciones. Se contempló la función social del sujeto colectivo e individual en los entendimientos y acciones derivados de las relaciones sociales en torno a la diferenciación según las condiciones, al *estar bien* y a la enfermedad. De igual manera, se reflexionó críticamente sobre el papel de las ciencias modernas en la visibilización / invisibilización de algunos conocimientos sobre otros y los aportes de las ciencias sociales sobre el tema abordado.

Tema de investigación

Esta investigación se posiciona desde la ecología de saberes. Pues busca conocer cuáles son los saberes de las diversas poblaciones presentes en la Costa Rica antigua y colonial con respecto a la salud, las condiciones, el *estar bien* y la enfermedad, incluyendo los conocimientos acerca de las enfermedades endémicas y foráneas, sus causas y las prácticas para su sanación. Reconoce esta investigación el papel que pudieron tener las diversas personas en la gestión de la salud individual y colectiva, así como el rol desempeñado por las y los sujetos con alguna enfermedad y condición a lo interno de las comunidades.

Para ello, se identificó posibles representaciones e imaginarios sociales (Cornelius Castoriadis, 2013; Leonardo Cancino, 2015 y Haroldo Valencia, 2015) relacionadas con la salud, las condiciones y las enfermedades de las personas.

En esta investigación son de interés los problemas generados con el proceso de conquista y colonia para las poblaciones nativas americanas y africanas. Así como los choques culturales acaecidos en el desencuentro de diversidad de imaginarios y representaciones sociales procedentes de los diferentes pueblos étnicos, en contraposición a posturas monoteístas y monárquicas europeas cuyos representantes buscaron imponer, mediante mecanismos de poder, o sea de dominación cierta biopolítica (Michel Foucault, 1992 a. b.; 1991; 1968). A pesar de ello, los pueblos originarios establecieron distintos tipos

de luchas, resistencias (Santiago Castro-Gómez, 2005) y liberación establecidos ante los diversos modos de concebir la realidad.

Para ello, se trabajó con evidencia material de poblaciones de diversas procedencias, hombres y mujeres, de los pueblos originarios americanos, africanos y afrodescendientes³, españoles, criollos y mestizos, mulatos y zambos, según fueron especificadas por las fuentes, y que habitaron la provincia de Costa Rica en la antigüedad (antes del proceso de conquista europea) y durante el periodo de conquista y colonia (1502-1821). Para esto, se tomó como referencia las clasificaciones que en la época se hacían de la población, las cuales fueron discutidas según la información que brindaban.

El lapso temporal de la investigación es amplio. Se abordó el significado de *estar bien* en términos de salud en poblaciones ágrafas (sin escritura) y las del siglo XVI al XIX (periodo de conquista y colonia). El estudio de la continuidad o cambio cultural requiere información vista a través del tiempo. Para el caso particular del abordaje de las poblaciones prehispánicas o antiguas, ésta información requirió del análisis de diversa línea de evidencia, por ejemplo, no solo interesaba saber cuáles enfermedades o condiciones tuvieron, así como traumas, entre otros (algunas de las cuales se evidencian en restos óseos que se conserven en sitios arqueológicos), sino también, además las características ambientales y de organización social que pudieron incidir en el estado de salud, así como las posibles percepciones en torno a ellas, como prácticas de sanación, especialización de las personas encargadas del cuidado de la salud, entre otras, siendo esta forma de abordar el tema que hasta ahora es muy escasa.

Por su parte, en el caso de las poblaciones presentes en el momento de la conquista y colonia, la información no es muy abundante (*e. g.* Ricardo Fernández Guardia, 1975; León Fernández Bonilla, 1976; Elizeth Payne, 1988; 1994; Claudia Quirós, 1990; Luis Fernando Sibaja, 1982, entre otros). Las fuentes escritas registraron principalmente eventos que provocaron defunciones como en el caso de las pandemias, de igual manera, se mencionan algunas de las enfermedades que tenían personas esclavizadas, y así como enfermedades que se reportaron en testamentos. A diferencia de otros países, en Costa

³ Se diferencian según el lugar de nacimiento, en primera instancia personas procedentes de África y trasladadas por parte de los españoles, y posteriormente, los nacidos en suelos americanos.

Rica no existen códigos, ni descripciones amplias sobre el abordaje de la salud, es por esta razón, que metodológicamente se amplió el rango temporal a toda la época de conquista y colonia, para responder las preguntas y objetivos planteados, con la finalidad de disponer de suficientes fuentes de información sobre una temática poco estudiada con datos escasos y fragmentarios. La unión de información de diversas fuentes, tanto antiguas como coloniales, permitió conocer el fenómeno estudiado, así como los cambios culturales acaecidos a lo largo del tiempo y con ello, sus respectivos factores explicativos y comprensivos.

Para poder caracterizar a las poblaciones presentes en la época señalada, primero se identificó información respecto a las enfermedades endémicas y condiciones presentes antes de la conquista y colonia, así como los indicios acerca de las posibles apreciaciones y valoraciones que los pueblos pudieron tener sobre estas.

Se tomó en cuenta los datos obtenidos de la cultura material (siglos V a.C. al XVI d.C.⁴) y de los restos osteológicos de la última fase de ocupación antigua (del siglo IX al XVI d. C.), con la finalidad de apreciar las condiciones de salud de las poblaciones que habitaron en estas épocas, así como los posibles cambios culturales vinculados con las concepciones sobre el *estar bien* en relación con las enfermedades, condiciones y conocimientos aplicados para el cuidado de la salud, así como el impacto de las pandemias en la salud física y colectiva de las poblaciones y en los procesos de desestructuración social, acaecidos tras la conquista y la colonia en Costa Rica (ver Figura 1).

De esta forma, no solo se analiza la enfermedad en sí, sino las construcciones sociales en torno a ella, para de este modo, poder acceder a un ámbito de la realidad más complejo:

⁴ Antes de Cristo, también sinónimo de a. E. C.: antes de la era común. Debido a que la mayoría de las personas está familiarizada con el antes o después de Cristo se utilizará esta forma de ubicación cronológica en la presente investigación. Los términos antes o después de Nuestra Era o de la Era Común (a. N. E. d. N. E./ a. E. C.-d. E. C., etc.) igualmente son abreviaturas más neutras, su significado es el mismo, ya que se basa en el estándar empleado a partir del año 1 *Anno Domini* -año de nuestro señor o nacimiento de Jesús de Nazareth), en otras épocas también denominado año vulgar (del colectivo). Los términos antes de la era o antes de la era común suele ser utilizado en la academia y por parte de científicos y otros laicos (no creyentes o ateos, así como creyentes de otras religiones) debido a su supuesta neutralidad, pero alude igualmente al año 0 o año 1 como el anterior. En arqueología también se utiliza el término antes del Presente, sin embargo, este “Presente” es el año 1950 en concordancia con los fechamientos radiocarbónicos, ya que la evidencia datada posterior a estas épocas presenta problemas por la radiación, sin embargo, no todas las personas están familiarizadas con el término, por lo que no se emplea en el presente documento.

el de los sistemas de creencias, y su dimensión simbólica. Lo anterior, tomando en cuenta el cambio cultural acaecido durante la época colonial, un momento en donde la pluralidad de procedencias, prácticas culturales, estratos sociales, relaciones económico-productivas, intereses y ejercicios de dominación, cambiaron radicalmente⁵⁵ los modos de vida tradicionales de dichos pueblos y etnias.

Figura 1

Escala de tiempo según tipo de evidencia usada en la investigación



Durante la conquista y colonia se crearon nuevas relaciones, resultado tensional de las viejas relaciones, y también ocurrieron reestructuraciones de los vínculos sociales por

⁵⁵ Se plantea en esta investigación doctoral, que el cambio social fue determinante para las poblaciones partícipes del proceso de conquista y colonia, así como quienes se vieron incorporados e inclusive beneficiados en el nuevo sistema. Se modificó la forma de vida de las poblaciones nativas americanas y parte de las africanas, aunque este cambio social no implicó la pérdida de todos los conocimientos y arraigos culturales vinculados con la historia profunda de las distintas poblaciones, lo que ha permitido que algunos de los conocimientos ancestrales se conserven hasta hoy. Las relaciones de dominación europeas impusieron cambios, por ejemplo, en las estructuras políticas y económicas de las poblaciones originarias en América y parte de África. Las “correrías” se dieron para la captura de indígenas con el fin de esclavizarlos, conllevando a procesos de imposición de ideologías foráneas, lengua, formas de relacionarse, la imposición de relaciones sexuales, el comercio de las personas y el cuestionamiento a su condición humana, así como la explotación laboral, ... y en general el cambio social al que estuvieron sometidos –a la fuerza-, ha tenido consecuencias en los pueblos americanos y africanos hasta el día de hoy, siendo la génesis de las poblaciones mestizas en donde el cambio cultural fue exitoso, pero también de resistencias por parte de algunas poblaciones indígenas y afroamericanas.

parte de las poblaciones locales y foráneas, así como algunas continuidades, orientadoras de las nuevas lógicas de dominación y también de resistencias.

La documentación registrada y analizada, permite conocer cómo los cambios sociales no fueron totales. Pues hubo procesos y movimientos de resistencia y conflictos complejos entre las distintas poblaciones que vivieron durante la conquista y colonización en América (Ricardo Fernández Guardia, 1975; León Fernández Bonilla, 1976; Juan Carlos Solórzano, 2013; Eugenia Ibarra, 2014). Las luchas fueron amplias y dinámicas durante todo el periodo de conquista y colonia, por lo que los cambios fueron dinámicos y tensionales, lo cual permitió la “negociación” por medio de la lucha, entre lo “nuevo y lo viejo” de las prácticas sociales presentes a lo interno de las distintas poblaciones. Es por ello, que se evidencian sincretismos, procesos de aculturación y reestructuración a nivel socio cultural, político, económico e ideológico, entre otros (Elizeth Payne, 1988; 1994; Claudia Quirós, 1990; Luis Fernando Sibaja, 1982, Carlos Solórzano, 2013, etc.).

Los conflictivos encuentros que dieron forma al mundo colonial desencadenaron cambios en las concepciones acerca de las personas y sus cuerpos (Santiago Castro-Gómez, 2010). Pues las monarquías ibéricas establecieron numerosos mecanismos para dominar a los pueblos y a grupos africanos (Frantz Fanon, 2010) y americanos, poniendo en práctica diversas técnicas de explotación y control sobre la vida de ellos (Nelson Arteaga, 2012; Ramón Grosfoguel, 2011), ejerciendo lo que se conoce como biopoder (Michel Foucault, 1991). Si bien es cierto, el concepto de biopoder creado por Michel Foucault no se creó para explicar la situación colonial en América Latina, es posible complementarlo con el de colonialidad. En tanto, los colonizadores también impusieron pautas sobre los cuerpos dominados (Mónica Eraso, 2016; Aníbal Quijano, 2007).

Desde el momento de conquista y en algunos lugares hasta la actualidad, las personas han sido racializadas (Frantz Fanon, 2011, p. 62), clasificadas o taxomizadas (Christian Soazo, 2017, p. 26), geopolitizadas y diferenciadas sexualmente (Mónica Eraso, 2016). Inclusive, se les ha considerado como subhumanas (por debajo de la línea de lo humano, como decía Frantz Fanon), tal como sucedió con la población negra e indígena, a quienes, con la excusa de esas clasificaciones se les dominó y esclavizó. Para ello, además de la dominación física, ideológicamente se estableció un esquema basado en

castas, con el cual las catalogaban como inferiores, y basándose en concepciones religiosas, así como políticas (relacionadas con quiénes tenían derecho sobre las tierras conquistadas y con ellos sus ocupantes), le otorgaron a los ibéricos y criollos la potestad para dominarlos.

La ideología colonial concebía a las poblaciones humanas atravesando distintos “estadios” desde una infancia, hasta la adultez. El estadio “infantil” se les brindaba a *las sociedades indígenas americanas tal y como éstas eran descritas por viajeros, cronistas y navegantes europeos... siendo [su] característica el salvajismo, la barbarie, la ausencia completa del arte, ciencia y escritura*. América era así, el “estadio” inicial (el estado de naturaleza, supersticiosa, primitiva, de lucha...) (Santiago Castro-Gómez, 2005, pp. 153-154). Se concebía desde Europa, *que del otro lado del mar [había] una raza de subhombres que, gracias a “nosotros” [europeos], en mil años quizá, alcanzarían “nuestra condición” ...* (Frantz, Fanon, 1963, p. 10).

Para la presente investigación, es de especial interés retomar la información sobre los pueblos⁶ y grupos étnicos que se han sido invisibilizados en la historia del país, por los grupos dominantes, evidenciando sus conocimientos ancestrales desde una postura decolonial. Se abordan los saberes de múltiples pobladores criollos, indígenas, mestizos, entre otros, quienes, por vivir en una provincia en condición de “periferia”, se vieron inmersos en dinámicas sociales diferenciadas y excluyentes, en relación con otros espacios coloniales hispanos más controlados. Aunque es posible de forma paradójica, que esta posición marginal les permitiera conservar de cierto modo sus propias prácticas de sanación y, a la vez, adoptar y combinarlas con otras de los diversos pueblos étnicos.

De esta manera, se generó una línea de investigación que, basada en los datos empíricos, tomase en cuenta los diversos sistemas de creencias de las poblaciones que se estudian dentro de sus respectivos contextos ideológicos, económicos, históricos y políticos.

La perspectiva decolonial complementada con enfoques sociológicos y antropológicos, ayudan a redefinir el conocimiento científico y académico, de forma más

⁶ En algunas referencias a lo largo del continente americano a los diferentes pueblos étnicos también se les llamó naciones. Se concibe como grupos, a poblaciones que pueden integrar a personas procedentes de diversos pueblos étnicos o etnias.

inclusivo mediante un abordaje en igualdad según sexo, etnia (señalada en las fuentes de la época como razas), clase, ubicación geográfica, entre otros, siendo este uno de los principales aportes académicos de la presente investigación. Además de la recuperación del conocimiento antiguo y colonial, se buscó en esta investigación visibilizar la relación entre los sujetos de conocimiento, con sus sujetos y objetos de estudio, preocupándose a la vez, por las posibilidades transformadoras que aconteció con el conocimiento. Dicha transformación es posible aplicando como ejercicio intelectual la reflexividad la cual aporta una nueva dimensión política sobre el conocimiento, pues redefine su “objetividad” confiabilidad, pertinencia y validez, reconociendo que el conocimiento es en todos los casos una práctica social situada (Zenaida Yanes, 2012, s. p.)

El abordaje de este tema requirió del diálogo entre diferentes disciplinas tales como, la Antropología, la Historia, la Comunicación y la Sociología, dado que el ser humano no es un ser fragmentado tal y como plantearon las ciencias modernas⁷ y debe estudiarse entonces como una totalidad social, emocional, histórica, integrada, en el contexto de relaciones con otros seres humanos; a efecto de que se puedan trascender las simples descripciones y se analice los contenidos y la procedencia de los datos, a partir de las dimensiones étnicas, de clase económico social, género, políticas, procedencia-espacio habitado y creencias.

Por lo anterior, el estudio tuvo un enfoque multidisciplinar⁸, ya que la literatura que se utilizó es de diversas procedencias y disciplinas. No obstante, convergen al incluir análisis con enfoques complejos de manera, que integra el estudio de un mismo fenómeno

⁷ Se plantea la tesis de “Ciencias modernas” en plural ya que se considera que no han sido homogéneas. En la modernidad que separó el conocimiento sobre el cuerpo, el alma, la psique y se estableció los pares dicotómicos, así como la especialización y fragmentación del conocimiento científico, distanciándolo del filosófico y religioso. Lo anterior, rompe radicalmente con la forma en cómo se venía construyendo el conocimiento a nivel histórico por parte de diversas poblaciones alrededor del mundo, en donde había unicidad entre cuerpo, mente y alma. Asimismo, se dio un quiebre en relación con las explicaciones que se brindaban desde un enfoque religioso, moral y de conocimiento del entorno y de los seres presentes en él. Este proceso no fue homogéneo. Pues no existe una única ciencia moderna, por el contrario, la construcción del conocimiento de la modernidad planteó distintas explicaciones y discusiones con múltiples enfoques, algunos de los cuales persistieron en el tiempo, y se transformaron constituyendo las bases de las ciencias y disciplinas actuales.

⁸De esta manera, se construyó un abordaje teórico con aportes de las diversas disciplinas, debido a la complejidad de la temática abordada y los procesos sociales acaecidos durante la época que se investigó. Lo anterior, permitió conciliar postulados de varias tradiciones o doctrinas y que comparten temáticas investigativas, mediante una interlocución coherente respecto a los temas tratados y las posibilidades interpretativas.

social tomando en cuenta múltiples factores, desde los ambientales, biológicos, ideológicos, políticos, sociales, etc. Los cuales no son lineales, ni se presentan históricamente de manera predecible y definitiva, es por ello, que no se contemplan de forma aislada. Esta forma de abordaje, junto con posicionamientos decoloniales, tales como: la epistemología de las ausencias, que evidencia cómo han sido invisibilizados los conocimientos transmodernos⁹ o de poblaciones no “occidentales”, y su ideología político-científica (Santiago Castro-Gómez, 2010 y Boaventura De Sousa Santos, 2009 a.) posibilita acceder a otros tipos de conocimiento antiguos.

También fue necesario estudiar los procesos sociohistóricos y económicos vistos desde los enfoques contextualizados local y globalmente, los cuales permitieron comprender la lógica de la organización colonial, construida para dominar a las poblaciones originarias africanas y americanas, así como las tensiones y los conflictos que se presentaron durante el ejercicio de dicha dominación a causa de la resistencia indígena y africana, las características ambientales y topográficas, intereses políticos y económicos de las nuevas élites americanas, y la misma imposibilidad de la corona de dominar los vastos territorios, entre otros.

Para realizar la investigación se problematizó el rol de la ciencia en términos históricos, políticos y socioculturales, explicitando, entre otros aspectos, el papel que ésta ha desempeñado como instrumento de dominación promoviendo epistemicidios. Se exploró, asimismo, cómo las personas y sus cuerpos han sido subyugados en diferentes momentos de su historia y cómo a pesar de esta subyugación se logró generar mecanismos de negociación, resistencia y cambios culturales a partir de la sobrevivencia y readaptación de imaginarios sociales y las correspondientes representaciones sociales en donde éste se ve reflejado, por ejemplo en la cultura material (esculturas de piedra, arcilla, documentos escritos) e inclusive el acervo inmaterial (como las oraciones), identificadas para épocas antiguas, así como coloniales, lo anterior en relación con las prácticas relativas a la salud.

⁹ Conocimientos que no se pueden entender desde la modernidad.

Problema de investigación

En épocas antiguas, la concepción de *estar bien* y la enfermedad trascendían lo físico; estaban determinadas por la forma de vida de las personas, los sistemas de creencias, las relaciones sociales y su vínculo con el medio. En otras palabras, *estar bien* incluía los diversos aspectos de la vida: lo físico, lo psicológico, lo social – comunitario, sus sistemas de creencias y todo lo anterior en relación con el ambiente y demás especies con las que se convivía. Si bien es cierto *estar bien* es un concepto muy amplio, en la presente investigación se buscó contemplar estos aspectos (según lo permitieron el tipo de evidencia y las fuentes), en función de la variedad de significados que pudo tener, particularmente relacionado con la salud y el cuidado y de las personas enfermas, aspectos que no se visualizan de manera dicotómica, sino como una amplia gama de posibilidades interrelacionadas, que trascienden lo físico.

Como resultado de la conquista y la colonia, se transformaron las condiciones de vida de las poblaciones originarias americanas y africanas, al dominadas y esclavizadas. Estas poblaciones vieron, entonces, interrumpidas sus dinámicas socioculturales y económicas, pues pasaron de ser sujetos a objetos de pertenencia de las poblaciones ibéricas, quienes decidían sobre su supervivencia, reproducción, sistemas de creencias, lengua, religión, trabajo, economía, movilización territorial, y el cuerpo, entre otros aspectos fundamentales en sus vidas. También se dio un cambio importante en aquellas de procedencia ibérica que llegaron al “nuevo mundo” y debieron afrontarse no sólo a la resistencia por parte de las poblaciones nativas, sino que también a un nuevo clima, topografía, alimentación, flora y fauna, entre otros.

Los cambios previamente señalados, vividos por las diversas poblaciones, generaron un mosaico de nociones culturales asociadas al cuidado del cuerpo y los procesos de sanación. En el cuidado de la salud durante la colonia, confluyeron conocimientos de procedencia africana (fundamentalmente de poblaciones del Centro occidental), de las poblaciones de origen chibchense y mesoamericanos presentes en Costa Rica, así como de las españolas. Dichos conocimientos y concepciones de vida, las explicaciones ideológicas en torno a las entidades causantes de las enfermedades, las propiedades de las plantas, minerales y animales utilizados en la preparación de los medicamentos, entre otros,

entraron en conflicto, y en ocasiones se mezclaron, constituyéndose así un mosaico de tradiciones que desembocan en prácticas culturales que, en algunos casos, persistieron hasta la actualidad, (e. g. Raúl Arias, 2002; María Eugenia Bozzoli, 1982; 1985; Eduardo Menéndez, 1994; Xinia Mora, 1978 y Luis Jorge Poveda, 1978).

Es fundamental para quienes estudian estas temporalidades y, por ende, para la presente investigación, abordar el estudio de la relación de las personas, con las estructuras sociales impuestas por la Corona española y la Iglesia, por medio de las cuales se ejerció el poder hegemónico-vertical. Ya que esta relación permite comprender los alcances de la dominación real que se presentaron en el territorio costarricense, las razones que pudieron detonar las “rebeliones” o luchas de las poblaciones contra los ibéricos, así como las posibilidades de contrapoder y “negociación”, entre otros aspectos. Pues en esta investigación se parte de la premisa de que las poblaciones amerindias y africanas no fueron receptoras pasivas de las directrices establecidas por la Corona y la Iglesia, sino que establecieron mecanismos de resistencia, enfrentamiento y hasta negociación con dichas instituciones con el fin de poder conservar sus prácticas culturales, a saber: las asociadas a la salud.

De esta forma, se analizan las dinámicas del poder en su complejidad, visto no sólo como el ejercicio del dominio (visualizado como poder vertical), sino contemplando también la resistencia como una forma de ejercicio del poder (ascendente o “desde abajo”), por lo que interesa explorar cómo los distintos sujetos étnicos se posicionaron dentro de las dinámicas de dicho poder y resistencia.

De esta manera, en la presente investigación se analizaron los mecanismos de negociación y resistencia, evidenciadas durante la época colonial. Lo anterior, mediante el estudio de la documentación existente sobre las prácticas relacionadas con el manejo de la salud y la enfermedad distintas a las que se buscaron instituir como apropiadas por parte de los ibéricos. En otras palabras, las que lograron permanecer en el tiempo y son producto de conocimientos ancestrales, así como el papel de liderazgo que desempeñaron las personas especialistas en el cuidado de la salud colectiva en los procesos de lucha y resistencia, como es el caso de los awápa.

En esta labor de visibilización de prácticas culturales y de sujetos, se incluyen en el análisis de esta investigación doctoral las estrategias implementadas por los sujetos investigados con el fin de conservar su identidad cultural, elemento clave para lograr, hasta donde fue posible, el control en sus manos de los cambios culturales que fueron obligados a tomar, pero que en algunos casos no adoptaron porque se opusieron.

Las investigaciones históricas sobre las épocas coloniales en Costa Rica han logrado reunir -aunque breve- una excelente información, ejemplo de ello son las de León Fernández Bonilla (1976), Ricardo Fernández Guardia (1975); Claudia Quirós (1990) y Carmela Velázquez (2016), entre muchas otras. Esta información, así como las presentes en los archivos, y la cultura material arqueológica, dieron la oportunidad de plantear preguntas diferentes al tema de investigación desde otros campos disciplinares, que demandaron un mayor nivel de análisis de las situaciones sociales complejas vividas en dicha época.

Considerando la investigación acerca de los conocimientos y las valoraciones que se pudieron dar en torno a la salud *estar bien* y el papel de la enfermedad, en la Costa Rica de la última fase de ocupación antigua y, particularmente de la conquista y la colonia (siglo XVI – siglo XIX), la pregunta central de investigación es la siguiente:

¿Cómo se representan y comprenden¹⁰ los conocimientos y entendimientos en torno a la salud el *estar bien* y la enfermedad (con las fuentes materiales existentes) por parte de las diversas poblaciones étnicas presentes en Costa Rica durante la antigüedad y el periodo colonial, de acuerdo con las relaciones de poder, conflictividad y de las formas de resistencia ensayadas por diversos sujetos en dicha complejidad social?

¹⁰¹⁰ Se retoma aquí la propuesta de Max Weber, en cuanto a cómo la comprensión de la conducta permite clasificar los tipos de conducta y extraer de ellos su “sentido” ... para entender el sentido mentado y subjetivo de los sujetos de la acción (Weber en Mardones, José María y Nicanor Ursúa 1996, p. 151), así el captar el “sentido” de la conducta humana, permite reconocer el fenómeno de la comprensión mediante la develación del hecho científico-social, con un procedimiento selectivo y comparativo que muestren la comprensión del significado de la acción de los sujetos (Silvestre Manuel Hernández, 2014, p. 81), lo anterior tomando en cuenta el contexto social, temporal y cultural en el que se ubica.

Preguntas auxiliares de investigación

¿Cuáles condiciones y enfermedades estuvieron presentes durante la última fase de ocupación antigua y la época colonial, para el caso del territorio que actualmente se conoce como Costa Rica?

¿Cómo se concibieron por parte de los sujetos y en las fuentes, las condiciones y enfermedades durante la época antigua y colonial de Costa Rica?

¿Cuál fue el rol del sujeto colectivo e individual en los entendimientos derivados de las relaciones sociales en torno a la salud *estar bien* y la enfermedad?

¿Cómo se evidenciaba el poder y la resistencia entre los sujetos en el abordaje de la salud y la enfermedad?

Objetivos

Objetivo general

Comprender los entendimientos sociales en torno a la salud *estar bien* y la enfermedad por parte de las diversas poblaciones étnicas presentes en Costa Rica desde la antigüedad al periodo colonial, en función de las relaciones de poder, conflictividad y de las formas de resistencia existentes.

Objetivos específicos

- Caracterizar, de acuerdo con la salud, las condiciones y las enfermedades, a la población presente en el actual espacio de Costa Rica durante la última fase de ocupación antigua (800-1560 d.C.) y posterior a la conquista europea (colonia).
- Identificar las representaciones e imaginarios sociales construidos en torno a la salud *estar bien*, las enfermedades y los cuerpos en la antigüedad y la época colonial en Costa Rica, mediante el estudio de la cultura material, fuentes etnohistóricas y etnográficas.
- Analizar los mecanismos de dominación, negociación y resistencia, establecidos por parte de los diferentes pueblos étnicos a partir del abordaje de la salud *estar bien*, la enfermedad y condiciones durante el periodo colonial.

Justificación

Con la presente investigación se buscó brindar insumos interpretativos de aspectos sobre la salud antes y durante la época colonial, poco tratados previamente, considerando el cuerpo y la construcción social de este, como punto medular. Asimismo, se buscó evidenciar cómo parte de los saberes tradicionales relacionados con los procesos de sanación no han desaparecido pues, en la cotidianidad, algunos de ellos se continúan usando, y constituyen un patrimonio inmaterial heredado de generación en generación (*e. g.* Bozzoli, 1982, 1985), como parte de la historia profunda, de gran importancia para los diversos pueblos y grupos, así como para la humanidad. El que, además, las personas puedan conocer y apreciar su cultura, en temas particulares como las concepciones sobre el *estar bien* de salud y prácticas de sanación, es una manera de fortalecer su sentido de pertenencia y, por ende, el de identidad.

El patrimonio inmaterial relacionado con el cuidado de la salud ha sido resguardado por siglos en las diversas comunidades, pueblos étnicos y grupos. Y en América Latina las poblaciones originarias han reivindicado dichos conocimientos, lo que ha permitido no sólo la permanencia de algunas prácticas asociadas, sino también la publicación de literatura de gran importancia, evidenciando la complejidad de sus conocimientos. De igual manera, han establecido estrategias para su perpetuación, tal es el caso de los Matsés (Mayoruna) quienes elaboraron una enciclopedia tradicional de medicina, la cual es de uso interno exclusivo para su comunidad (Jeremy Hance, 2015).

Los procesos de resistencia de las poblaciones originarias ante el imperio español y posteriormente los gobiernos centrales, han sido otra estrategia para conservar y reivindicar su legado ancestral. Estas resistencias han logrado negociar sistemas de salud intercultural mixtas, que incluyen el abordaje médico de tradición indígena¹¹ y el

11 Se hace la aclaración que al hablarse de la medicina de tradición indígena (así como de tradición africana, de tradición española) y, por ende, de médicos tradicionales, no se desea reducir la realidad a un determinismo sincrónico y ahistórico. Por el contrario, se valora los conocimientos que las personas de diversos grupos y pueblos pudieron tener respecto al cuidado de sus cuerpos y el abordaje de las enfermedades. Se está consciente que los conocimientos responden a comunidades y grupos específicos y a momentos históricos particulares, por lo que pueden variar mucho entre sí. No se desea generalizar acríticamente los conocimientos y prácticas de sanación, sino caracterizarlas en tiempo y espacio, en contra posición a lo que, en diversas épocas se consideraba científico (que tampoco ha sido uniforme o un producto de un único tipo de saber instaurado por la modernidad), lo que responde a una lectura en términos relacionales.

alopático, como sucede en algunos lugares en México, Colombia, Guatemala, entre otros. En el caso costarricense, los esfuerzos han sido políticas temporales localizadas que se aplican más como “cartas de entendimiento”. Por ejemplo, en la última década se dieron avances en el reconocimiento de las prácticas médicas tradicionales, fundamentalmente indígenas. Existen acuerdos, en San Vito de Coto Brus, entre el Área de Salud (ASCB) y los médicos de tradición indígena y parteras en el territorio indígena Gnäbe-Buglé de La Casona, quienes por 2 años establecieron una atención mixta en el EBAIS. Más recientemente, se cuenta los acuerdos logrados entre la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y la Red Indígena Bribri Cabécar (RIBCA) para introducir la medicina tradicional en los servicios de la CCSS (Ana Gabriela Castro, 2015, sp.).

De esta manera, aunque los estudios sobre la medicina de tradición indígena¹² en poblaciones contemporáneas son más abundantes, existen vacíos de conocimiento con respecto al abordaje de las épocas antiguas y colonial.

El tema de las enfermedades en la época colonial ha sido estudiado, aunque es escaso, sin embargo, interesa en esta tesis abordarlo desde otra “mirada”, tratando de dilucidar procesos obviados por la praxis habitual de las disciplinas de las Ciencias Sociales. Por ejemplo, la información acerca de esta temática está fragmentada; pues la mayoría de los autores que trabajan el tema de la enfermedad, lo han hecho desde la historia de la Medicina y han dado énfasis a la práctica alopática o “científica”, restando de este modo la importancia a los aportes que, durante siglos, ha brindado las medicinas tradicionales de los diversos pueblos (Pedro Laín, 1943; Juan José Marín, 2000; Manuel Zeledón, 1971 y Ana Paulina Malavassi, 2003; etc.).

Por lo anterior existe un vacío de conocimiento, dado que los estudios relacionados con la salud y la enfermedad en la época colonial se han orientado, fundamentalmente, al recuento de las enfermedades, su impacto en poblaciones americanas aisladas, la exposición a nuevos tipos de patógenos (virales y bacteriológicos) para los cuales no

¹² En otros países, el tema de la salud y la enfermedad se ha abordado desde diversos enfoques, entre ellos desde la etnomedicina y etnofarmacología. Por ejemplo, desde la etnofarmacología se ha buscado comprender la percepción local de la enfermedad y el uso de los remedios. Así Peter Staub, Matthias Geck, Caroline Wockerle, Laura Casu y Marco Leonti (2015), realizan una clasificación de enfermedades y de los medicamentos en categorías y usos, lo que permite obtener una visión general de la diversidad terapéutica existente en pueblos indígenas y afrodescendientes.

estaban preparados, el descenso poblacional y, el mismo problema que representaban las enfermedades para la economía colonial y el desarrollo de las provincias, entre otros (*e. g.* Ricardo Fernández Guardia, 1975; León Fernández Bonilla, 1976; Elizeth Payne, 1988; 1994; Claudia Quirós, 1990; Luis Fernando Sibaja, 1982, entre otros); pero no se han ocupado de la construcción sociocultural de la enfermedad.

En la Arqueología, la Antropología Física y la Medicina, el abordaje ha sido fundamentalmente bioarqueológico con miras a la identificación de paleopatologías, condiciones (*e. g.* síndromes, malformaciones) y traumas, así como la relación de las personas con el medio que habitaron. Estos estudios han incluido el análisis de momias, restos óseos, documentos etnohistóricos, caracterización de iconografía patológica en materiales como piedra, cerámica, entre otros, así como la identificación epidemiológica (*e. g.* Hugo Sotomayor y Zoilo Cuellar-Montoya, 2007; Vera Tiesler, 1997 y Andrea Cucina y Vera Tiesler, 2006; etc.), metodología que también se retoma en la presente investigación, junto con la revisión de información documental.

Para la arqueología la materialidad es fundamental, sea esta en soporte orgánico o inorgánico, “las cosas” son el resultado y a la vez parte entre otros aspectos el significado de sus trayectorias, tecnología, usos, abstracciones, códigos sociales, con su respectiva valoración simbólica. Desde un punto de vista de la teoría y metodología se codifican las diversas áreas de interés científico en torno a la cultura material, con la finalidad de acceder al contexto histórico y social de las cuales proceden.

Dichos bienes son de importancia más allá de la concepción económica y fetichizada (característico del capitalismo, así como de las concepciones que valoran a los artefactos como bien de intercambio). En este caso importan por el rol social que desempeñaron y las realidades sociales que se infieren mediante su estudio. Se reconocen los diferentes regímenes de valor de la cultura material en espacio y en tiempo (Arjun Appadurai, 1986p. 19) ejes fundamentales para la comprensión de las culturas antiguas. Así, las figuras en cerámica y lítica reflejan a personas o personajes, en una función social de índole doméstico o suntuario. Las características estéticas son producto de una época y espacio específico, códigos lingüísticos y culturales de una población particular que reflejan además su cosmovisión e identidades, ya que las estructuras sociales permearon

de códigos de formas, colores, materias primas, formas de representar determinadas situaciones etc., presentándose una producción estandarizada.

Por lo señalado, en la presente investigación se considera que los estudios en esta temática deben tratar de entender a las poblaciones antiguas y sus concepciones de mundo, que rebasan las actuales, enfocadas sobre todo en el individuo y en la salud pública. La perspectiva de esta tesis doctoral permite comprender los desafíos enfrentados por los diversos grupos y pueblos étnicos para atender a su salud, según su propia cosmovisión y posibilidades, por medio de las prácticas tradicionales desde épocas antiguas, así como a la luz del proceso colonial y de las formas de imposición y/o resistencias implementadas.

La comprensión de las dinámicas socioculturales de poblaciones que se han concebido como minoritarias y rezagadas en los estudios históricos y arqueológicos, posibilita el conocer las intensas transformaciones culturales y poblaciones con orígenes y formas de concebir el mundo, muy diferentes.

Esta investigación, como se ha señalado, se ubica en una época que presenta una gran complejidad para su abordaje, debido a factores, como la carencia de descripciones detalladas sobre cada uno de los pueblos y grupos presentes en Costa Rica y de fuentes que permitieran conocer más a profundidad a las poblaciones presentes previo y durante el proceso de conquista, así como de su posible interacción. De igual manera, dada la reducida cantidad de contextos arqueológicos con presencia de restos óseos excavados para la época colonial, se busca que los datos y análisis aportados sirvan de insumo para una mejor comprensión de las poblaciones que vivieron en dicho periodo histórico y que, a la vez, genere una línea de investigación que se pueda nutrir con nuevos datos.

Mediante las epistemologías de las ausencias se buscó trascender los conceptos monoculturales, y para no asumir que hay conocimientos inferiores o superiores a otros. Se evidencia la necesidad de no trasladar leyes científicas e históricas deterministas, maniqueas y unicasales, al conocimiento humano implementado desde la modernidad, a otras formas de entendimiento de las poblaciones, en este caso las que vivieron en épocas antiguas y coloniales de Costa Rica, para así poder contemplar y dignificar las

características socioculturales, históricas y las luchas, particulares y ricas de cada pueblo para emanciparse.

A nivel metodológico, al tomar en cuenta diversos tipos de información tales como las documentales, la evidencia material (*e. g.* las representaciones de personas con condiciones o enfermedades plasmadas en esculturas de piedra y en diversos artefactos elaborados cerámica), así como a ellas mismas a través de sus restos óseos, se accede a una multiplicidad de datos contrastables entre sí, lo cual junto a la información documental y etnográfica, permite abordar la realidad social a estudiar en su real complejidad y de manera contextualizada.

Aproximación teórica

En el siguiente apartado se presenta la discusión teórica conceptual que fundamenta la investigación. Y por ser un estudio crítico que busca repensar la forma en la que se ha abordado el tema de *estar bien* en torno a la salud y la enfermedad, en las poblaciones del contexto antiguo y colonial costarricense, se resalta la necesidad de cuestionar la función de la ciencia en la comprensión de los fenómenos sociales y las relaciones políticas e ideológicas de poder detrás del ejercicio científico.

Estar bien

El concepto de *estar bien* hace alusión al aymara *Suma Qamaña* o *Sumak kawsay* de los quechuas, que significa *vivamos bien*, aunque y, de forma errónea, se ha traducido como *vivir bien o buen vivir* (Juan José Bautista, 2012, pp. 169-170). Refiere a los diversos ámbitos de la vida de las personas: a las relaciones de respeto, responsabilidad y solidaridad con el colectivo tanto humano, como con la naturaleza, la cual es parte de la comunidad en poblaciones transmodernas. En el caso de la naturaleza, se alude al conocimiento del espíritu, no como objeto, sino como sujeto visto como la *Pachamama* o Madre Naturaleza.

Estar bien se refiere a la cosmovisión que tienen los pueblos originarios desde épocas antiguas y la forma de relacionarse con los distintos ámbitos de importancia dentro de las culturas a saber: los seres sociales, el medio o la naturaleza y todos sus habitantes y

componentes, el ámbito espiritual y comunitario. En dichos ámbitos, todos los componentes cumplen roles importantes y no hay una preeminencia del ser humano sobre los demás, siendo ésta una de las principales diferencias con otros pueblos en los cuales el ser humano o deidades (de corte principalmente monoteísta) son quienes definen la vida tanto social como espiritual, así como el vínculo con la naturaleza.

En la presente investigación, no se conoce, el nombre que le fue dado a *estar bien* por parte de las poblaciones antiguas (prehispánicas) de la actual Costa Rica en su propia lengua, así como de las poblaciones africanas traídas a partir del siglo XVI. Sin embargo, se tiene claro, por las lecturas y las investigaciones realizadas, la importancia que los distintos pueblos étnicos le daban a la colectividad, así como a la relación holística y simbólica con el medio o la naturaleza y todos los espíritus que habitan en ella, aspectos que han trascendido en sus sistemas de creencias y que incluso han sido documentados para épocas (coloniales y republicanas o recientes) (María Eugenia Bozzoli, 1982, 1985, 2001, entre otros).

Por lo anterior, se empleó el término *estar bien* y se enfatiza particularmente, en la salud, la enfermedad y las condiciones como los síndromes y las malformaciones, los cuales se abordan desde alrededor del siglo V a. C. en adelante, por medio del estudio de la cultura material (escultóricas en cerámica y lítica) e información recuperada de análisis osteológicos. Pues *estar bien* no incluyó solamente la temática relacionada con la salud contempló además todos los ámbitos de la vida de las poblaciones, lo cual sería muy amplio y difícil de abordar en una sola investigación para el contexto costarricense. Lo anterior, dadas las carencias de información en temas inmateriales para el caso del registro arqueológico (interpretaciones inmateriales asociadas a la cultura material y cosmovisión de las poblaciones, principalmente las más antiguas), así como en fuentes documentales.

De esta manera, en la presente investigación se hace énfasis en *estar bien* en relación con el estado de salud. Se valora el conocimiento sobre la salud de las poblaciones antiguas, si bien se enfoca en la enfermedad y condiciones que pueden ser identificadas, son útiles para la comprensión de las condiciones de vida en las cuales se desarrollaron las personas, en términos sociales, económicos, ambientales y culturales. Lo anterior

debido a que la paleopatología se ha preocupado no sólo por documentar las causas de lesiones en los huesos, en relación con el conocimiento del entorno ecológico, sino también en el análisis de los contextos históricos, el ambiente, las prácticas culturales, etc. (Ted Steinbock y Dale Stewart, 1976; Douglas Ubelaker, 1978, Mariana Fabra, Soledad Salega y Leticia Cortés, 2020; entre otros).

Como se indicó anteriormente, si bien es cierto se desconoce el concepto empleado en las diversas épocas (y lenguas que han existido en lo que se conoce como Costa Rica a lo largo de su historia), en torno a lo que representó *estar bien*¹³ y su relación con la salud, en la presente investigación se reconoce la importancia que esta visión holística tenía para las poblaciones autóctonas, pues como señala Enrique Dussel (1994), para pensar la realidad diferente, más allá de la dominación y explotación propia de la modernidad, hay que pensar desde la transmodernidad, que es ir más allá de la modernidad, posicionándose desde lo que esta ha encubierto (lo que oculta o niega).

La modernidad, retomando a Rosa María Rodríguez y Enrique Dussel, es un proceso en el cual se da una secularización de la ciencia, moral y otros aspectos de vida social, los cuales están bajo el control de especialistas (intelectuales, científicos, políticos) que establecen un discurso científico y cultural hegemónico contrapuesto a las explicaciones tradicionales y religiosas. Por ejemplo, la racionalidad, el positivismo, el mecanicismo, el desarrollo, el progreso y la civilización, entre otros. En la modernidad, además, el ser humano buscó dominar y explotar la naturaleza.

La concepción de la ciencia como superior a las formas de conocimiento tradicional fueron defendidas desde el siglo XVI por Francis Bacon, quien fue crítico de la ideología medieval que presentaba prejuicios sobre la naturaleza. Desde este enfoque, el

¹³ En el territorio que actualmente se denomina Costa Rica han existido miles de personas desde sus primeros pobladores hace cerca de 13 000 años, hasta el momento de la conquista en el siglo XVI. Estas fueron poblaciones cuyos conocimientos no se transmitieron de manera escrita, sino que lo hacían oralmente. En la documentación escrita durante la época colonial, así como en las lenguas actuales, no se cuenta con información que indique cuál término se pudo emplear al menos en las lenguas presentes al momento de la conquista y colonia, para lo que en la presente investigación se está denominando como *estar bien*. No obstante, gracias a la información etnohistórica y principalmente etnográfica, es posible saber que ese *estar bien* trasciende la carencia de la enfermedad, como se expone en esta tesis doctoral, por el contrario, integra la salud propia con el bienestar colectivo, ambiental e ideológico, entre otros, por lo que *estar bien* es un equilibrio personal, familiar y colectivo de los diversos componentes de la vida de las personas.

conocimiento surge de la aplicación de los sentidos sobre la naturaleza, como “materia”. Consideró a la ciencia como experimental, la cual debía aplicar un método racional Diccionario Filosófico Marxista, (Mark Moisevich y Pavel Ludin, 1946, pp. 23-24). De esta forma, en su obra *Novum organum*, libro Primero señaló:

18. Hasta aquí, los descubrimientos de la ciencia afectan casi todo el carácter de depender de las nociones vulgares; para penetrar en los secretos y en las entrañas de la naturaleza, es preciso que, tanto las nociones como los principios, sean arrancados de la realidad por un método más cierto y más seguro, y que el espíritu emplee en todos mejores procedimientos (Francis Bacon, s a, s p.).

Sin embargo, el tránsito de privilegiar a la ciencia y dominio de la naturaleza sobre el dogma religioso no se dio mediante rupturas abruptas. Autores como Turgot, sin desprenderse del discurso “civilizador” dado por el cristianismo (Anne-Robert-Jacques Turgot, s.a. p. 4), durante el siglo XVIII se refirió al tema aseverando que la religión impone a las pasiones humanas *un yugo que... evita reconocer la mano benefactora de la divinidad... ya que se sofoca el genio los fundamentos de la felicidad de los seres humanos y las sociedades, sustituyendo por una perfección quimérica las virtudes sociales y el instinto de la naturaleza*. Dicho autor considera que el movimiento del Renacimiento es cristiano y reconoce los grandes descubrimientos de la época y los progresos de “las luces” y retoma el modelo del desarrollo histórico como un organismo con infancia, adolescencia, juventud y madurez (*Ibid.*, pp. 17-19), siendo la madurez el modelo europeo, en donde los seres humanos deben educarse para salir de la barbarie para alcanzar su pleno desarrollo mediante la ilustración (Gonçal Mayos Solsona, 1991, pp. LXIV-LXIX).

Inicialmente la modernidad fue eurocéntrica, pero tras las etapas de colonización de los distintos continentes por parte de los europeos, éstos se posicionaron en una posición de centro, respecto a “otras periferias” dando lugar a una visión mundial, en donde se articulan fenómenos intra-europeos con los ocurridos en otras partes del mundo (Aldo Ahumada, 2013, pp. 293-296).

Por su parte, la transmodernidad es concebida desde la visión de Enrique Dussel (2001) como un proyecto que surge fuera de Europa. Este concepto permite retomar la información procedente de las poblaciones presentes en el continente americano previo a los procesos de conquista y colonia, ya que alude a la necesidad de incluir lo que la

modernidad dejó por fuera, siendo esto los saberes que provienen de tradiciones ancestrales y en algunos casos, de mezclas propias de la convivencia de distintas poblaciones étnicas.

Exige una nueva interpretación que incluye otros fenómenos dejados de lado por la modernidad europea y norteamericana que busca globalizar “desde afuera” a las culturas excluidas. Es una historia no eurocéntrica que propone ver desde el otro a los fenómenos y discursos hegemónicos (Enrique Dussel, 2001, p. 390).

.. el concepto estricto de “trans-moderno” quiere indicar esa radical novedad que significa la irrupción, como desde la Nada, desde Exterioridad alterativa de lo siempre Distinto, de culturas universales en proceso de desarrollo, que asumen los desafíos de la Modernidad, y aún de la Post-modernidad europeo-norteamericana, pero que responden desde otro lugar, other Location. Desde el lugar de sus propias experiencias culturales, distinta a la europeo-norteamericana, y por ello con capacidad de responder con soluciones absolutamente imposibles para la cultura moderna...

... Trans-modernidad” indica todos los aspectos que se sitúan “más-allá” (y también “anterior”) de las estructuras valoradas por la cultura moderna europeo-norteamericana, y que están vigentes en el presente en las grandes culturas universales no-europeas y que se han puesto en movimiento hacia una utopía pluriversal. Un diálogo intercultural debe ser transversal, es decir, debe partir de otro lugar... (Enrique Dussel, 2005, pp. 17-18).

Por ende, es necesario dilucidar en esta investigación desde el análisis de las diferentes fuentes, qué representaba *estar bien* para las poblaciones originarias americanas y africanas, entre otras, desde las características de su propia cultura, tomando en cuenta su cosmovisión, no la de la modernidad.

De igual manera, se coincide con Juan José Bautista (2012) cuando señala que ... *el problema de la colonización en última instancia no es un problema racial, sino un problema de la concepción, de cosmovisión, de conciencia, de un tipo de racionalidad, o sea intersubjetivo. Por ello tiene que ver con los valores con los cuales los sujetos justifican racionalmente sus acciones personales y políticas (Ibid., Juan José Bautista, 2012, p. 84).*

El posicionamiento de Juan José Bautista permite superar la visión racista de la modernidad, no porque no sea importante, sino porque la transmodernidad vista desde América Latina busca ir más allá de la condición de clase vista desde Europa y del racismo

desde los países colonizados, dando mayor relevancia a todos los procesos socioculturales, políticos, económicos y de saberes, entre otros, que han sido excluidos y omitidos por la modernidad.

Visibilizar y revalorar otros saberes, como plantea Boaventura De Sousa Santos (2010, pp. 57, 81) es ir contra del epistemicidio que vigila y destruye las fronteras de otros conocimientos, mediante un imperialismo cultural propio de la modernidad, que se aplicó durante los últimos cinco siglos, y que ha invisibilizado y buscado eliminar la riqueza de experiencias cognitivas diferentes, particulares y propias de ciertos pueblos. Así entonces, *para recuperar algunas de esas [diferentes] experiencias, la ecología de saberes recurre a una traducción intercultural* de universos simbólicos y aspiraciones para una vida mejor (*Ibidem*).

Si bien, las poblaciones a las que se está haciendo referencia en la presente investigación ya desaparecieron, dar a conocer sus conocimientos y prácticas culturales forma parte de un reconocimiento, respeto y dignificación a sus culturas e historia negada. Además, es importante para la comprensión de los fenómenos históricos de los cuales las poblaciones actuales somos producto en proceso.

Muchas de las prácticas culturales de las distintas poblaciones actuales e inclusive de las mismas medicinas modernas derivan del conocimiento que se tenía en el pasado desde la historia profunda. El reconocimiento respetuoso sobre la concepción en torno a la diferencia entre las personas y el cuidado de los distintos cuerpos (con condiciones, enfermedades y otras particularidades corporales de diferenciación), permite a las poblaciones actuales y futuras decidir respecto a las formas de vincularse con otras personas e inclusive sobre el cuidado de sus propias corporalidades.

De la dominación y el racismo

La Corona y la Iglesia, mediante su aparataje colonial, buscaron dominar, no sólo física sino moral, emocional, intelectual e ideológicamente a las poblaciones africanas y autóctonas americanas. Implementaron imaginarios sociales basados en restricciones sociolaborales y políticas según género, los cuales se operacionalizaron en la regulación, aunque las mismas no siempre fue exitosa. Parte de lo que se reguló fue el lugar de

habitación, la lengua que se podía utilizar, a quién se podía hablar y a quién no, cómo debían de organizarse tanto dentro como fuera de sus viviendas, en qué podían o no creer, cómo debían vestirse y actuar, entre otros muchos aspectos. Se buscó forzar a las poblaciones indígenas, africanas y sus descendientes a adquirir pautas culturales propias de las poblaciones ibéricas, aunque esto no significara que al hacerlo iban a ser aceptados por dichos europeos como sus iguales, por el contrario, era parte de un proceso para aprovecharse de su fuerza de trabajo y recursos y con ello, continuar explotándolos a su conveniencia.

Sobre el sistema mundo, Immanuel Wallerstein señala que existieron centros y periferias¹⁴, lo cual fue necesario considerar en la presente investigación para colocar en su dimensionalidad la ubicación periférica de la provincia de Costa Rica (Immanuel Wallerstein, 2004, pp.5-6, 21, 23) y comprender así las particularidades regionales del dominio colonial.

Particularmente, *el racismo y subdesarrollo son más que dilemas... son elementos constitutivos de la economía-mundo capitalista como sistema histórico*, esenciales en la distribución no equitativa de la plusvalía, posibilitando la acumulación del capital que es la razón de ser del *capitalismo histórico* (Immanuel Wallerstein y Étienne Balibar, 1991, p. 101). De esta manera, se buscó imponer la supremacía de la racionalidad moderna, europea, masculina, burguesa, ilustrada, sobre la superstición y de la libertad sobre la opresión intelectual (sobre todo después de la Ilustración), aunque no necesariamente se aplicó a las poblaciones de los países colonizados.

La acumulación del capital benefició a quienes crearon las fuerzas de trabajo bajo cohesión en los lugares donde los costos de la fuerza de trabajo (valor de la fuerza de trabajo según Karl Marx) eran mínimos (Immanuel Wallerstein, 1988, pp. 65-67), siendo

¹⁴ La economía del mundo capitalista comenzó a formarse en Europa en el siglo XVI. Desde el inicio se presentaron procesos de producción integrados denominados cadenas de mercancía que atravesaron las fronteras políticas existentes. El plusvalor obtenido de las cadenas productivas no se distribuyó de manera equitativa geográficamente, concentrándose en zonas “centrales” que, tras un siglo de presentarse, generaron una diferencia visible entre los centros y las periferias conforme a los criterios de: acumulación de capital, organización social de los procesos de producción local y organización política de las estructuras estatales en gestación. Hacia 1600 las zonas periféricas contaban con un consumo *per cápita* mucho menor, procesos de producción locales usaban mano de obra forzada y menos remunerada y las estructuras estatales eran menos centralizadas en el interior y más débiles en el exterior, que en las zonas centrales (Immanuel Wallerstein y Étienne Balibar, 1991, p. 120).

inicialmente América y África, los lugares donde se dio la mayor explotación laboral y el saqueo de recursos como materias primas, lo cual posibilitó la acumulación a gran escala de capital y fuerza de trabajo. El control de la fuerza de trabajo y materias brutas y primas benefició a algunos países de Europa y a Estados Unidos, quienes conservaron y en algunos lugares continúan manteniendo bajo sistemas extractivistas, no solo de productos y materias primas, sino también a nivel político e ideológico en el ideal de sociedad al que se debe aspirar, así como en torno de la producción intelectual (repercutiendo en la geopolítica de muchos países colonizados durante más de 3 siglos).

Mediante la etnización se estructuró la vida cotidiana de las poblaciones dominadas, como sucedió con los distintos pueblos étnicos (el concepto de pueblos étnicos incluye a los distintos pueblos indígenas y afrodescendientes, para el primer caso compuestos por los descendientes directos de las poblaciones que habitaron el continente americano previo al siglo XVI; en tanto que los pueblos afrodescendientes, estaban constituidos por los descendientes de las distintas etnias originarias del continente africano y que fueron trasladadas en este caso, al continente americano tras el proceso de conquista y colonia).

Dicha etnización se planteó bajo la lógica economicista, visto en la época colonial como individuos e inclusive como pertenencias o bienes de los colonizadores,

[...] que estaban reservados [para] ciertos papeles ocupacionales/económicos en relación con otros grupos de este tipo que vivían en las proximidades geográficas. La simbolización externa de este reparto de la fuerza de trabajo era la «cultura» distintiva del grupo étnico: su religión, su lenguaje, sus «valores», su conjunto particular de normas de comportamiento cotidiano (Immanuel Wallerstein, 1988, p. 67).

La etnización de la fuerza de trabajo mundial tuvo tres efectos fundamentales en el funcionamiento de la economía- mundo. Reprodujo, en primer lugar, la fuerza de trabajo, al garantizar suficientes trabajadores de cada categoría. Tanto las poblaciones indígenas como las africanas al ser étnica y culturalmente diferentes fueron concebidos por parte de la élite europea como seres inferiores u objetos, lo que justificó a los ojos de sus captores europeos, su reparto de manera flexible, sin respetar su origen, cultura, lengua, ni vínculo territorial. *La movilidad ocupacional y geográfica a gran escala ha sido facilitada, y no dificultada, por la etnia. Bajo la presión de unas condiciones económicas cambiantes,*

todo lo que se necesitaba para cambiar el reparto de la fuerza de trabajo (Immanuel Wallerstein, 1988, p. 67).

En segundo lugar, la etnización estableció el acceso a la de mano de obra mediante la socialización de las tareas ocupacionales a lo interno de las unidades domésticas étnicamente establecidas, por lo que “los empleadores” no tuvieron que costear la preparación de mano de obra asalariada (*Ibidem*).

El tercer mecanismo consolidó la jerarquía de los roles ocupacionales/económicos, proporcionando un código fácil para la distribución de la renta global, basada en la legitimación de la «tradicición» (*Ibidem*), por medio del tributo de los pueblos de indios, o el pago de impuestos, entre otros.

Como se observa, el racismo más que ser una consecuencia de la xenofobia¹⁵ fue el mecanismo que justificó ideológicamente la jerarquización de la fuerza de trabajo y la distribución desigual de sus pagos, lo cual fue trascendental dentro del capitalismo inicial¹⁶ (William Robinson, 2007).

En el caso del continente americano fue un racismo basado en un conjunto de enunciados ideológicos y prácticas perpetuadas durante toda la colonia, e inclusive por parte de los Estados incipientes, y cuya consecuencia fue y es el mantenimiento de una fuerte correlación entre la etnia y el reparto de la fuerza de trabajo. Siendo, además, una ideología eficaz para la justificación de la desigualdad y para socializar a los dominados en “su papel” dentro de la economía por medio de los prejuicios, discriminación y accesos diferenciados a los recursos de forma auto represiva y opresiva (Immanuel Wallerstein, 1988, pp. 67-68).

Como indicó Frantz Fanon, la burguesía occidental buscó detener cualquier competencia y detener a *aquellos a quienes explota y desprecia*, por ejemplo, el racismo burgués occidental respecto del negro, y *el moro es un racismo de desprecio*,

¹⁵ Es entendida como el “miedo o temor” al extranjero (Immanuel Wallerstein, 1988, p. 67), que lleva a un trato diferenciado generalmente con connotaciones negativas.

¹⁶ Para William Robinson el capitalismo inicial es el primer periodo del capitalismo que incluye desde el feudalismo europeo y su expansión exterior (mediante la conquista y colonización del continente americano) y la consecuente acumulación primitiva (William Robinson, 2007, p. 20).

empequeñecedor (2011, p. 45), mediante la clasificación de los “subordinados” y el control de sus vidas.

La colonialidad procuró clasificar a las personas, taxonomizarlas (como señala Christian Soazo, 2017, p. 26); lo cual sucede cuando se ubica a un ser humano dentro de las estructuras sociales, por debajo o arriba de la línea de lo que es o no humano a saber: como subhumanos o no humanos, cuando se les inferioriza. De hecho, en la época colonial se establecía una jerarquía de superioridad/inferioridad de lo cual se generaban categorías raciales de diverso tipo por color, etnia, cultura, religión, lugar de nacimiento, entre otros, las cuales cambiaban según el tiempo y el lugar (Ramón Grosfoguel, 2011, p. 98).

El etnocentrismo colonial y la clasificación racial universal explica por qué los europeos se sintieron naturalmente superiores a los demás pueblos del mundo, construyendo relaciones intersubjetivas en las que concibieron una historia que reubicaban a los pueblos dominados (así como a sus historias y culturas) como razas inferiores y anteriores según “estadios evolutivos” a las europeas (Aníbal Quijano, 2014, p. 788).

De esta manera para Franz Fanon el racismo es,

[...] racional, individual, determinado, genotípico y fenotípico, se transforma en un racismo cultural. El objeto del racismo deja de ser el hombre particular... En el extremo, se habla de mensaje, de estilo cultural. Los valores occidentales resumen singularmente la ya célebre llamada a la lucha de la “cruz contra la media luna” (Frantz Fanon, 1965, pp. 39-40).

El racismo es parte de un fenómeno más vasto, que da cuenta de la opresión sistemática de un pueblo¹⁷ mediante el dominio y “destrucción” de aspectos importantes para estos pueblos, como lo son sus sistemas de creencias, lengua, relaciones de parentesco, entre otros, mediante lo que Franz Fanon denomina una “guerra colonial” y

¹⁷ Recordemos que si bien, durante la época colonial se concebían a indígenas y negros como esclavos, propiedades, bienes y no necesariamente como personas, no existía una única concepción de las personas, desde el enfoque romano cristiano que lo vincula con la divinidad e inclusive desde la perspectiva de Boecio (480-524) como sustancia individual de naturaleza racional o desde el enfoque de Descartes que lo vincula con el Yo, mientras que para Scheler (1874-1928) resalta por los valores que posee, las personas se hacen al hacer sus valores -es una culminación del ser humano, como aspiración máxima de este en el mundo mediante la razón. En la presente investigación se conciben dentro de su entorno cultural como un ser humano que es identificado en su individualidad, con un rol en la sociedad y/o comunidad, el cual está dotado de personalidad autonomía que le permite autodefinirse y tener una identidad. Retomando las concepciones presentes en distintos pueblos autóctonos, se agrega, además, que es quien respeta y sigue las tradiciones del pueblo étnico del cual forma parte. Es importante referirlo también dentro de los cánones culturales (que varían de una cultura a otra) (Juan Carlos Zavala Olalde, 2010).

que refiere al negocio económico de la servidumbre, como mano de obra barata o gratuita de la población autóctona y africana (1965, pp. 39-40). *Explotación, torturas, razias, racismo, liquidaciones colectivas, opresión racional, se elevan en diferentes niveles para hacer del autóctono, literalmente, un objeto entre las manos de la nación ocupante* (Franz Fanon, 1965, p. 42).

Esta idea de raza permitió implementar relaciones de opresión a escala global; que es lo que Quijano (2000) ha denominado como la *colonialidad del poder*. La clasificación social de las personas por medio de la noción de raza es fundamental para el análisis, ya que las reflexiones, sustentadas solamente en términos de clase, olvida el proceso de racialización de las relaciones de poder o, en otras palabras, la colonialidad del poder por medio de la raza (Aníbal Quijano, 2007, p. 121). Las relaciones y los análisis, además, no pueden ser estáticas ni únicas, tal y como señala la interseccionalidad cuando enfatiza en la necesidad de conceptualizar y vincular las categorías clasificatorias en su contexto, a efecto de realizar análisis y reflexiones más completas y mejor situadas. Pues de lo contrario, se corre el error de no abordar el fenómeno como totalidad social, perdiéndose de este modo su potencial analítico interpretativo global (Mariana Alvarado, 2016, p. 22).

El proceso de explotación y dominación señalado se reafirmó tomando en cuenta la condición de género, puesto que también se buscó controlar la procreación y la respectiva perpetuidad de más fuerza laboral. El control en el acceso a las mujeres garantizaba que tanto ellas como sus hijos e hijas sirvieran como propiedad de quienes las controlaban y poseían, perpetuando así no sólo la fuerza laboral, sino también la mercantilización de las personas que en ocasiones eran vendidas, heredadas etc., así como la desmoralización de los pueblos.

Sobre lo anterior, María de los Ángeles Acuña (2008, pp. 136-138) señala que las mujeres esclavas en América sufrieron la subordinación y la dominación por parte de sus “amos/dueños”, soportando una triple opresión, el sometimiento por el patriarcado, la explotación de clase y el racismo por parte de los blancos, quienes utilizaron la explotación económica, sexual (para beneficio personal de los amos, ya que también las sometían a la prostitución) y el castigo principalmente físico. Siendo por medio de la legislación que la Corona reguló los derechos y deberes de los distintos grupos étnicos, asegurándose de este

modo el uso y acceso a la mano de obra gratuita o barata y la capacidad reproductiva de las mujeres esclavas. Estas prohibiciones se extendían a las propiedades (fuesen personas esclavas o libres, estuviese o no casada con español), por ejemplo, a tener armas o caballos, portar oro, perlas o seda, mantos, entre otros, pero también se limitaba al acceso a la educación, ya que no podían ingresar a los centros de enseñanza.

De esta manera, se dio una negación social a las mujeres esclavas como sujetas libres y con derechos. La dominación sobre los cuerpos de las mujeres por condición étnica, de género, de clase, y cultural que también ocurrió en la Costa Rica colonial por la vía matrilineal. Por ejemplo, en la legislación “Las Siete Partidas” se decía que los hijos heredaban la condición o el estatus jurídico de la madre, *Es esclavo el nacido de madre esclava, aunque el padre sea libre, y es libre el hijo de madre libre, aunque el padre no lo sea.* [Además se agrega], *si la madre adquiere la libertad por poco o mucho tiempo hallándose en cinta, el hijo nacerá libre* (Las Siete Partidas del Rey Don Alfonso el Sabio, Partida 4, título XXI, Ley II, p. 175 en María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 139). De esta manera, se aplicó lo que los portugueses denominaban “ley del vientre” (el vientre que da hijos es la parte más productiva de la propiedad esclava) (*Ibid.*; 2008, pp. 138-139)

Imaginarios Sociales y su papel en la búsqueda del dominio de las poblaciones

Las diferentes poblaciones le dan una acepción particular al significado de *estar bien* en relación con el cuidado de sus cuerpos, la salud, condiciones y la enfermedad. Esos significados (imaginarios sociales) se legitiman y reproducen socialmente mediante los símbolos que albergan los significantes y las relaciones entre significantes y significados tal y como se abordará más adelante (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 201-202). Una vez identificado el símbolo, es posible encontrar la realidad simbolizada, es decir, la que le da su significación verdadera (Émile Durkheim, 1912, p. 2; en Ángel Enrique Carretero, 2001, p. 139).

La identificación de la realidad simbolizada permite acceder a los imaginarios colectivos que legitiman entre los grupos sociales los imaginarios sociales. Las poblaciones construyen sus simbolismos basándose en lo natural, en lo histórico (lo que estaba allí) que *participa en lo racional*. Lo anterior permite que surjan encadenamientos de

significantes, relaciones entre los significantes y significados, a manera de conexiones y consecuencias no previstas. Los símbolos no son

... ni libremente elegido, ni impuesto a la sociedad considerada, ni simple instrumento neutro... ni amo de la sociedad, ni esclavo dócil de funcionalidad... el simbolismo determina unos aspectos de la vida y la sociedad [y no solamente aquellos que se suponía que determinaba] está lleno de intersticios y de grados de libertad (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 201-202).

Existe un uso inmediato de lo simbólico en el que el sujeto se puede dejar dominar por éste, haciendo un uso lúcido o reflexionado, sobre como lo simbólico lo representa. El imaginario por su parte *habla de algo inventado*, sea de un invento absoluto, o de un desplazamiento de sentido, que hace uso de simbolismos ya disponibles que cuentan con otras significaciones (más allá de las significaciones propias, nominales o canónicas). Lo imaginario usa a lo simbólico para expresarse, pero sobre todo para existir (pasar de una cosa a otra) ya que los imaginarios están como representación de otra cosa, tienen una función simbólica. *En la medida en que lo imaginario vuelve finalmente a la facultad originaria de plantear o de darse, bajo el modo de la representación, una cosa y una relación que no son (que no están dadas en la percepción o que jamás han sido), hablaremos de un imaginario efectivo y de lo simbólico [se denomina imaginario último o radical, al surgimiento como imagen de algo que no es, no fue, de sus productos, que podría designarse como imaginario. Pero la forma gramatical se puede prestar para confusiones por lo que se prefiere usar el término imaginario efectivo]* (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 203-204).

Lo simbólico comporta, casi siempre, un componente “racional, real”: lo que representa lo real, o lo que es indispensable para pensarlo, o para actuarlo. Pero este componente está inextricablemente tejido con el componente imaginario efectivo (Cornelius Castoriadis, 2013, p. 205). Inclusive muchos de los ejercicios analíticos que se realizan desde las ciencias sociales parten del principio de sentido brindado por los imaginarios para apoyar la interpretación de la realidad concreta que se investiga por medio del abordaje de elementos reales, sean prácticas culturales como el ritual de paso, prácticas domésticas, el lenguaje, entre otros. Las explicaciones van aportando otros sentidos, realizando reducciones indirectas a otros componentes y estas reducciones

terminarán llegando a su límite con los símbolos (*cuya constitución de lo imaginario no puede separarse ni aislarse*) y las síntesis sucesivas de estos elementos (totalidades parciales) las figuras, permiten visualizar un sentido indivisible originaria. Por ejemplo, en el totemismo, el símbolo elemental es a la vez el principio de organización de lo que el colectivo concibe como su mundo y con ello es fundamento de la propia existencia de la tribu (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 208-209).

Los imaginarios colectivos se derivan de los imaginarios sociales. Corresponden a un conjunto de significaciones privilegiadas por un colectivo en particular, en los cuales se disputan las significaciones predominantes al interior del imaginario social y le permite al movimiento articularse y diferenciarse de otros sujetos colectivos. Comparte con el imaginario social las significaciones centrales y derivadas (las que organizan al mundo del colectivo en cuestión, que se expresan en el entramado de significantes derivados). De esta manera, se podrá profundizar en el universo de las significaciones que conforman a las instituciones integrando tanto las dimensiones materiales, como las imaginarias (Leonardo Cancino, 2015, pp. 11-12). La impronta de este análisis desde las particularidades de los símbolos y la cultura es posible abordarla con el estudio no sólo de textos escritos, sino también de información gráfica y de la cultura material.

En este caso, la cultura material antigua se aborda desde las diversas concepciones. Se busca trascender el concepto como sinónimo de objetos o materiales tangibles elaborados por el ser humano, siendo concebida como una vía de aproximación al pensamiento y acción humana. Se toma en cuenta el contexto, la tecnología empleada, el papel de la naturaleza y la historicidad del bien, pues de este modo, con esto es posible acercarse y comprender mejor el comportamiento humano.

La cultura material plantea mediante “el giro material” que los objetos son mercancías de circulación e intercambio económico como señaló Arjun Appadurai (1991). Por lo que también tienen una vida social que puede cambiar reflejar el cambio social. En la interacción social a dichos bienes se les dota de significados los cuales son dinámicos (pueden cambiar en el tiempo y con las culturas). De esta manera, la cultura material ha sido partícipe de prácticas cotidianas y suntuarias, las cuales pueden ser analizadas y con ello interpretarse su razón de ser, la tecnología de manufactura, el papel social que

desempeñaron y su simbolismo. A su vez, lo anterior hace posible interpretar los procesos históricos y culturales de los que formaron parte, así como las prácticas, las representaciones sociales e imaginarios (sociales y, por ende, colectivos) asociados a estos (Cecilia Moreyra y María da Graça Alves Mateus Ventura, 2020).

Los imaginarios dan cuenta de la dimensión política de un dominio institucionalizado mediante la autoridad, en este caso específico con el poder hegemónico, sobre ¿qué debe explicar? ¿a qué se refiere? el cual no siempre fue consensuado¹⁸ ni legitimado entre las poblaciones a las que se buscó dominar. La búsqueda de la modificación de conductas en poblaciones que se desean dominar requiere de un abordaje institucionalizado constante, en este caso, ejercido por el poder político y religioso. Por ejemplo, tratar en la sociedad, y de forma sistemática, como “brujería” o hechicería término estigmatizado y peyorativo a las prácticas de curación de tradición indígena y africanas, hizo que, con el paso del tiempo estas fueran desvalorizadas por el colectivo, y desplazadas por otras prácticas que les servían a las instituciones coloniales para que buscasen ejercer el poder vertical.

Las representaciones sociales: su utilidad en la comprensión de las subjetividades y las relaciones conflictivas entre diversas poblaciones

La construcción teórica sobre las representaciones sociales es amplia e incluye múltiples categorías. Debido a las características de las fuentes investigadas, se utilizó solo algunas de estas, específicamente las que permitieron un diálogo analítico y reflexivo con la información disponible en la presente investigación.

Las representaciones sociales, han sido abordadas particularmente desde la sociología y la psicología social, con la finalidad de conocer y comprender las subjetividades individuales y sociales (Maricela Perera, 2003, p, 2). Inicialmente fue Émile Durkheim quien propuso el concepto de *representación colectiva*, entendido como

¹⁸ Puede ser consensuado por quienes toman las decisiones respecto a cuáles debían ser las políticas a implementar en el continente americano, por ejemplo la monarquía, pero no legitimados entre las poblaciones a las cuales se busca dominar, e inclusive, por parte de los encargados de ejercer el dominio, de ahí que existieran políticas relacionadas con el trato “menos violento” hacia poblaciones indígenas y africanas-afrodescendientes, que no fueron cumplidas por encomenderos y otros delegados de la Corona española en América.

la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan y la discusión sobre el mismo es lo que motivó a Serge Moscovici a proponer el concepto de *representación social*, ya que consideraba el concepto de Émile Durkheim más rígido y estático (*Ibid.*, p. 5).

Para Serge Moscovici hay 3 tipos de representaciones sociales: *las hegemónicas* que tienen un alto grado de consenso entre los integrantes del grupo, que son más parecidas a las señaladas por Émile Durkheim; *las emancipadas* que surgen entre subgrupos específicos que tienen nuevas formas de pensar socialmente y *las polémicas*, que se dan cuando hay situaciones de conflicto o controversia social en relación a objetos u hechos importantes y tras los cuales se expresan pensamientos divergentes (Maricela Perera, 2003, p. 6). En la presente investigación son de gran interés sobre todo las 2 últimas, ya que permiten contrastar y buscar explicación de las representaciones sociales desde un enfoque decolonial.

Para el caso de las poblaciones antiguas, es posible distinguir las representaciones sociales relacionadas con el primer grupo: hegemónicas. Es posible diferenciar la cultura material, estilos de construcciones, etc., que reflejan un consenso entre los integrantes de un pueblo étnico o un grupo integrado por personas de diversos pueblos étnicos que están relacionadas. El consenso está relacionado con formas compartidas de ver el mundo, comunicarse, así como con identidades, vínculos ideológicos, entre otros, aunque se pueden observar sutiles diferenciaciones entre los materiales producto de la manufactura y posiblemente la impronta particular del o la artesana que la confeccionó, pero a pesar de esto presentan formas, colores, decoraciones e ideas estandarizadas.

Para Henri Tajfel las representaciones sociales responden a 3 necesidades: 1. Clasificar y comprender sucesos complejos y dolorosos; 2. Justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos y 3. Diferenciar un grupo respecto a otros en momentos donde se desvaneciera esa distinción, en otras palabras, por causalidad, justificar y diferenciar socialmente la realidad social (Darío Páez, 1987, p. 300, citado en Martín Mora, 2002, p. 8). Para la presente investigación en lo concerniente principalmente en el momento inicial del proceso de conquista y colonia.

Según Dense Jodelet (1986, pp. 469-494, citado en Maricela Perera, 2003, p. 10) además de lo anterior, las representaciones son el reflejo de una serie de significados y sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede, dándole un sentido a lo inesperado a través de categorías que sirven para clasificar circunstancias, fenómenos y personas con quien se relaciona, por lo que aluden a formas de conocimiento social, que facilitan la interpretación de la realidad cotidiana de forma práctica.

De manera que,

[...] toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social). De modo tal que no es posible estudiar a uno y desconocer al otro, son los extremos imaginarios de un binomio con los que debemos operar simultáneamente. (Maricela Perera, 2003, p. 17).

Sobre las representaciones sociales Celso Sá (1996, pp. 43-44) utilizó las 4 funciones básicas que propuso Abric: 1. *La de conocimiento*, que permite comprender y explicar la realidad, por lo que, los actores sociales pueden acceder a conocimientos nuevos e integrarlos de forma comprensible para ellos según su sistema cognitivo y valores, lo que facilita la comunicación social, el intercambio, la trasmisión y la difusión del conocimiento; 2. *La identitaria*, mediante la cual se definen y salvaguardan la identidad de los grupos y pueblos, lo que le permite a las personas situarse en un contexto social, elaborar su identidad social y personal compatible con el sistema de normas y valores sociales históricamente determinados; 3. *La función de orientación*, que guía los comportamientos y prácticas, definen el sistema de anticipaciones y expectativas constituyendo una acción sobre la realidad, posibilitan la selección y filtro de información e interpretación de la realidad, define lo que es lícito y tolerable en un sistema social; y finalmente, 4. *La justificadora*: que permiten *a posteriori* justificar comportamientos, tomas de decisiones, explicar conductas, etc. (Maricela Perera, 2003, pp. 18-19).

Dichas funciones son evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias, así, aunque Perera agrega 2 funciones más, en la presente investigación se valoró también la 6. *Función icónico-simbólica*: facilita hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social por medio de imágenes o símbolos que sustituyen dicha realidad (Maricela Perera, 2003, pp. 19-20). Esta última función fue de utilidad para el abordaje de la cultura material cerámica y lítica que contenía representaciones de enfermedades y condiciones.

Algunas de las fuentes de representación social son, por ende, las diversas experiencias acumuladas por las comunidades y poblaciones en su historia: tradiciones, normas, creencias, valores, que están presentes como parte de su memoria colectiva... *una modificación o transformación en las condiciones de vida de una sociedad es lo que provoca reelaboraciones, transformaciones y cambios en las concepciones sobre los objetos sociales (Ibid., pp. 20-21).*

La identificación y estudio de representaciones sociales a la luz de la discusión conceptual, aunque es considerada en la presente investigación como una teoría de rango medio, sirve de base para acceder a un nivel más elaborado de interpretación, al contrastar las representaciones identificadas con las propuestas de la decolonialidad vinculadas con temas de hegemonía, emancipación e inclusive la producción de alternativas ante los procesos de dominio, contrastando con aspectos históricos y contextuales.

Como se ha señalado, si las representaciones sociales dan sentido a las creencias, ideas, mitos y, opiniones para dilucidar los significados de las cosas y comprenderse los unos a los otros, los análisis culturales sobre el encuentro de lo cotidiano muestran la multiplicidad de voces y sentidos en torno de la cohesión y surgimiento de diversas entidades de lo colectivo. Pues, como señalan Gonzalo Gallardo, Esteban Gómez, Magdalena Muñoz y Nicolás Suárez (2006) las representaciones sociales son una construcción sociocultural cuyos contenidos son influenciados por procesos que surgen en la sociedad, que influyen a su vez la realidad, *y se refieren a imágenes y modelos que explican algún fenómeno relevante para un grupo social determinado (María del Carmen Vergara, 2008, p. 59).*

Asimismo, reconocer el contexto en el cual surgen las representaciones sociales y vincularlas con los imaginarios colectivos y sociales, permite identificar el qué tan arraigados están dentro de las poblaciones, valorando las razones históricas y contextuales que las originan. El concepto de representaciones sociales está estrechamente vinculado a los de ideología, simbolismo e imaginarios, es por ello por lo que su articulación brinda una mejor explicación de estos al tomar en cuenta los contextos sociohistóricos en los cuales se estaban produciendo.

Para la época de estudio, el sistema de creencias religiosas era determinante en el ejercicio de la dominación de tipo hegemónica¹⁹ como factor de controlador de masas. No obstante, este tema se aborda desde la perspectiva de Émile Durkheim quien ve el fenómeno religioso desvinculado de las discusiones de si es un hecho verdadero o falsos, pues considera y analiza toda religión en su un origen social, pero sobre todo en las funciones sociales que cumplen las relaciones dentro de la sociedad las cuales tiene la necesidad, para darle sentido a sus vidas, de creer en algo más allá de ellos y ellas mismas. Lo que interesa no es si las ideas religiosas son falsas o verdaderas, sino la función que cumplen para el colectivo social,

Más por debajo del símbolo hay que saber encontrar la realidad simbolizada, aquella que le da su significación verdadera... Las razones que el fiel se da a sí mismo para justificarlos pueden ser, y de hecho lo son las más de las veces, erróneas, no por ello deja de haber razones verdaderamente, [siendo el] quehacer de la ciencia el descubrirlas (Émile Durkheim, 1912, p. 2; en Ángel Enrique Carretero, 2001, p.139).

Los símbolos no se agotan en sí, sino que permiten el acercamiento a nivel de los imaginarios, lo inventado, sea como indica Cornelius Castoriadis un invento absoluto o un *deslizamiento de sentido, en el que unos símbolos ya disponibles están investidos con otras significaciones que las suyas “normales” o canónicas* (Cornelius Castoriadis, 2013, pp.201-202), separándose el imaginario de lo real (pretendiendo o no ponerse en su lugar). En cuyo caso, lo imaginario usa lo simbólico para expresarse y para existir y viceversa.

¹⁹ Cuando se hace referência a hegemonia se retoma a Antonio Gramsci que en realiza diversas referencias del concepto, así, “*A primeira recorrência do termo “hegemonia” está no Q 1, 44, 41, no qual encontramos a expressão “hegemonia política”, expressão introduzida por G. entre aspas, para indicar a sua particular valência em relação à genérica acepção de “preeminência”, “supremacia”, que se encontra em sequência no mesmo apontamento, constituindo um espectro extremamente amplo de significados em um âmbito de contextos que vai da economia até a literatura, da religião até a antropologia, da psicologia até a linguística. Trata-se, além do mais, de distinções – usando a terminologia gramsciana – “metódicas” e não “orgânicas” como aparece claro até à última recorrência do termo (Q 29, 3, 2.346 [CC, 6, 146]): “Sempre que aflora [...] a questão da língua, isso significa que uma série de outros problemas está se impondo: a formação e a ampliação da classe dirigente, a necessidade de estabelecer relações mais íntimas e seguras entre os grupos dirigentes e a massa popular-nacional, isto é, de reorganizar a hegemonia cultural”. Hegemonia cultural que, por sua vez, não se deve contrapor à política, como testemunha o uso de expressões como “hegemonia político-cultural”, “político-intelectual”, “intelectual, moral e política” e similares, além da tese pela qual “a filosofia da práxis concebe a realidade das relações humanas de conhecimento como elemento de ‘hegemonia’ política” (Q 10 II, 6, 1.245 [CC, 1, 315]) (De Oliveira, Leandro; Voza, Pasquale y Silvia de Barbardinis, 2017, p. 722).*

Las significaciones de los imaginarios sociales suelen ser confundidas con sus símbolos, no sólo por la sociedad que los porta, sino por los científicos que los analizan, pensando que sus significantes se significan ellos mismos (Cornelius Castoriadis, 2013, p. 231). Entonces, lo imaginario radica en la capacidad de configurar y organizar lo real, para que se convierta en significado e inteligible. Porque los imaginarios son formas a través de las cuales la realidad tiene significado para los sujetos que los experimentan, que los viven (Ángel Enrique Carretero, 2001, pp. 199, 201).

El papel del cuerpo y la territorialidad

Las concepciones sobre el cuerpo fueron fundamentales en la presente investigación ya que en él recae la evidencia primaria de la cual se dispuso para abordar la temática del *estar bien* (desde la materialidad: cultura material en cerámica y lítica, restos óseos, así como la información disponible en fuentes documentales, aclarando que se incluye en este último al cuerpo y alma/espíritu/, según sea la denominación para las diferentes culturas).

El estudio del cuerpo en Ciencias Sociales tiene muchas acepciones. Partiendo del escenario básico, el origen y características de las personas se ha estudiado desde la antropología biológica o física en su componente biológico, evolutivo, entre otros aspectos. La bioarqueología y la arqueología concibe a los restos humanos como tejidos orgánicos vivos que reflejan la cultura de la cual formaron parte, estilos de vida, salud etc. La bioarqueología retoma de la arqueología la necesidad de contemplar al registro arqueológico como un todo cuyas partes están interrelacionadas, lo que permite valorar a los restos óseos como materiales de seres que tanto en vida, como en su muerte están impregnados y son evidencia de su cultura (como elementos activos de un organismo vivo con sus interacciones). Debido a lo anterior, se concibe la necesidad de interpretar entre otros aspectos los contextos, analizar todos sus componentes, los procesos postdeposicionales, el sustrato ambiental, ecológico, su relación con los recursos, intercambios a corta o larga distancia, cómo fue su economía de subsistencia, etc. (Mendoza, Osvaldo; Boedach, M. Asunción y Mario Arriera, 2012, pp. 23-25, 28).

En épocas más recientes y acorde con la Teoría Social, la bioarqueología ha considerado como parte de la formación del cuerpo biológico a las relaciones sociales, lo anterior como necesidad de comprender al cuerpo físico como socialmente creado. Se creó el concepto de

... “osteobiografía” [que] fue acuñado para hacer referencia a la recopilación de toda la información disponible a partir del análisis de un esqueleto que posibilita narrar la vida de un individuo (Saul, 1972). Actualmente, la osteobiografía se ha consolidado como un marco de análisis específico dentro de una bioarqueología humanista, que promueve el estudio de la “biografía como una narrativa cultural” a partir de los restos humanos (Robb, 2002, p. 160). Esta perspectiva plantea y responde a diferentes tipos de preguntas de investigación de aquellas abordadas por la bioarqueología cuantitativa tradicional, enfocada a nivel poblacional, siendo ambos marcos de análisis independientes y a la vez complementarios (Hosek y Robb, 2019, p. 2). Esta diversidad de perspectivas actuales han sido denominadas “las bioarqueologías” del siglo XXI (Buikstra y Beck, 2006) y reconocen sus bases en la biología social (Angel, 1946), la propuesta biocultural (Blackely, 1977; Goodman y Leatherman, 1998) y la osteobiografía de Frank Saul (1972) (en Fabra, Mariana; Salega, Soledad y Leticia Cortés, 2020, p. 175).

La bioarqueología además de su aporte tradicional en el estudio de los cuerpos, ha buscado avanzar en la necesidad de problematizar a las personas con el aporte de los distintos enfoques de la antropología y la arqueología, sosteniendo la importancia biológica y cultural del cual formaron parte. Si bien existen ejemplos o estudios de caso muy específicos, dentro de los estudios actuales no se deja de lado los de índole poblacionales. En este sentido, es *posible [para la bioarqueología]... conjugar información osteológica, mortuoria, arqueológica, documental e histórica -al igual que técnicas provenientes de otras ciencias (isótopos, ADN)- para generar biografías social e históricamente situadas. Las historias de las personas particulares, únicas e irrepetibles, contadas a partir de sus restos óseos son así también las historias de las sociedades a las que pertenecieron* (Fabra, Mariana; Salega, Soledad y Leticia Cortés, 2020, p.177).

No obstante, la arqueología no solamente ofrece la posibilidad del análisis de los restos humanos, también se encuentra la representación de corporalidades en otros materiales, entre ellos la cerámica y la lítica.

Las esculturas o estatuillas que representan cuerpos reflejan las experiencias sociales, algunas de éstas pueden tener alma, conciencia y ser contemplados inclusive como personas. Se asume además que el cuerpo adquiere diversos significados semánticos y comunicativos, reflejan las características individuales de las personas y de su colectivo, también esto aplica a los cuerpos no humanos, por lo que la corporeidad refleja la cosmogonía de los distintos pueblos, siendo los cuerpos (de personas, animales, seres sobrenaturales u otros) agentes sociales (Alexandre Guida Navarro, 2022, p. 19).

Durante la época de conquista y colonia, los cuerpos adquieren una connotación más económica que ideológica, son mercancías, personas para explotar, pero también agentes de resistencia, razón por la cual, es necesario el estudio de la evidencia sobre las personas y sus cuerpos según la época y el contexto particular abordado, así como su contrastación para evidenciar el cambio sociocultural.

Mucha de la simbología y las representaciones sociales, están vinculadas a las personas y su relación con el mundo en el que se circunscribe, incluyendo, por supuesto, el espacio natural, cultural e ideológico. Para el tema de estudio, los símbolos, representaciones e imaginarios están relacionados con el cuerpo.

De esta manera, se partió no sólo desde la conceptualización de la salud y los cuerpos enfermos, sino desde el abordaje realizado por las Ciencias Sociales. Entre ellas, las perspectivas del cuerpo individual fenomenalmente experimentado (en que se incluye lo físico y lo emocional); la segunda, vista como un cuerpo social (símbolo natural para pensar las relaciones entre naturaleza, comunidad y cultura) y finalmente, la concepción de cuerpo político. Así, estos 3 cuerpos, constituyen no sólo 3 unidades de análisis, sino también un enfoque teórico y epistemológico: la fenomenología (cuerpo individual, el yo vivido) y simbolismo (cuerpo social) constructivismo social y posestructuralismo (el cuerpo político).

La anterior conceptualización del cuerpo busca romper con los supuestos fundamentalmente biomédicos, entre ellos el dualismo cartesiano que separa la mente del cuerpo y espíritu. Sin perder de vista que individual y socialmente, el cuerpo se manifiesta de forma dinámica, pues está experimentando un constante proceso de definición, reforma y cambio, siendo, en todo caso, flexible y transgresivo.

El cuerpo comunica ideas, sensaciones, motivaciones, necesidades y afecciones (Miguel Gabriel Ochoa, 2010, p. 10), lo cual se da no solo mediante la comunicación verbal, sino desde la comunicación quinésica²⁰, de ahí la intencionalidad dada durante las diferentes épocas de estudio en la presente investigación.

El cuerpo es un fenómeno múltiple, según Friedrich Nietzsche (citado por Roberto Sánchez, 2010, p. 69), compuesto por una multiplicidad de fuerzas, siendo el lugar de batalla de instintos, fuerzas, inclinaciones y sentidos. El cuerpo como receptor de disciplinas y base fundamental de los dispositivos de saber-poder lo identificó muy bien Michel Foucault, cuando señaló su surgimiento en la ilustración, visto como un movimiento político e intelectual que estableció el ideal de una sociedad ordenada perfectamente, en donde el cuerpo sufre una ruptura epistemológica entre sensibilidad y conocimiento, por un lado, y sometimiento a las políticas de control (policial, social, administrativo, sanitario, económico, entre otros). En cuyo caso, lo que define a un cuerpo es la relación de fuerzas enfrentadas entre las fuerzas dominantes y/o las dominadas. *Cada fuerza se halla en tensión una con otras, cada fuerza constituye un cuerpo dominante, en este sentido, podemos hablar de pluralidad de cuerpos: cuerpo químico, biológico, social, político, entre otros* (Rafael Enrique Aguilera, 2010, pp. 237-238).

Tanto la antropología, la bioarqueología, la antropología del cuerpo, la antropología médica y biomédica, así como la sociología del cuerpo, entre otras, generan entrelazamientos temáticos e interpretativos, respecto a los cuerpos, los cuales se refiere a cómo son denominados, cómo se les asume socialmente y qué características tienen, partiendo de la construcción individual y colectiva y social, sin dejar de lado los aspectos genéticos, físicos y ambientales.

También en los estudios coloniales la conceptualización y los debates sobre el cuerpo son fundamentales para entender las relaciones interpersonales de dominio y explotación de las poblaciones. Sin embargo, su estudio, unido a la categoría de ubicación geográfica, permite identificar variaciones en los tipos de conflictos, luchas y negociaciones que establecieron tanto las poblaciones que buscaron ser dominantes, como sobre las cuales se buscó ejercer el dominio.

²⁰ O comunicación no verbal (*e. g.* posturas, gestos, entre otros).

La modernidad trajo consigo la oposición o dicotomía entre mente y cuerpo, dando origen a la discusión y una separación radical, siendo de este modo el cuerpo pensado como ajeno al sujeto cognoscente. Walter Mignolo en relación con este tema, realizó el vínculo entre los conceptos de fisonomía y limpieza de sangre, señalando que, en el siglo XIX, cuando la ciencia reemplazó a la religión, la clasificación racial pasó del paradigma de *la mezcla de sangre* [al de] *color de piel*. *A pesar de las distintas configuraciones, el paradigma esencial del mundo moderno/colonial para la clasificación epistemológica de la gente estaba basado en distinciones raciales, ya fuera de piel o sangre, los rasgos discriminadores eran siempre físicos*” (Walter Mignolo, 2001, p. 170).

El cuerpo también posee la característica doble de ser un espacio en sí mismo, así como el de moverse en el espacio (físico-geográfico). El cuerpo como espacio al establecer la diferencia entre “el yo” y “el otro”, sería la primera escala de análisis (espacio personal), por lo cual la construcción de los sujetos como unidades espaciales implican una relación compleja con su entorno

La variabilidad de la experiencia corporal está vinculada al lugar y a la posición que el cuerpo ocupa, lo que lleva igualmente a distinguir entre el cuerpo y corporeidad. Aunque en muchas ocasiones estos términos son tomados como sinónimos coincidimos con [Linda] Mc Dowell (2000) en diferenciar ambos conceptos al considerar que la idea de corporeidad no da por sentado al cuerpo como una entidad fija y acabada, sino plástica y maleable. Lo que a juicio de esta autora significa “que puede adoptar numerosas formas en distintos momentos, y que tienen también una geografía” (Mc Dowell, 2000, p.66). La idea de corporeidad en definitiva logra captar el sentido de fluidez y flexibilidad para cuestionar la relación entre anatomía e identidad social (en Miguel Ángel Aguilar y Paula Soto, 2013, p. 7).

De esta manera, la corporalidad permite vislumbrar distintos elementos, los cuerpos en sí, el espacio físico en el que se encuentran, las prácticas relacionadas con la etnia, el género, las relaciones entre las comunidades y su entorno, las persistencias o no ideológicas, prácticas rituales y las estrategias políticas entre otras.

En los estudios coloniales el tema del cuerpo es medular, ya que sobre este giraron las más relevantes dinámicas y estructuras de dominio y explotación, que son la base del sistema económico capitalista incipiente. No obstante, las relaciones de opresión, explotación y control dependían de la ubicación geográfica de las poblaciones, su

condición étnica y de las posibilidades reales de defender sus derechos, como se ha mencionado.

Para el tema en cuestión, Mignolo hace el vínculo entre los conceptos de fisonomía y limpieza de sangre. En el siglo XIX, cuando la ciencia reemplazó a la religión, la clasificación racial pasó del paradigma de “la mezcla de sangre” al de “color de piel”. A pesar de las distintas configuraciones, el paradigma esencial del mundo moderno/colonial para la clasificación epistemológica de la gente estaba basado en distinciones raciales, ya fuera de piel o sangre, los rasgos discriminadores eran siempre físicos” (Walter Mignolo, 2001, p. 170).

Así las cosas, en esta investigación se realizó el análisis de los cuerpos como un elemento heurístico y complejo que permitió buscar, procesar y analizar información que aporta una mejor comprensión (más detallada y completa), de las particularidades de la cultura de las diversas poblaciones, pues da lugar a acercarse al significado de la salud, *estar bien* y la enfermedad de las personas.

El estudio del cuerpo, por ende, es un espacio privilegiado para el estudio del *yo* y de la *sociedad/comunidad* y del entorno. Puesto que el cuerpo se concibe como el *documento*, siendo lo social, sus estructuras y representaciones (incluyendo la ideología) *las vestiduras*, como señaló Marcel Mauss (1936), los comportamientos individuales son experiencias sociales, al formar parte de los bienes de una cultura y sociedad (Alejandra Araya, 2000, pp.81-82), así como medio que conserva información sobre el lugar en el que se vive físicamente. Empero, se debe entender el sentido atribuido a los hechos corporales en los contextos culturales e históricos específicos para identificar *¿cómo es la percepción física del cuerpo y la experiencia social y simbólica del mismo* (Zandra Pedraza, 2010, p. 9).

El abordaje del cuerpo desde lo político permitió situar la investigación en su contexto más general, en este caso vinculado a la conquista y colonia de Costa Rica. De esta manera, el concepto de la territorialidad adquiere protagonismo ya que se establece con la colonialidad, e incluye tanto los espacios geográficos, como los cuerpos de las personas. El territorio y el cuerpo fueron espacios de dominación y ejercicio del dominio, pero, también, de resistencia.

Es por ello, que se valoró la dimensión política de la corporalidad, en este caso, como señala Elsa Blair (2010) desde el ámbito micropolítico en donde las tecnologías

corporales son útiles para el explicar el *¿cómo?* del poder (vertical)²¹. El control y la violencia ejercida sobre los cuerpos es, básicamente, un dispositivo de poder que se ejerce por medio de tecnologías corporales establecidas con el fin de lograr esa dominación; por lo que, el cuerpo se convierte en el espacio donde se transmite y donde vive dicho poder²² (ejercido sobre las personas, pero también como forma de resistencias de estas).

De esta manera, las micropolíticas corporales, como señala Michel Foucault, son estrategias de poder que funcionan “más allá” de las políticas estatales (se conciben más allá de la Corona y la Iglesia), pues son microespacios existentes entre las personas y sus cuerpos, estrategias macro políticas en conjunción o disyunción con ellas (Raúl García, 2000, p. 12).

La dominación de los cuerpos, entonces, se construyó sobre el discurso del *otro distinto, deficiente, inferior, vicioso*, e insalubre, creyenceros, discursos que incluyen todo tipo de prejuicios usados para justificar el dominio y la supuesta superioridad de los europeos sobre nativos de origen africano o americano y sus respectivos descendientes. Primero, -a inicios de la colonia-, mediante el cuestionamiento sobre su humanidad, racionalidad y si contaban con un alma (cuyo resultado fue la esclavitud y encomienda), y posteriormente, la urgencia de control político, territorial, económico, ideológico y cultural (Alejandra Araya, 2000, p. 82). *Pero ¿Por qué sobre los cuerpos? Porque el cuerpo goza de una enorme potencia y una posibilidad inusitada de resistencia que es, finalmente, la que lo hace objetivo del poder* [en este caso vertical o hegemónico] (Elsa Blair, 2010, p. 50).

Finalmente, sobre este tema, valga decir que para Michel Foucault (1991) es mediante la gubernamentalidad, entendida como el objeto de estudio de las formas de gobernar y el biopoder, que se permite articular los dispositivos de sexualidad, el racismo

²¹ La relación cuerpo/violencia desde la perspectiva de la biopolítica, muestra la importancia que ella reviste en términos del poder, esto es, su dimensión o el carácter políticos de la corporalidad (Raúl García, 2000, p. 149) y su fecundidad para explicarlas (Elsa Blair, 2010, p. 48).

²² Para Michel Foucault, la soberanía no se ejerce sobre los territorios, sino sobre las poblaciones, lo cual es fundamental para el tema de investigación que se está abordando. Sin embargo, para el caso de la época colonial en América Latina, el reto para el dominio efectivo por parte de los ibéricos fue el dominar tanto a los cuerpos, como a los territorios, por lo que en la presente investigación se contemplaron como una misma unidad, tomando en cuenta además que las poblaciones y sus territorios son uno (en su forma de ver, el ser humano no estaba sobre las demás especies y entidades que habitan los diversos espacios).

biológico y el racismo de Estado, que es como opera la sociedad vigilada, en la que el cuerpo humano es el objetivo en el que se concentra el poder con vistas a su dominación (Nelson Arteaga, 2012, p. 14). La utilidad de estos conceptos radica en que permitieron explicar la dominación que se ejerció sobre la vida y la muerte de los grupos y pueblos étnicos considerados inferiores (en este caso particular, los presentes en las reducciones, pueblos de indios y dentro de los poblados coloniales fundamentalmente). Por lo cual, se abordó el poder de manera contextualizada y dinámica, en donde las personas (vigilantes y vigilados) son capaces de definir y crear, en medio de los procesos sociales, un marco de normas y valores que pueden desafiar el poder (*Ibid.*, p. 15) a través de la resistencia.

Retomando a Elsa Blair, fue el filósofo holandés Baruch Spinoza (1632-1677) quien se preguntó por la puesta en práctica del ejercicio del poder sobre los cuerpos, pues para él el poder reside en los cuerpos que, a su vez, no son otra cosa más que su *afección*. Para Spinoza el cuerpo tiene límites máximos y mínimos. *Se puede sostener entonces, siguiendo a Spinoza, que esta capacidad de resistencia ligada al cuerpo es aquello que lo hace el objetivo del poder; la violencia sobre él (esto es, el aumento de su grado de afectión) apunta a disminuir o a anular esa potencia* (Elsa Blair, 2010, p. 58). Por ello la agresión sobre los cuerpos es una consecuencia *necesaria* de ese *atentado* al equilibrio del dominio que genera la potencia del cuerpo y de sus procesos de resistencia (*Ibid.*, p. 59).

Del poder y la resistencia

A lo largo del abordaje conceptual dos conceptos se presentan como transversales a la investigación: el poder y la resistencia. Los fenómenos históricos y sociales abordados en la presente investigación, así como el análisis de los imaginarios sociales, el cuerpo y la territorialidad y otros de los conceptos mencionados anteriormente, no pueden analizarse sin contemplar al poder y la resistencia como columnas medulares y articuladoras.

El poder y la resistencia se han presentado a lo largo de la historia de la humanidad, son intrínsecos a su existencia. Generalmente se han identificado los cambios sociales cuando se presentan situaciones que ocasionan una ruptura con el orden y/o las prácticas culturales que se venían presentando, siendo algunos de estos abruptos como consecuencia de cambios en la forma o la búsqueda del ejercicio del poder.

De esta manera, además de lo que se ha expresado en las páginas anteriores en relación con el poder, en la presente investigación se parte de que el poder no es algo material que se otorga ni se genera, sino que se ejerce, existe en el acto. *El poder no es principalmente conquista, mantenimiento, conservación y reproducción de las relaciones económicas, sino ante todo una relación de fuerza... El poder consiste, por tanto, en la relación de las fuerzas, actividad, algo siempre en ejercicio, confrontación, conflicto. En este sentido, el poder implica contraposición de vectores* (Rafael Enrique Aguilera, 2010, pp. 255, 257), en otras palabras, no se puede ejercer el poder sin la resistencia al mismo, el cual, además, se hace desde y hacia la corporalidad.

Para épocas antiguas se ha sugerido que el poder está relacionado con el tipo de organización social. Así en poblaciones igualitarias, por ejemplo, las personas que sobresalían en actividades de importancia para el colectivo iban a tener un mayor reconocimiento por parte de este, en otras palabras, se les dotaba de prestigio, ejemplo de ello son las personas con una mejor capacidad para cazar, capacidad de liderazgo, entre otros.

Para el caso de las organizaciones sociales más complejas, el reconocimiento pudo estar basado en las capacidades particulares evidenciadas en la realización de alguna actividad (entre ellas según su agilidad en las batallas, una producción artesanal muy hábil, personas con conocimiento efectivos para la sanación, etc.). No obstante, la posibilidad de desempeño en muchos casos estaba relacionada con las funciones que eran dadas por los sistemas de creencias, parentesco y clanes a los que se pertenecía.

Así, las personas que formaron parte del estamento basal podían desempeñarse en ciertas actividades principalmente relacionadas con la subsistencia como la cacería, agricultura, pesca, recolección, mano de obra en obras lideradas por las élites y su mantenimiento, etc. En tanto las posiciones de liderazgo estaban en manos de ciertos clanes como evidencia la información etnohistórica y etnográfica para Costa Rica.

En el siglo XVI una vez que inicia el proceso de conquista y colonia pudieron coexistir pueblos étnicos organizados en tribus y cacicazgos. El sistema de organización cacical contaba con líderes que estaban a cargo de las poblaciones de zonas específicas y mantenían relaciones o no con otros cacicazgos, lo que podía crear alianzas, así como

conflictos y pugnas por la supremacía. Eran las personas encargadas de roles políticos e ideológicos, siendo estos últimos los principales. La relación ejercicio del poder e ideología era determinante, ya que permite la justificación y consenso de los roles sociales a lo interno de los colectivos.

Las personas líderes tenían acceso diferenciado a bienes de distinto tipo, sin embargo, podían dotar algunos bienes suntuarios al resto del colectivo, incluyendo al estamento basal, como parte de la redistribución de excedentes, oficios religiosos, funerarios, entre otros, lo cual ayudaba a la cohesión de los pueblos étnicos y los grupos relacionados entre sí (Oscar Fonseca, 1992).

Si bien existieron algunos conflictos y pugnas como parte de la resistencia relacionada con el acceso a territorios, recursos y posiblemente movilidad social y otros durante la época antigua, en estos casos la tradición, el parentesco y la reproducción social de roles, así como las alianzas políticas y el conocimiento sobre el entorno natural y lo sobrenatural eran mecanismos que justificaron y mantuvieron el poder y el estatus de una parte de la población y con ello el ejercicio de la dominación. Es por ello, que dichos conflictos son concebidos como críticos en momentos específicos, son la excepción, no una constante en la forma de vida de las poblaciones, aspecto que cambia sustancialmente durante la conquista y colonia como se verá más adelante.

Es por lo anterior además de los procesos acaecidos durante la conquista y la colonia, es que se distingue entre el poder y el ejercicio de la dominación. En el caso de la dominación se ejerció no sólo con la violencia física y psicológica, sino que también desde la ideología, lo que le permitió al colonialismo, en su versión de capitalismo inicial, el control disciplinario sobre los cuerpos por medio del biopoder (Rafael Enrique Aguilera, 2010).

El poder por su parte no es estático ni unidireccional. En la presente investigación se observó que las personas oprimidas también pudieron ejercer su agencia mediante el cuidado de sus cuerpos e inclusive de los cuerpos ajenos; acción que se concibe en la presente investigación como un ejercicio del poder *mediante el grito*, como señala John Holloway, (2005, pp. 10-12, 30) como una posibilidad de apertura (auto gestionada) en una otredad radical (en el caso de la presente investigación ejercida por las poblaciones subalternas,

ante la cultura ibérica que buscaba imponer su forma de curar e imaginarios sociales que explicaban el por qué las personas se enfermaban o nacían con condiciones).

Esta posibilidad se da en una bidimensionalidad de tensión de las expresiones entre lo que es y lo que se niega con el ejercicio del dominio. A diferencia de lo que considera John Holloway (2005), en la presente investigación no se considera una lucha contra un poder, sino contra un dominio, por lo que el grito en el contexto y con la población investigada, no sería una lucha anti-poder, sino una forma de ejercer el poder (desde abajo). Este grito (metafóricamente hablando), a través de la corporalidad y su bienestar, responde a la subjetividad de *grito-hacer*, contra la opresión, y, por ende, la negación a su identidad constituyó un movimiento en contra de la *eseidad* en contra de aquello –que-es (desde el dominio), por lo que, constituye un poder-crear desde su propia identidad, constituyendo una emancipación desde su *poder-hacer*,

La lucha del grito es la lucha para liberar el poder-hacer del poder-sobre, la lucha para liberar el hacer del trabajo enajenado, para liberar la subjetividad de su objetivación. En esta lucha es crucial ver que no se trata de un asunto de poder contra poder, de semejante contra semejante. No es una lucha simétrica. La lucha para liberar el poder-hacer del poder-sobre es la lucha por la reafirmación del flujo social del hacer, contra su fragmentación y negación. De un lado se encuentra la lucha para volver a entrelazar nuestras vidas sobre la base del reconocimiento mutuo de nuestra participación en el flujo colectivo del hacer; del otro, está el intento de imponer la fragmentación en tal flujo una y otra vez, de imponer la negación de nuestro hacer (John Holloway, 2005, p. 41).

De esta manera, el cuerpo adquiere una dimensión política de resistencia, la cual no debe necesariamente ser violenta y confrontativa. La dimensión privada de la salud del cuerpo permitió a las poblaciones -originarias, afrodescendientes, mestizas, entre otras-, el poder de alguna forma, decidir sobre su salud (mediante asumir o no prácticas foráneas de sanación, de enterramiento de los difuntos, dejarse morir, entre otras), representando esto su dimensión micropolítica de resistencia ante la dominación ibérica. Por ejemplo, la permanencia en estas poblaciones de prácticas culturales ancestrales (a pesar de ser prohibidas por la Corona y la Iglesia) es una forma de resistencia ante la dominación de dichas instituciones.

Enfoque epistemológico

La investigación parte de una concepción de la praxis científica como una búsqueda de conocimiento que se lleva a cabo de forma multidimensional y crítica ante una realidad por investigar (Luis Enrique González, 2014, p. 73). Para ello se adoptó una postura epistemológica definida, que orientó las acciones a seguir a lo largo de la investigación como un eje articulador del tema entre la teoría, metodología y el abordaje metodológico, que da cuenta de una realidad.

El abordaje epistemológico, teórico y técnico es fundamental para el buen desarrollo y finiquito de la investigación, pues como bien indica de Boaventura De Sousa Santos *la ceguera de los otros* [...] [es] *señal de nuestra propia ceguera* (2009 a., p. 61), lo anterior referido a que para *hacer visible lo invisible* es preciso analizar los regímenes de representación y relevancia, de manera que se logre *hacer visibles* conocimientos y agentes que de otro modo seguirían ausentes.

La epistemología de las ausencias, tanto de conocimientos como de agentes ausentes, permite revisar los límites de la representación en las ciencias sociales convencionales²³: los límites de la representación de la relevancia, de la identificación, de la duración y de la *interpretación/evaluación* (Boaventura De Sousa Santos, 2009 a., p.92).

Debido al lapso temporal que se investigó, el análisis de los discursos buscó evidenciar los *discursos no dichos*, y con ello visibilizar a los *sujetos ausentes* en tales discursos, lo que permite posicionarse desde un análisis crítico del discurso, frente a las estructuras de poder hegemónico de la época colonial y el científico hacia la historia profunda.

El repensar la forma en la que se ha abordado el tema del *estar bien*, la salud y la enfermedad, como mecanismo de control político e ideológico, desde el poder y la

²³ Más si se toma en cuenta que las categorías que se usan en las Ciencias Sociales fueron desarrolladas entre el siglo XIX y XX en unos cuantos países (Francia, Alemania, Inglaterra, Italia y Estados Unidos fundamentalmente), por lo que esas categorías analíticas no se ajustan a la realidad latinoamericana (Boaventura De Sousa Santos, 2009 b., p. 101), presentándose grandes ausencias reflejadas en las 5 monoculturas.

resistencia de las poblaciones en el contexto colonial costarricense, hizo necesario el análisis del tema desde una perspectiva crítica, la cual cuestionó el papel instituido en la ciencia precedente, de manera que se pudo comprender los fenómenos sociales y las relaciones políticas e ideológicas de poder detrás del ejercicio científico.

Como bien indica Denise Najmanovich, el conocimiento desde la producción científica no es la ficción positivista de una producción de un sujeto aislado, sino de uno en contexto, creado simbólicamente y vivencialmente, por lo que no es ni ha sido un contexto pasivo. Por esto, es preciso considerar que todo el conocimiento está situado e institucionalizado en la comunidad a la que pertenece la persona, a la comunidad científica que desde la modernidad se organizó según divisiones disciplinarias (Denise Najmanovich, 2005, pp. 94-95), perspectiva que no necesariamente responde a la realidad de los fenómenos abordados.

Bruno Latour se refirió a la construcción del saber, haciendo un llamado de atención respecto de la necesidad de retomar la historia de la ciencia con las mismas exigencias que se abordan *los conocimientos válidos* (Bruno Latour, 2007, p. 141). Para dicho autor, un saber *bien construido* se da cuando hay necesidades históricas, políticas, naturales e ideológicas, en cuyo caso, se vuelve necesaria la articulación de actores heterogéneos en la generación de conocimiento novedoso y relevante, además de abordar críticamente el cómo se ha gestado el conocimiento (Pablo Del Grande, 2013, p. 54).

De esta forma, se pasa del plano exclusivamente teórico a uno político. El saber decolonial lleva a un reposicionamiento del ser a través del saber basado en la relación con lo (s) otro(s) y abierto a un proceso de creación y diversificación. Es, entonces, la convivencia en el disenso (Enrique Leff, 2000).

Como señalan Pedro Sotolongo y Carlos Delgado, se debe comprender el mundo en términos de sistemas dinámicos, en donde interactúan los constituyentes de los sistemas y su entorno resulta tan importante como el análisis de los componentes mismos. *El mundo ha comenzado a dejar de ser un conjunto de objetos para presentarse a la mente y al conocimiento como realidad de interacciones de redes complejas, emergencia y devenir* (Pedro Sotolongo y Carlos Delgado, 2006, p. 42).

Si el pensamiento occidental moderno consiste en un sistema de distinciones invisibles (estado de naturaleza, saberes no hegemónicos, zona colonial) que sirve de fundamento a las distinciones visibles (sociedad civil, conocimiento científico, modernidad), se requiere ahora un pensamiento y acciones que reivindiquen la intrusión de lo colonial (declarado como no-existente, en el paradigma dominante) en lo moderno (Boaventura De Sousa Santos, 2009 a., p. 179, 182).

Se debe de reinterpretar el significado de lo que se ha ido construyendo como datos empíricos, creados y acumulados históricamente y que han servido para casi toda nuestra labor actual (Immanuel Wallerstein, 2004, p. 85). En otras palabras, se debe traducir esa *zona de contacto* o campos sociales en donde los diferentes mundos de vida normativos, prácticas y conocimientos se encuentran, friccionan y relacionan (Boaventura De Sousa Santos, 2009 a., p.144). Por esto, esta investigación aborda críticamente el accionar de los científicos, comprendiendo las consecuencias políticas, sociales y culturales que tienen *de nuestras acciones y los usos que se hacen -y hacemos- con nuestros datos* (Boaventura De Sousa Santos, 2003, p. 33).

No se trata entonces de negar la historia de la ciencia, sino de establecer límites y diferencias entre *los principios de causación deterministas y lo aleatorio de su contingencia histórica* (Marcos Roitman, 2010, p. 267). Pues *la crisis de la razón clásica está relacionada con una historicidad que se le escapa* (Octavio Ianni, 2005, p. 90), es decir, la historia *mal contada* u omitida. No se desea en esta investigación, negar los procesos históricos en donde claramente hubo relaciones desiguales y de explotación entre los centros y las periferias y que éstas tenían claros intereses económicos (Immanuel Wallerstein, 2004) subyugando a las poblaciones y sus ambientes, sino, más bien, de comprender la relación parte-todo mediante un *cuestionamiento de la singularidad* [en la forma de hacer] *ciencia* [y los discursos históricos] (Pedro Sotolongo y Carlos Delgado, 2006, p.44).

Bajo esta lógica, resulta de utilidad como señala Immanuel Wallerstein (2004, pp.5-6, 21, 23) la comprensión de las relaciones sociales dentro de los sistemas mundo (en este caso asociado a la dinámica colonial, inicio del capitalismo), para identificar el cambio social a largo plazo, así como el papel de la ciencia como producto de la modernidad en la

legitimación y desestimación de saberes diferentes. Por ende, se requiere analizar las estructuras coloniales, su funcionamiento, mecanismos de implementación e imposición/negociación de conocimientos y prácticas culturales por parte de las diversas poblaciones involucradas.

Abordaje metodológico

A continuación, se presenta la metodología, la cual se divide en 2 apartados a saber: la conceptualización dirigida a la orientación de la perspectiva analítica, la cual explica cómo se interpretó la materialidad y sus contenidos; y en el siguiente apartado, se aborda el tipo de investigación, método, la población y muestra, así como las técnicas y procedimientos utilizados en la investigación.

La presente investigación planteó diversos retos metodológicos, entre los principales se encuentran la indagación de las posibles representaciones e imaginarios sociales que las poblaciones antiguas pudieron tener sobre *estar bien* y las enfermedades, mediante el estudio de la evidencia material (no escrita) de épocas antiguas.

En la época colonial, no todas las personas podían escribir, ya que la escritura era un valor simbólico monopolizado por una pequeña élite, por lo que, para acercarse a los saberes de los diversos grupos y pueblos, se tiene que partir de fuentes escritas desde el mundo hegemónico. De tal forma, como se verá en las siguientes páginas, esta investigación presenta un doble reto epistemológico: ingresar al mundo simbólico de la diversidad étnica colonial y, a la vez, leer esa construcción simbólica de respuestas, apreciaciones y resistencia a partir de fuentes en las que, en la mayoría de los casos, los poseedores de la cultura letrada asumen la representación de la subalternidad étnica.

Para la consecución de los objetivos, se analizaron diversos tipos de información, entre ellos la evidencia osteológica, la cultura material y los documentos históricos. De esta forma, se puso a dialogar información fragmentada y dispersa que brindó insumos para comprender ¿cómo se concebía la salud, las condiciones genéticas y de desarrollo fetal, así como la enfermedad en épocas antiguas y coloniales.

En la presente investigación, además, se incluyó un esfuerzo intelectual por “poner a dialogar” varios enfoques teóricos y metodológicos disciplinarios, con un sentido integrador, crítico y posicionado desde un marco cultural propio de la realidad Latinoamericana, no eurocéntrica. Esta interdisciplinariedad como se indicó previamente incluye enfoques teóricos y metodológicos procedentes de la antropología, la sociología, la historia y la etnohistoria, así como de la comunicación, los cuales permitieron profundizar en el conocimiento, análisis y comprensión del cuerpo, la salud y las enfermedades; todo desde una mirada integradora y crítica.

Tipo de investigación y enfoque

Dadas las características de la presente investigación y retomando la propuesta de Rodrigo Barrantes (2002), la misma es historicista, en el sentido que incluye un periodo de tiempo prolongado, aunque, por las características de la evidencia a utilizar, el estudio no es continuo. Para ello se buscó reconstruir, explicar y fundamentar el significado de los diversos acontecimientos relacionados con la percepción de los cuerpos con condiciones genéticas y enfermedades, el cuidado de la salud y los conocimientos relacionados con las enfermedades, que se han presentado a través del tiempo.

Para el reconocimiento de las enfermedades y condiciones por parte de las poblaciones antiguas se valora información brindada por la cultura material desde el 500 a.C. al 1560 d.C. Por su parte, para el reconocimiento de las paleopatologías se incluyó información (documental y de análisis osteológicos) desde el 800 al 1821 d.C. y finalmente, para abordar la temática sobre el significado de *estar bien* se comparó la información antigua con la colonial.

El enfoque de esta investigación es cualitativo, pues si bien se utilizan datos cuantitativos, fundamentalmente en los análisis y comprensiones relacionados con las poblaciones osteológicas, y de análisis documental, es en las comprensiones cualitativas donde recae el peso investigativo, dada la necesidad de comprender (como se indicó previamente citando a Weber) los datos y la información encontrada.

Para responder al primer objetivo sobre la caracterización biodemográfica de la población presente en la antigüedad (800-1560 d.C.) y en la época colonial, se requirió de

un abordaje cuantitativo. En este caso no se realizaron los análisis osteológicos para cada sitio con este tipo de evidencia, sino, por el contrario, se obtuvo la información de análisis previos contenidos en informes arqueológicos presentes en los centros de documentación especializados tales como la Base de Datos Orígenes del Departamento de Antropología e Historia del Museo Nacional de Costa Rica, la Biblioteca Héctor Gamboa Paniagua del Museo Nacional de Costa Rica, así como las bibliotecas Luis Demetrio Tinoco, Eugenio Fonseca Tortós y Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica, entre otros. Lo anterior se debe a que a la cantidad de sitios y de personas exhumadas que habría que analizar es mucha, lo cual sería imposible completar en el tiempo que se tiene para la realización de una tesis doctoral, realizada además en medio de una pandemia.

Se realizó un análisis osteológico de las personas procedentes del sitio arqueológico colonial Nicoya (Iglesia colonial de San Blas²⁴). Además, se retomaron los análisis existentes de la muestra ósea recuperada en los sitios Colina Santiago, El Calvario Tres Ríos y Catedral Metropolitana.

Para el caso de los sitios Nicoya y La Cananga, una vez finalizados los análisis, la información recuperada fue contrastada con la existente en la tesis de licenciatura de Melania Pérez y Carolina Barrientos (2005), así como los informes de John Lawrence (1989, 1994). Los análisis osteológicos se incluyen dentro del enfoque cuantitativo y buscan identificar el sexo, rango de edad al morir, paleopatologías, condiciones, entre otros aspectos de las personas inhumadas. Los análisis desde esta perspectiva permiten ordenar y categorizar los datos procedentes de la cultura material, conocer cuáles son las enfermedades a las que se puede acceder desde el registro osteológico y analizar su continuidad o cambio en temporalidades posteriores, para el contexto social específico de los sitios. Para ello se procedió con la recolección y medición de datos controlados, a partir de una base empírica concreta, haciendo uso de algunas técnicas básicas en estadística (Roberto Hernández, Carlos Fernández y Pilar Baptista, 2010).

²⁴ De igual manera, se analizó los restos óseos del sitio La Cananga. Sin embargo, este corresponde a un sitio cuya temporalidad data entre el 800 y 1520 d.C., por lo que la información correspondiente fue incluida dentro del análisis relacionado con la “paleo demografía” de la época previa a la conquista y colonización del actual territorio costarricense (800-1560 d.C.).

Sin embargo, el grueso de la investigación (los siguientes objetivos) se enfocaron en el paradigma cualitativo, lo que para Rodrigo Barrantes (2002, p. 60) corresponde al paradigma naturalista-humanista o interpretativo de la investigación científica. Este paradigma se interesa por el estudio y comprensión de los significados de las acciones humanas y la vida social, los cuales se retomarán cuando se haga alusión a las muestras de investigación.

Sobre el método, la población y la muestra utilizada

Dada la naturaleza cualitativa de la investigación y el interés por exponer y comprender los saberes invisibilizados de las poblaciones étnicas, en relación con los conocimientos sobre el *estar bien*, la salud y la enfermedad, se parte del uso del método inductivo. El método inductivo parte de lo particular a lo general. Inicia con la observación, el análisis de lo observado, el establecimiento de definiciones y conceptos abiertos, la clasificación y comparación para finalmente, realizar enunciados científicos más generales (Roberto Hernández, Carlos Fernández y Pilar Baptista, 2010).

Dicho método fue propuesto por Francis Bacon (1561-1626) quien instaba a las personas investigadoras a recopilar información sobre los hechos mediante la observación directa de la naturaleza, desechando prejuicios e ideas preconcebidas (lo que denominó ídolos debido a las explicaciones dogmáticas que en la época se brindaban con el método deductivo) para con ello derivar sus conclusiones. Para él, la manera de encontrar la verdad era buscar los hechos, no basarse en una autoridad o en especulación. De esta manera, se debían realizar las observaciones con base en la evidencia empírica, sobre los fenómenos de una clase particular y posteriormente, se realizan las inferencias respecto a la clase completa (Gladys Dávila, 2006, pp. 185 y 190).

No obstante, el razonamiento que se buscó realizar en la presente investigación no descansa únicamente en la observación de los fenómenos empíricos (evidencia material, osteológica y documental, entre otras, que de por sí en el caso de la arqueología son una pequeña parte de la totalidad social de la cual se derivan), para la realización de las inferencias. También incluye la experiencia y el razonamiento, tanto desde el enfoque científico, en este caso en calidad de científica social, como en la comprensión y respeto

de los conocimientos que han generado las poblaciones del pasado respecto al cuidado de su salud, como parte del respeto a los distintos tipos de saberes, como se ha indicado previamente.

El método inductivo -valorando las limitantes de la realidad empírica- se acompañó de perspectivas analíticas y conceptos característicos del método histórico²⁵, el cual busca estudiar de forma integrada la diversidad de orígenes, sucesos, e instituciones sociales presentes en las poblaciones a través del tiempo. Acompañando, a este método, la comprensión antropológica de las poblaciones permite contextualizar en términos culturales a las prácticas relacionadas al cuidado de la salud. Este abordaje holístico facilita la comprensión como totalidad diversa de los procesos y sucesos históricos y de su conformación social, de su naturaleza, su funcionamiento y legado para las poblaciones actuales, por ende, es de pertinencia para el estudio de las disciplinas sociales. Asimismo, aporta al conocimiento científico de las ciencias sociales (Gladys Dávila, 2006, p. 191) al:

1. Describir los fenómenos, brindar explicaciones respecto al conocimiento de sus elementos y de su funcionamiento. Y
2. Explicar e indicar el ¿por qué de un comportamiento?, lo cual puede ayudar -con cautela y siempre comprendiendo las diferencias culturales y temporales- a generalizar, así como evidenciar las relaciones entre los distintos fenómenos sociales, claro está, valorando la complejidad que constituye los objetos y sujetos de estudio de las ciencias sociales.

Por su parte, el uso de técnicas analíticas antropológicas y arqueológicas, permitieron explicar los fenómenos sociales dentro de los contextos particulares y de manera diacrónica, facilitando de este modo la posibilidad de su contrastación con los

²⁵ El método histórico incluye etapas bastante delimitadas: la heurística, la crítica, la hermenéutica y la exposición. La heurística corresponde a la localización y clasificación de los documentos, una vez identificados los documentos concretos se realiza su análisis crítico con la finalidad de determinar su validez. Primero se realiza una crítica externa que determina su autenticidad según sus características formales, las circunstancias en las que ha llegado a ser posible su conocimiento y cómo llega a la persona historiadora. Luego se aplica una crítica interna que busca la comprensión e interpretación de los contenidos presentes en los documentos. La interpretación histórica de los datos es conocida como la hermenéutica. La historia se realiza una vez que se brindan explicaciones y expone el trabajo histórico. Gran parte de estos pasos del método histórico, están dados en las publicaciones históricas sobre la información de fuentes documentales (Julio Ruiz Berrio, 1976, pp. 449-450). No obstante, se retomó la interpretación histórica y como se verá más adelante, se complementó con las técnicas del análisis de contenido y el análisis crítico del discurso, con la finalidad de responder a los objetivos y preguntas de investigación planteadas.

fenómenos de culturas y épocas anteriores, y ubicándolos como parte de un proceso complejo, tensional y dinámico mayor.

De esta manera, para abordar la temática del estudio en el contexto de las dinámicas sociales, políticas, económicas e ideológicas del periodo colonial, desde el enfoque propuesto, fue preciso acceder a diferentes tipos de población, en este caso particular, 3 tipos de poblaciones finitas:

1. La bioarqueológica: corresponde a la información obtenida del análisis de los restos óseos procedentes de contextos arqueológicos coloniales previamente excavados a saber: los sitios Nicoya (G-114 Nc), en Guanacaste; Catedral Metropolitana (SJ-75 CM) de San José; Colina Santiago (A 510 CS) en Alajuela y El Calvario (C- 139 EC) en la provincia de Cartago, asociados a épocas de conquista y colonia (siglos XVI-XIX)²⁶.
2. La cultura material: en cerámica y lítica cuya temporalidad está entre el 500 a. C. y 1560 d.C., que representan a personas con alguna enfermedad o condición identificable y que permitió inferir los signos y simbologías, así como el tipo de actividades o contextos que pudieron representar y, por ende, el papel de estas personas como parte del colectivo social y,
3. La población documental: la cual se divide en:
 - a. Informes arqueológicos, que incluyeron análisis osteológicos y paleo patológicos y de condiciones, presentes entre el 800-1560 d.C. en sitios arqueológicos presentes en todo el actual Costa Rica²⁷.
 - b. La documentación etnohistórica, histórica y etnográfica, en la cual se pudo identificar simbolismos, representaciones, conocimientos e imaginarios sociales, entre otros, asociados al *estar bien*, la salud y la enfermedad en poblaciones del periodo de conquista y colonia.

²⁶ Solamente se analizó parte de los restos óseos procedentes del monumento arqueológico Nicoya, para los demás se procedió a retomar la información previamente generada por otros investigadores, más adelante se detalla al respecto.

²⁷ Se hace la aclaración, ya que durante la época colonial Nicoya (y el actual Guanacaste) estaba bajo la gobernación de Nicaragua. Sin embargo, desde 1824 esta provincia se anexa a Costa Rica, por lo que la custodia e investigación de los sitios arqueológicos y sus materiales le corresponden al Estado costarricense, dado lo anterior, la información sobre Guanacaste se incluye en la presente investigación.

Las 2 primeras poblaciones se abordaron con un enfoque cuantitativo y la tercera desde una perspectiva cualitativa. Como se indicó previamente, el enfoque cuantitativo fue utilizado para la caracterización “socio demográfica”²⁸ y bioarqueológica de la población presente en la provincia de Costa Rica durante la última fase de ocupación antigua, así como en la colonia para lo cual, se realizó un análisis documental y osteológico.

En contraste, lo relativo a las concepciones sobre lo que fue *estar bien*, los conocimientos sobre la sanación y el cuidado de los cuerpos, las representaciones sociales, los imaginarios sociales sobre las enfermedades, la dominación y el respectivo el ejercicio del poder, las políticas implementadas por la Corona y la Iglesia y el cambio social vivido por las diversas poblaciones, entre otros, fueron analizados de manera cualitativa. Este enfoque es el dominante en la investigación, ya que permitió explorar los fenómenos a profundidad, analizar los significados de los datos desde la cultura, y realizar reflexiones sociopolíticas, lo cual ofreció una gran amplitud de posibilidades interpretativas, lo cual se contrastó con la contextualización sociohistórica en lo cultural, económico, ideológico y político de los fenómenos abordados.

Técnicas de investigación

A continuación, se detallan las diversas técnicas aplicadas en la investigación según el tipo de población. Asimismo, se explican los procedimientos utilizados para realizar los análisis, como con los cuidados a implementar con la materialidad, en el caso de la evidencia patrimonial.

²⁸ Se aclara que en la Costa Rica tanto antigua como colonial, no se puede hablar de un análisis demográfico con representatividad estadística o nivel de confianza estadística. Lo anterior, debido a factores como: a. la pobre conservación de restos óseos en la mayor parte del país; b. no se cuenta con la excavación ni un tipo estandarizado de metodología aplicado a las investigaciones en todos los sitios arqueológicos, que busque indagar el número mínimo de individuos presentes en los cementerios; c. las concepciones ideológicas y socio culturales de las poblaciones motivaron a que se realizaran diversos tipos de inhumaciones, por lo que no todos los enterramientos se localizan en cementerios (*e. g.* las poblaciones indígenas gnäbes se refieren a “buenas y malas muertes”, dependiendo de cómo muera una persona, así era el tratamiento del cuerpo y la ubicación de su enterramiento), entre otras razones.

Análisis de restos óseos

El trabajo analítico de restos óseos se concentró en los sitios arqueológicos con evidencia cuya temporalidad se asoció al momento de conquista y colonia. El primer paso fue determinar si las etapas de limpieza y etiquetado de los restos óseos estaban completos. Cuando no lo estuvieron, se procedió a su limpieza con una disolución de agua y alcohol (40/60%)²⁹, haciendo uso de algodón y aplicadores, acorde con las especificaciones del Manual de normas y procedimientos para el manejo de colecciones arqueológicas con contexto (MNCR, 2016).

Aproximación a los análisis paleodemográficos

Corresponde al análisis preliminar de la muestra y permitió caracterizar a la población en términos bio demográficos, incluye información basal sobre las poblaciones inhumadas en la época de estudio, tales como el cálculo del número mínimo de individuos, la estimación del rango de edad que tenían las personas al morir y la identificación del sexo. Esta última variable, se consideró para indagar, si pudieron existir diferencias en las paleopatologías presentes según sexo, y si este varió según las edades.

La identificación de los restos humanos se realizó haciendo uso de tablas de análisis, literatura pertinente y conocimientos previamente adquiridos. Así, cada hueso (o fragmentos) se identificaron por medio de las características morfológicas, *primero de manera individual y luego como conjuntos funerarios; concebidos éstos como los restos pertenecientes a un mismo individuo localizado en un contexto específico o una unidad de excavación* (Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007; p. 87).

Retomando a William Bass (1987, p. 7), la identificación ósea parte con la determinación de los huesos, de acuerdo con si estos son craneales (28 en total y de forma plana e irregular) o poscraneales (aproximadamente 177), en el caso de los adultos (Milena Salazar, 2013, p. 73).

²⁹ Para garantizar una mejor conservación, ya que *el alcohol al ser volátil permite eliminar la suciedad sin que el líquido se mantengan o incorpore a los restos osteológicos* (Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007, p. 86).

El sexo de las personas se puede determinar a partir del análisis de la pelvis que proporciona los datos más abundantes y precisos, entre ellos los relacionados con la forma de la abertura superior de la pelvis, de la escotadura ciática mayor del arco del pubis, muesca ciática, forma del agujero o foramen obturado. Por su parte, en el análisis del cráneo son los ángulos goniales de las mandíbulas, la forma de la cresta nugal, el proceso mastoideo, el margen supra orbital, etc., los que ayudan al conocimiento del sexo de las personas (Douglas Ubelaker, 1978, p.p. 42-43; Jane Buikstra y Douglas Ubelaker 1997, pp. 19-20). En términos generales, los huesos de las mujeres suelen ser de menor tamaño y más ligeros que los de hombres, a esto se le conoce como dimorfismo sexual (que se hace más evidente en la adolescencia entre los 16 y 18 años).

La diferencia estatura se asocia con la producción de testosterona, hormona masculina encargada del desarrollo de la masa muscular, aunque claro está, pueden existir variaciones con respecto a este dato, ya que algunas mujeres tienen mayores tamaños que los hombres (Zaíd Lagunas y Patricia Hernández, 2002, p. 33; Tim White y Pieter Folkens 2005, p. 386; en Milena Salazar, 2013, p. 75). Es por ello, que se utilizan algunas tablas de diferencias morfológicas presentes en los huesos.

Para los huesos poscraneales, primero se reconoce la parte del cuerpo que corresponde y su posición (proximal o distal). Siguiendo a William Bass (1987, p. 7) se procede a identificar si es un hueso largo (*e. g.* el cuerpo humano cuenta con: 2 húmeros, 2 radios, 2 ulnas, 2 fémures, 2 tibias y 2 fibulas, así como las costillas y de las extremidades las falanges, metacarpianos y metatarsianos); o si es un hueso corto (como las 2 clavículas). Asimismo, si es un hueso plano (cinturón pélvico, escápulas y esternón – lógicamente los huesos del cráneo se consideran dentro de esta categoría-), y finalmente, si son huesos irregulares, los cuales según su función suelen ser gruesos y pequeños (carpos, tarsos, esfenoides, rótulas).

Por otra parte, se indaga si la persona era adulta o sub adulta, mediante la revisión de los huesos largos y huesos craneales (fisuras), la erupción de piezas dentales, su desgaste, entre otros. Todo lo anterior a través de la comparación con bibliografía especializada.

Para poder estimar la edad a la muerte, los restos se dividen en dos rangos etarios principales: los subadultos y los adultos. La estimación de los rangos de edades al morir en sub adultos se obtiene mediante la identificación de algunos cambios en el desarrollo de las personas, entre ellos los relacionados con las etapas de desarrollo y crecimiento que permiten indagar rangos de edad fisiológica los cuales pueden ser evidenciados en los restos óseos. Para esto, se hace uso de huesos tanto craneales, como poscraneales: el desarrollo de los dientes, la longitud de los huesos y la unión de las epífisis (William Bass, 1987, p. 13; Douglas Ubelaker, 1978, pp. 46-47). No obstante, el análisis de los dientes son grandes aliados en la identificación de personas de distintas edades al ser los elementos más duros del cuerpo y los que mejor se conservan en contextos tropicales (tal como es el caso de los contextos costarricenses), siendo en muchos casos, los únicos restos humanos disponibles en los contextos arqueológicos.

Para el caso de la edad en adultos, alrededor de los 20 años los dientes están desarrollados y *erupcionados*, asimismo, la mayoría de las epífisis están fusionadas y el crecimiento longitudinal de los huesos se ha completado, es por ello que se pueden aplicar otras técnicas tales como la atrición o desgaste dental, obliteración o cierre de las suturas craneales, cambios en la sínfisis púbica³⁰, entre otros (Jane Buikstra y Douglas Ubelaker, 1997, pp. 22-24; Owen Lovejoy 1985, pp. 48-53; Douglas Ubelaker 1978, p. 53, en Milena Salazar, 2013, p. 78).

Por su parte, la determinación del número mínimo de individuos en caso de que no se haya definido previamente en los informes, se determinó revisando la cantidad de huesos según procedencia en las unidades de excavación. De manera que, aunque los mismos estén fragmentados, hay restos que son “diagnósticos” por la cantidad que presenta cada persona o su lateralidad, así una persona no puede tener 2 dientes caninos superiores izquierdos por ejemplo o 2 fémures derechos, etc., lo que ayuda a identificar el número mínimo de personas que hay en los contextos.

³⁰ Se refiere a la articulación que une las ramas superiores derecha e izquierda de los huesos púbicos.

Aproximación al análisis paleopatológico

El estudio paleopatológico es de gran importancia en los análisis de las poblaciones antiguas, ya que permite acceder a información relacionada con las condiciones de vida, la salud, las enfermedades y sus posibles causas (dieta, estrés laboral, ambiente, entre otros, que pudieron dar lugar a intervenciones físicas-médicas realizadas) (Tim White y Pieter Folkens, 2000, pp. 381-382).

En este análisis se distingue entre posibles patologías producto de infecciones, deterioro óseo, fracturas o traumas, desgastes, malformaciones, salud bucodental, entre otros. De esta manera, se analiza la naturaleza de estas alteraciones para asociarlas a algún evento traumático, prácticas culturales o enfermedad posible que las pudiera ocasionar (Donald Ortner, 2003, entre otros).

En la identificación de paleopatologías óseas y dentales, se debe observar la textura de los huesos, si presentan irregularidades, ya que cuando una enfermedad se evidencia en los éstos, se manifiestan como:

... 1) formación ósea anormal, 2) destrucción ósea anormal, 3) densidad ósea anormal, 4) tamaño óseo anormal y 5) forma ósea anormal. Cada una de estas expresiones de enfermedad puede ocurrir como la única manifestación de enfermedad en un esqueleto o en combinación con una o más de las otras expresiones. La formación ósea anormal siempre es el resultado de un proceso patológico *antemortem* (Donald Ortner, 2003, p. 45).

De igual manera, fue preciso analizar los procesos tafonómicos o de transformación postdeposicional naturales, los cuales dejan marcas en los huesos, por ejemplo, hongos y raíces, de manera que no se confundan las evidencias de los procesos transformacionales, con posibles traumas o patologías.

Dentro de la muestra ósea los dientes son muy particulares, ya que se relacionan con el medio (son los únicos elementos que están expuestos), lo que los hace más vulnerables a procesos biológicos y físicos; pues éstos tienen las estructuras más mineralizadas del cuerpo, razón por la cual suelen ser los que más se conservan. Es por lo anterior, que sus patologías se pueden reconocer, brindando datos sobre la salud y dieta de las personas lo cual se relaciona con la economía y el estatus social (Tim White y Pieter Folkens 2005, p. 328; Alan Ogden 2008, p. 283).

Tanto para el análisis de las patologías dentales, como óseas³¹, se aplicó la re-observación macroscópica con ayuda de una lupa y con el respaldo de literatura pertinente. Las mismas se inventariaron según el lugar en el que se encontraron, el tipo de lesión que presentaron, por ejemplo, si eran desgastes por posibles oficios, marcas de infecciones, quebraduras, entre otras.

Con estos procedimientos se obtuvo una base de las posibles enfermedades que se evidencian en los restos óseos, y lo anterior fue contrastado con las fuentes documentales con la finalidad de conocer, -de ser posible-, cómo estos padecimientos pudieron ser tratados, así como se buscó indagar si se documentaron los posibles significados que las comunidades, pueblos y/o sociedades, etc., pudieron brindarles.

Otro tipo de evidencia ósea identificada y no patológica fueron las marcas producidas por actividades culturales relacionadas con traumas y acciones producto, por ejemplo, del empleo de la violencia (sea o no intencional) entre las que se encuentran las fracturas (*ante mortem*, *peri mortem* y *post mortem*) y golpes evidenciados en los huesos, descarnamiento, raspado, desollamiento y desarticulación, entre otros (Miguel Botella, Inmaculada Alemán y Silvia Jiménez; 2000). Éstas están vinculadas con el papel de las personas dentro de su contexto comunitario y las problemáticas sociales a las que pudieron enfrentarse, del tratamiento del cuerpo *peri* y *postmortem*, así como de los procesos postdeposicionales en los contextos arqueológicos. Si bien estas evidencias son poco frecuentes en la muestra, fueron documentadas, valorando si la persona pudo o no vivir tiempo después de presentarse dichos traumas (para esto último valorando la capacidad de regeneración del tejido óseo, redondeo de superficies con cortes, etc.).

Análisis de la cultura material

Como se ha indicado anteriormente, fue de interés indagar cuáles pudieron ser los posibles imaginarios relacionados con *estar bien* y la salud y enfermedad durante la época colonial. Para poder conocer el posible impacto del proceso de conquista y colonia, en la construcción cultural relacionada con el bienestar de las poblaciones, fue necesario

³¹ En la presente investigación, como se indicó, se analizaron los restos de las personas procedentes del sitio colonial Nicoya, la información restante se recuperó de análisis previos en informes arqueológicos, tesis, entre otros documentos.

explorar las fuentes a partir de preguntas como ¿Cuáles pudieron ser las concepciones que las poblaciones tenían sobre las enfermedades y condiciones, previo a este proceso de ruptura ocasionado por el impacto de la conquista española?

De esta manera, se procedió a analizar evidencia cultural que presentaba elementos simbolizados sobre las enfermedades y condiciones que lograron preservarse en el tiempo, entre ellas, se incluyó representaciones corporales elaboradas en cerámica y lítica. A continuación, se explican las técnicas analíticas según la materia prima de los objetos.

Cerámica: Análisis tipológico

Debido a las diferentes funciones sociales desempeñadas por la cerámica, ésta es un indicador importante en el reconocimiento de las distintas poblaciones antiguas, ya que, es uno de los elementos materiales que permiten distinguir a los grupos poblacionales según épocas en las que vivieron y espacios que ocuparon.

En un país como Costa Rica, donde las características del suelo y el ambiente impiden una adecuada conservación de materiales orgánicos, la cerámica es fundamental en el estudio de los sitios arqueológicos. Esta clase de evidencia tiene la capacidad de reflejar información sobre fenómenos y procesos esenciales del desarrollo histórico de las poblaciones que los produjo. (Rodrigo Navarrete, 1992, p. 22, citado en Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007, pp. 79-80). De esta forma, el estudio del material cerámico posibilitó acceder a aspectos como las actividades cotidianas y simbólicas llevadas a cabo por las comunidades antiguas en un espacio histórico particular, la cronología, representación de corporalidades, entre otras.

Para la presente investigación, se estudió la cerámica sin contexto arqueológico definido (también denominadas colecciones sin contexto), que se encuentra en los Museos del Banco Central, el Museo del Jade y Cultura Precolombina, así como el Museo Nacional de Costa Rica. Se incluyeron³² materiales procedentes de todo el país, tomando en cuenta representaciones de enfermedades y condiciones elaboradas en las diversas fases de

³² En la presente tesis se utiliza como final de la época antigua (precolombina) el año de 1560 debido a que es aproximadamente cuando la población ibérica y africana ingresan y logran establecer los primeros poblados en el interior de Costa Rica (Intermontano Central y Pacífico Sur), con lo que se consolida la conquista e inicia la colonización del resto del país. En el Pacífico norte este proceso inició en 1520, de ahí que se diferencien cronológicamente dichas etapas.

ocupación a saber, desde el 500 a.C. hasta el 1560 d.C. La periodicidad amplia se debe a que no existen muchos artefactos con representaciones de este tipo en los museos, y a que fue de interés conocer ¿qué se quiso representar a través del tiempo?, si la simbología utilizada en la manufactura de este tipo de enseres era “estandarizadas” (tienen características reiterativas). O si, por el contrario, correspondían con personajes individualizados y cuyos códigos de representación variaron en el tiempo, así como si el interés por representar las enfermedades varió según épocas y espacios geográficos.

Por su parte, la importancia en este caso de los análisis tipológicos radica en que permiten identificar la región arqueológica de la cual proceden los materiales cerámicos (la región arqueológica Gran Nicoya: subregión Guanacaste; la región arqueológica Central: subregiones Llanuras del Norte, Intermontano Central, Caribe, o Pacífico Central, o región arqueológica Gran Chiriquí: subregión Diquís).

Fue posible, identificar simbología que representa estatus, como la decoración corporal, uso de implementos y materias primas de prestigio tales como colgantes (collares, braseros, tobilleros, bastones, entre otros), sombreros, bezotes y orejeras, así como indumentaria de uso cotidiano como la vestimenta y peinados; los cuales son elementos que permitieron indagar, identificar y clasificar los roles que pudieron desempeñar las personas dentro de sus comunidades y grupos sociales.

Para ello se tomó como base los esquemas clasificatorios establecidos en Costa Rica, para las diversas regiones arqueológicas (*e. g.* Carlos Aguilar, 1972, 1973, 1975, 1976; Michael Snarskis, 1978, 1981, 1983; Suzanne Abel Vidor *et al*; 1990; Claude Baudez, 1967, 1993; y Claude Baudez, *et al*; 1992; entre otros).

Como parte fundamental para el análisis de la cerámica se elaboró una base de datos donde se llevó un control en cuanto a aspectos como: posible lugar de procedencia, características morfológicas, tipo cerámico, región arqueológica asociada, temporalidad, tipo de representación, técnica utilizada, posible paleopatología(s) o condición(es) identificada(s), entre otras.

Análisis lítico

El análisis de la lítica se hizo con el objetivo de distinguir las posibles representaciones de enfermedades, condiciones e inclusive actividades reflejadas en los materiales. Para ello, se analizaron esculturas antropomorfas y antropozoomorfas (representación de personas y animales). Lo anterior permitió reconocer los posibles roles sociales que podrían tener quienes estaban representadas en la escultórica (*e. g.* líderes, “*awás*”, entre otros). Para cada artefacto se reconocieron las técnicas de manufactura y estilos de representación de las particularidades corporales.

Para complementar el análisis, se usaron trabajos que permiten identificar la procedencia en términos de regiones arqueológicas de los artefactos, así como los posibles usos e interpretaciones dadas por profesionales en arqueología que los analizaron, entre ellos se encuentran: Alden Mason (1945), William Kennedy (1968, 1978), Michael Snarskis (1978), David Bernstein (1980), Mark Chenault (1986, 1994), y Payson Sheets (1986), Payson Sheets y Brian McKee (1994), entre otros. Por último, se realizó un examen comparativo de la muestra lítica con la cerámica asociada, con la finalidad de conocer si existieron diferencias en las representaciones de las enfermedades y condiciones representadas según la materia prima, zonas y épocas.

Cerámica y lítica: Análisis de representaciones corporales

En la arqueología es necesario el estudio de la materialidad que se recupera en los diversos contextos arqueológicos, ya que además de datos sobre su producción, estos materiales están dotados de signos y conceptos dados por las personas que los produjeron en el pasado. Esta materialidad visual, auditiva, olfativa, de textura era comunicativa, estaba dotada de significantes y significados para las poblaciones que las produjeron y utilizaron, en términos tanto estéticos, funcionales, comunicativos e ideológicos.

En el caso particular de esta investigación, no se logró acceder a los sistemas de significación semiótica para épocas antiguas, sino sólo a uno de sus componentes básicos o tipo particular de función semiótica: el simbólico, el cual se obtiene mediante la identificación de los signos y símbolos.

Lo anterior se debe, a que no se cuenta con textos escritos que permitan “traducir” e interpretar los significados dados por las poblaciones pasadas a los símbolos que produjeron debido a que, para ello, se requeriría de textos que fueran traducidos por parte de los pueblos originarios y transcritos por los españoles, tomando en cuenta los significados de dichos signos y símbolos. Este tipo de información está ausente para Costa Rica. Por lo que, no se puede realizar un análisis que incluya una traducción e interpretación, pero sí es posible un abordaje del material existente que permita evidenciar aspectos básicos tales como si los materiales evidencian representaciones de personas en contextos cotidianos o si estaban en posibles actividades especiales en donde se utilizaban vestimentas y artefactos suntuarios, si éstas representaciones estaban en actividades específicas, si se puede identificar una individualidad o si las representaciones responden a estándares culturales (son homogéneos), el sexo de la persona, entre otras informaciones básicas que se aprecien a través de los signos y símbolos.

No obstante, la dificultad de no contar con textos que permitieran corroborar el significado que las poblaciones antiguas daban en específico a cada símbolo y colores, así como a las explicaciones que les atribuían a las representaciones de las enfermedades y condiciones, sí es posible acceder a la información sobre la gama de enfermedades con que contaron las poblaciones antiguas, a cuáles se les consideraba diferencialmente, motivando su representación, en este caso en cerámica o lítica³³. También se observó, si existía algún tipo de simbología estandarizada que se pudiera asociar a la comunicación que se hacía de las enfermedades y condiciones representadas, entre otros aspectos.

³³ Se aclara que no todas las paleopatologías presentes en la Costa Rica antigua han sido representadas en cerámica, lítica u otros materiales, por lo que las comunidades antiguas hicieron una selección de lo que consideraron importante de representar y lo que no, así como lo que se podría representar en una corporalidad, ya que no todas las enfermedades y condiciones pueden ser retratables.

Análisis documental

Corresponde a la identificación de los conocimientos, imaginarios, cambios sociales y otros, relacionados con *estar bien*, el cuidado del cuerpo y lo que se concibe como salud- enfermedad, así como los saberes en torno a los procesos de sanación (corporal, social y espiritual), por parte de las diversas poblaciones.

En esta etapa del análisis, se contrastó la información física descrita y analizada en la etapa anterior, junto con datos procedentes de información documental de diversa índole, presentes en las fuentes de documentación etnohistórica, histórica y etnográfica, la cual varía según la calidad de las fuentes.

Lo anteriormente señalado, se abordó mediante la comparación de textos relativos a las mismas poblaciones correspondientes a distintos momentos históricos³⁴ y con ello, la indagación de si era posible identificar los cambios y las razones asociados a estos. En este sentido, dicha hermenéutica vista desde la antropología buscó trascender las descripciones contextuales generales y discursivas.

Así, la hermenéutica (en este caso particular, utilizada en el análisis específico de los documentos etnohistóricos), es una forma de acceder a la legibilidad de los discursos mediante el análisis del uso del lenguaje (y los discursos implícitos) en múltiples textos, e ir conociendo los significados y usos dados en los diferentes contextos.

Este es un mecanismo que permite a quien investiga, tratar de despojarse de los significados actuales de las palabras, para comprender los significados que se les pudieron dar en el pasado. Es por esta razón, que en la presente investigación fue importante abordar el contexto de las épocas a las cuales aluden los documentos, las tradiciones reflejadas en el tratamiento de las enfermedades y los cuerpos, así como las políticas, - durante épocas tardías como la colonial-, implementadas por la monarquía y la Iglesia al respecto.

³⁴ Por ejemplo, no es lo mismo leer las descripciones de las poblaciones indígenas que se escribieron en el momento de conquista en el siglo XVI, a leer sobre las poblaciones (sus descendientes) para el siglo XVIII.

Las fuentes

En la presente investigación se analizaron diversos tipos de fuentes, algunas son publicaciones y otros corresponden a documentación inédita o “gris”. La documentación inédita es de suma importancia ya que brinda descripciones, apreciaciones, que pueden identificarse según el tipo de representaciones sociales, así como de los imaginarios colectivos y sociales propios de la época, con la carga simbólica dada por quienes lo escriben. Entre estos se encuentran los registros de cronistas, la correspondencia entre conquistadores y colonos con las autoridades de la Capitanía General de Guatemala y el Reinado en España, entre otros. Asimismo, se incluyen disposiciones que la Corona y la Iglesia enviaban a sus servidores en América, las disposiciones generales y reglamentaciones que debían ser acatadas.

De igual manera, fueron fundamentales para el presente análisis, las denuncias realizadas de conflictos, algunos de los cuales desencadenaron en consultas legales y juicios. Estos son importantes ya que eran de los pocos espacios en los cuales las poblaciones oprimidas maltratadas denunciaban a sus agresores ante las autoridades, por lo que brindaban declaraciones e información de primera mano, relativa a los conflictos que se presentaban entre las personas que ejercían el dominio y sus subalternos.

Asimismo, los documentos que hacen referencia a los sistemas de creencias de las diversas poblaciones permiten acercarse al entendimiento de lo que significaba *estar bien*, ese *estar bien* que trasciende el cuerpo individual, ya que como se dijo en apartados anteriores, incluía lo físico individual, las relaciones con la colectividad, el medio que se habita y la superestructura o sistema de creencias.

Las descripciones relacionadas con las prácticas de curación son fundamentales, entre ellas se incluyen tanto las de la medicina alopática propia de la época y los cambios que ésta fue experimentando, como las diversas tradiciones médicas autóctonas. La documentación sobre esta temática es de interés ya que reúne tanto las prácticas culturales tradicionales ensayadas por poblaciones africanas y amerindias, como las practicadas por la población ibérica, lo que permite contrastar las alteridades entre estas diversas poblacionales con las pautas establecidas por la Corona.

Lo anterior se complementó con documentos publicados sobre las normativas e intereses de la Iglesia y la Corona respecto a sus dominios en América, los sistemas de creencias que buscaron establecer en este territorio, así como las estructuras para la dominación. Dichos documentos permitieron establecer un contexto de referencia para la comprensión no sólo de lo que la Corona y la Iglesia desearon implementar, sino también, la respuesta que obtuvieron por parte de las poblaciones específicamente, lo que determinó el nivel dominio logrado.

Finalmente, esta información permitió, bajo el instrumental analítico de la antropología y la historia, conocer las particularidades relacionadas con los sistemas de curación asociadas a las diferentes poblaciones presentes en Costa Rica. Dichas particularidades relacionadas con los conocimientos sobre el cuidado y la cura, los rituales asociados, los materiales utilizados, entre otros, fueron contrastadas en diferentes temporalidades para identificar los cambios sociales acaecidos y a la vez, contrastarla con las referencias etnográficas existentes. Con lo anterior se buscó conocer cuáles prácticas culturales se lograron mantener en el tiempo, las interpretaciones actuales que les dan sus cultores y los imaginarios sociales a los que pueden remitir.

El análisis de contenido

El análisis de contenido es de carácter mixto y busca conocer la estructura interna de la información, su organización, estructura y dinámica, centrando su búsqueda en los vocablos y otros símbolos que dan contenido a las comunicaciones, mediante procedimientos relativamente estandarizados (Fernando López, 2002, p. 173). En el caso particular de la presente investigación, lo que interesó de esta técnica fue su aplicación descriptiva que permite comprender los componentes básicos de un fenómeno determinado. De manera que se identificaron las formas en que el tratamiento del tema relacionado con *estar bien* se presentó en los textos analizados.

Para ello se usó las categorías analíticas del marco teórico conceptual (ver Anexo 1) y se hizo una revisión de cómo los textos se refieren a esas temáticas, qué conceptos utiliza?, según el rol de las personas que generaron los documentos, la frecuencia en el uso de las palabras y la connotación dada. El análisis de contenido se aplicó a la

documentación etnohistórica e histórica, no así a la información relativa a las estructuras de poder y de dominación de la Iglesia y la Corona, a las cuales se les aplicó directamente el análisis de discurso y el análisis crítico del discurso.

En este primer nivel de análisis documental correspondiente con el contenido, se buscó acceder a las formas en las cuales las fuentes describen temas relativos al significado de *estar bien* e inclusive los conocimientos sobre el tratamiento y conceptualización de la enfermedad, y si estas formas de descripción pueden responder a apreciaciones personales que no coinciden con los imaginarios culturales y sociales compartidos por el colectivo, por ejemplo, personas que no respondan a normas de la Iglesia o la Corona, en momentos en los que estas instancias buscaban establecer su dominio (ver Anexo 2).

La revisión documental desde la interdisciplinariedad: las técnicas del análisis de discurso y análisis crítico del discurso

Al trabajar con textos de diversas características, es preciso asumir una metodología que permita un diálogo entre las temáticas abordadas en los documentos con las diversas disciplinas. Así, en la presente investigación se buscó comprender el contenido de los documentos fundamentalmente desde 2 técnicas: el análisis del discurso y el análisis crítico del discurso.

No existe una única manera de realizar los análisis de discurso y análisis crítico del discurso, lo que posibilita generar abordajes dinámicos. Para el caso de los textos escritos, se quiso explorar las experiencias y reflexiones elaboradas tanto por quienes los escribieron, como por sus receptores, trascendiendo el lenguaje en sí, por lo que se buscó acceder al sentido “profundo” de los significados sociales y culturales.

En virtud de lo anterior, se retoma a Stuart Hall quien señala la necesidad de contemplar las relaciones sociales del proceso comunicativo (diversos tipos de competencias en el uso del lenguaje) (Stuart Hall, 2004, pp. 217).

Antes de que este mensaje pueda producir un ‘efecto’ (sea como fuere que se defina), o satisfacer una ‘necesidad’ o engendrar un ‘uso’, debe ser primero percibido como un discurso con sentido y descodificado con un significado. Es ese conjunto de significados descodificados los que ‘tienen un efecto’, influyen, entretienen, instruyen o persuaden, con unas consecuencias perceptivas, emocionales, cognitivas, ideológicas o de comportamiento complejas. En un

determinado momento, la estructura emplea un código y produce un ‘mensaje’: en otro momento determinado, el ‘mensaje’, a través de sus descodificaciones, se transforma en estructura. Somos ahora completamente conscientes de que esta reentrada en las estructuras de recepción de la audiencia y su ‘uso’ no pueden entenderse en términos simplemente comportamentales. Efectos, usos, ‘gratificaciones’, son también enmarcados dentro de estructuras de interpretación, así como dentro de estructuras sociales y económicas que dan forma a su ‘comprensión’ al final de la cadena de recepción, y que permiten a los mensajes significados por el lenguaje el convertirse en conducta o consciencia (Stuart Hall, 2004, pp. 219-220).

Dado lo anterior, es de interés saber, a pesar de ser textos escritos desde una mirada etno y eurocéntrica, la posibilidad de ingresar en la discursividad (aunque esta pueda estar permeada por un manifiesto desprecio a la alteridad), y desde allí explorar y realizar una lectura de ese universo social descrito desde los parámetros del autor, pero en busca de los sentidos generados desde la experiencia cultural propia, entre ellas algunas manifestaciones de resistencia o de la visión de la alteridad.

Es posible indagar los cambios en las representaciones e imaginarios por parte de una población, no solamente en el uso de las palabras que se dan para explicarlos, sino propiamente en las acciones sociales, las prácticas culturales y la praxis reflejada a través de los escritos (correspondiente con un análisis crítico del discurso). De esta manera, los cambios que las personas hacen en la cotidianidad de sus experiencias serán reflejadas en la documentación. Por ejemplo, se indagaron las modificaciones a las formas tradicionales de tratar los cuerpos enfermos por parte de las diversas poblaciones amerindias, africanas e inclusive las de origen hispano, lo cual podría reflejarse en la incorporación de medicinas, procedimientos y otros elementos ajenos a esas culturas.

Del análisis de discurso interesa retomar la función que le concede al lenguaje a partir del estudio de las prácticas sociales. El lenguaje cobra sentido en la interacción ya que también remite a la memoria (individual y colectiva), por lo que debe ser estudiada de manera contextualizada según su situación social, histórica, política y cultural. Este tipo de análisis adquiere sentido en relación con otros discursos, formando parte de un inter-discurso, por lo que se busca la comunicación detrás del discurso, cuyo sentido se da solamente en el contexto particular (Luisana Bisbe, 2014). *El análisis de discurso implica por lo tanto el reconocimiento de un texto, un contexto y unos interlocutores..., pero en*

especial una acción discursiva... y la identificación de la intencionalidad, el propósito, las causas, los antecedentes las consecuencias y los efectos de las acciones discursivas (Humberto Rodríguez y Rodrigo Malaver, 2011, p. 224). Esto en términos generales, se puede hacer mediante la interpelación del texto estudiado con la textualidad de la época, con el fin de captar los sentidos propios del discurso.

Por su parte, el análisis crítico del discurso se interesa en la relación entre el lenguaje y el poder, éste se enfoca en el lenguaje como un fenómeno social que incluye a las personas, instituciones y grupos. Este análisis toma en cuenta los diferentes tipos de discurso en donde se evidencie las tensiones y luchas sociales. Es un abordaje crítico, que toma cierta distancia respecto a los datos, los cuales se enmarcan en lo social y se adopta explícitamente una postura política y autocrítica (Ruth Wodak, 2003, p. 29). Lo anterior coincide con el abordaje epistemológico seleccionado en la presente investigación, el cual al cuestionar la manera en la que se ha venido produciendo el conocimiento, obliga el asumir la postura crítica y autocrítica.

Según Ruth Wodak (2003) hay 3 conceptos claves que dirigen los análisis críticos del discurso: el poder, la ideología y la historia, los cuales como se ha evidenciado a lo largo del documento, son elementales en la presente investigación. Particularmente, no se está concibiendo al poder como un concepto estático, todo lo contrario, es un poder en pugna, negociado o impuesto desde diversos espacios y que se ejerce, siendo el cuerpo enfermo y su tratamiento uno de esos niveles de lucha y negociación. Por su parte, la ideología y, por ende, la cultura, es la base sobre la cual se encuentran los imaginarios sociales, éstos van a responder a las formas en que las personas conciben el mundo y lo explican desde su referente cultural, (siendo lo lingüístico y comunicativo parte de esto). Y finalmente, la historia es la que permite el conocer ¿Cómo y por qué se da el cambio a través del tiempo?

De esta manera, los documentos fueron abordados mediante el estudio de las palabras, frases y expresiones, pero no desde un enfoque lingüístico, sino buscando reconocer las dinámicas cotidianas conflictivas de las poblaciones. Por ende, esta metodología posibilitó analizar situaciones de tensión, conflictos y disputas, evidenciadas en el uso discursivo de los términos, pero, prestándole especial atención a la connotación

dada a las palabras, valorando lo que se dice y lo que no se dice, así como el contexto desde el cual se dice. Solamente de esa manera se comprende el poder, la ideología y la historia reflejada u oculta en los textos.

La atención que se le puede dar al uso de las palabras y de sus significados y de cómo estos cambian según las especificidades de las poblaciones, las épocas y las circunstancias históricas y culturales, permiten acercarse a las dinámicas sociales y la comprensión que las diversas poblaciones realizan respecto a sus vivencias, por ende, a los “significados profundos” (Diana López, 2004).

Los “significados profundos” a su vez, responden a los imaginarios que se colectivizan mediante la interacción y socialización de los sujetos (enculturación), quienes, al compartir valores de pertenencia a su cultura y territorio, crean un entramado social específico propio de las comunidades étnicas particulares (Cornelius Castoriadis, 2013). Estos entramados culturales a su vez se reafirman y/o negocian mediante la interacción con otros distintos, para el caso particular de la época colonial, correspondientes con los de los pueblos originarios, negros, zambos, mestizos, criollos, entre otros.

De esta manera, se obtuvo de las fuentes información relacionada con los conflictos interétnicos, el ejercicio del poder, los conocimientos ancestrales en torno a la salud y los procesos de sanación, así como los relativos a las enfermedades, los sistemas de creencias, entre otros.

Lo anterior se logra gracias a la apropiación del discurso y su contenido social mediante la interacción comunidad-individuos, por lo que el tema de la legibilidad del lenguaje es tan importante. Esta legibilidad va más allá de poder leer el español antiguo, se refiere a la necesidad de comprender el significado de las palabras registradas en los textos dentro de una coyuntura social y cultural asociada a poblaciones específicas y momentos de tiempo particulares. Para poder solventar esta necesidad, se realizaron análisis que valoraron las particularidades políticas, económicas y culturales, entre otras. Asimismo, se utilizaron diccionarios coloniales (*e. g.*, Carmela Velázquez, 2005),

complementados con análisis etnográficos que incluyen categorías propias para las poblaciones étnicas.

Plan de análisis

Debido a que en la presente investigación se ha planteado una metodología interdisciplinaria en la que convergen técnicas de distintas ciencias sociales y otros campos del saber, se procedió a realizar un análisis no lineal de la información.

En primer lugar, se partió de un abordaje de las personas-sujetos de estudio. Se valoró su condición de seres bio-psico-sociales, se analizó su corporalidad, su salud. Para ello se inició con el reconocimiento de sus condiciones y enfermedades (por medio de la revisión de los informes de análisis biocultural, para el caso de los sujetos inhumados de los sitios arqueológicos en Costa Rica entre el 800-1560 d.C.; de igual manera, mediante el análisis osteológico de los recuperados para la época colonial: sitio Nicoya), lo anterior por razones de tiempo y acceso a las colecciones³⁵. En el caso de las esculturas y figuras en piedra y cerámica elaboradas aproximadamente desde el 500 a.C. al 1560 d.C., la información se obtuvo de la identificación de posibles enfermedades y condiciones. Para este último tipo de evidencia, fue posible reconocer otros aspectos psicosociales representados, entre ellos: expresiones faciales, inclusión comunitaria de las personas representadas, posible participación en actividades sociales, así como estatus, esto valorando el sexo, la ubicación geográfica (según las regiones arqueológicas de procedencia) y temporalidad, en relación con los ecosistemas circundantes y formas de vida.

Lo anterior, permitió tener una base de la biodemografía de las poblaciones antiguas y coloniales, así como la identificación de algunas enfermedades y condiciones presentes y representadas a lo largo de la ocupación del territorio que actualmente se asume como Costa Rica.

³⁵ Se tiene conciencia que al utilizar esta metodología no se puede contar con un estándar en el tipo de análisis y resultados obtenidos y presentados por los diversos autores, máxime que incluye análisis distintos realizados en diversas épocas, por lo que se hace la salvedad que se manejan los datos con cautela por el sesgo que dicha metodología pueda presentar.

Dicha información se complementó para el siglo XVI en adelante, con análisis de los datos procedentes de fuentes etnohistóricas y etnográficas, lo que permitió vincular inferencias demográficas, cambios socioculturales, económicos, políticos e ideológicos, así como particularidades de los conocimientos transmodernos y modernos evidenciados en las distintas poblaciones que convergen en el proceso de conquista y colonia (ver figura 2).

Figura 2.
Conceptos articuladores en el proceso analítico



Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, el abordaje de la salud y la enfermedad de las poblaciones durante la colonia pudo ser comprendida desde las tradiciones, los distintos tipos de conocimientos y las valoraciones que las poblaciones tenían o no de estos; por lo que se abordaron aspectos ideológico-culturales, económicos, políticos, ambientales y territoriales, siendo cada una de estas categorías relacionales con los distintos conceptos planteados en el presente marco teórico conceptual y epistemológico.

Una vez analizados los documentos y tras contrastar los resultados con las evidencias de los análisis precedentes, fue posible señalar algunos de los imaginarios y representaciones sociales. Además de la identificación de algunas formas de ejercer la

dominación y la resistencia como parte de las dinámicas asociadas con el poder por parte de los distintos pueblos étnicos y el papel, así como la valoración de las particularidades específicas de la provincia de Costa Rica dentro de las dinámicas político-económicas del incipiente sistema mundo. Finalmente, el análisis anterior se circunscribió dentro de una discusión epistemológica bajo la óptica de la decolonialidad y los estudios sociales de la ciencia.

II PARTE
EL ABORDJE DE LAS
CONDICIONES, ENFERMEDADES
Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDO EN
LA ANTIGUEDAD

Introducción

Las enfermedades, traumas y condiciones han acompañado al ser humano a lo largo de su historia y constituyen uno de los hechos más recurrentes, continuos e inevitables en la vida cotidiana de los diversos colectivos, tanto animales como sociales, por lo que son considerados hechos biológicos y sociales universales.

La respuesta social dada a las enfermedades y condiciones, al ser cotidiana constituyen procesos estructurales dentro de todo sistema social, procesos que dan pie a representaciones sociales, imaginarios sociales, así como a la formalización de los conocimientos utilizados en el abordaje y tratamiento de las enfermedades. Los procedimientos y conceptualizaciones médicas varían en el tiempo y en el espacio, según las particularidades culturales específicas.

Todas las poblaciones reconocen algunas enfermedades³⁶ que adquieren un carácter colectivo (por ejemplo, algunos brotes, epidemias e, inclusive desastres naturales, pueden ocurrir por haber incumplido pautas culturales establecidas), por lo que, en parte, deben ser abordados individual y colectivamente (Eduardo Menéndez, 1994, pp. 71-72; Ana Alarcón, Aldo Vidal y Jaime Neira, 2003, p. 1062).

Los modelos conceptuales médicos y su organización estructural (implementada por medio de los sistemas de salud), representan estructuras cognitivos-culturales que responden a construcciones sociales creadas históricamente, las cuales parten de los supuestos dados sobre cómo deben ser concebidas las enfermedades o patologías y su abordaje médico. Por ende, indican lo que es “correcto” o no desde su perspectiva, estableciendo las posibilidades del conocimiento y acción en torno a las enfermedades y el estado de los cuerpos, desde la medicina especializada. Dichos modelos definen los roles, diagnósticos, terapias y códigos culturales que se asocian a cada enfermedad o condición, entre otras normas de procedimiento cultural, que legitima sus prácticas (Eduardo Menéndez, 1994, p. 72; Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, p. 118).

³⁶ En la presente investigación se parte de que las enfermedades y condiciones no necesariamente tienen una connotación negativa para las personas que las viven y sus comunidades.

Bajo esta óptica, la presente investigación concibe la medicina como un proceso dinámico que no puede ser generalizado más que para las culturas y el tiempo a los que éstas corresponden.

Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de dichos padecimientos. El proceso de salud, s/e/a³⁷ ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales (Eduardo Menéndez, 1994, p. 71).

En los sistemas tradicionales y modernos existe la medicina doméstica o casera, la cual tiene su origen en la medicina tradicional de los diferentes pueblos, y es producto de la relación cotidiana entre las personas y su entorno (Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, p. 124), razón por la cual se basa fundamentalmente en el conocimiento de la herbolaria o de las propiedades de las plantas, las temperaturas, los ciclos lunares, la alimentación, entre otros factores.

Es preciso indicar que no todos los sistemas tradicionales establecidos para la categorización de enfermedades son antagónicos a la medicina alopática. Por ejemplo, George Foster y Barbara Anderson (1978 - referidos en Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, p. 122), definen dos grandes tipos de enfermedades según sus causas: a. las personalistas, causadas por el medio ambiente animado o producto de recurrir a un especialista para causar mal (generalmente agentes con poderes sobrenaturales³⁸), las cuales presentan una sintomatología que varía según los pueblos y las comunidades específicas y por otra parte, b. las enfermedades naturalistas producidas por un desequilibrio entre el cuerpo y el medio natural impersonal (agentes microbianos, virus, entre otros), siendo esta una explicación semejante a la biomédica.

Existe una tercera causalidad de enfermedades, la cual responde a los estados emocionales (sustos, resentimientos y otros), que dependiendo de la explicación que le de

³⁷ Entiéndase salud, enfermedad, atención.

³⁸ Pueden ser brujos, seres sobrenaturales, antepasados u otros que envían enfermedades quienes sancionan a las personas que hayan transgredido normas para la comunidad, grupo o cultura (Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, p. 122).

cada cultura, pueden producir enfermedades que refieran a causas personalistas o naturalistas. Así, las causas naturalistas como parte de las correspondientes a los estados emocionales están presentes tanto en la medicina tradición indígena, africana e hispana, como en la alopática o moderna (en esta última, se relaciona con la psicología) (Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, p. 122).

Debido a lo anterior, en las prácticas sobre el cuidado de la salud se pueden analizar socialmente los imaginarios sociales por medio de la identificación y estudio de los significados dados tanto a las enfermedades, como al tratamiento o curación y a las personas que las ejercen.

Elementos como las plantas utilizadas, el tipo de herramientas empleados, oraciones, entre otros conforman símbolos que constituyen su realidad simbolizada, lo que como se indicó en el apartado de conceptualización teórica, conduce a la comprensión de los imaginarios colectivos, en este caso desde un enfoque de interseccionalidad.

Del cuidado y la medicina: breve esbozo del conocimiento médico y el tratamiento de las enfermedades en Europa previo a la conquista y colonización de América

Los diferentes seres vivientes han requerido de alimentos para su sobrevivencia. El consumo de plantas y hongos a lo largo de la historia de la humanidad debió enseñarles a los antepasados, cuáles productos eran favorables y cuáles peligrosos para su salud. Posiblemente, como parte de la adquisición de conocimiento sobre las plantas y el entorno, las personas identificaron especies que les aliviaba de alguna dolencia o que producían algún tipo de cambio en las funciones corporales, conocimiento que se debió transmitir de manera oral de generación en generación, inclusive desde tiempos pre sapiens (Michael Gerald, 2019, p. 16). Este conocimiento es lo que tradicionalmente se ha conocido como herbolaria, siendo una de las formas más extendidas del cuidado y auto cuidado de la salud, por parte de las diferentes poblaciones alrededor del mundo.

La corteza de sauce blanco se cultivó en Europa y China para usarse como analgésico, y la milenrama –utilizada a lo largo de la historia como astringente para reducir el sangrado y diaforético o sudorífico- fue hallada en la sepultura floral de Shanidar IV, un neandertal (60 000 a.C.) encontrado en el norte de Irak. *Piptoporus betulinus*, un hongo comestible utilizado como laxante, fue hallado

junto a una momia Ötzi (3000 a.C.) en los Alpes austriacos. Grupos ancestrales usaron la malva para limpiar el colon (Michael Gerald, 2019, p. 16).

Se parte de la concepción de que el cuerpo es físico y simbólico a la vez, natural y culturalmente producido, anclado a un momento histórico que lo define y lo valora. El cuerpo, en salud, es abordado desde un modelo de integridad orgánica, mientras que, en la enfermedad es un modelo de desarmonía social. Lo anterior se deriva de la tradición griega antigua, que concebía que el bienestar y desgracia de las personas era determinada por los dioses. Inclusive en la escuela más antigua de medicina documentada (Crotona en Italia 500 a. C.) Alcmeón definió salud como equilibrio y enfermedad como desequilibrio, pensamiento que se mantuvo por mucho tiempo en diversos modelos de interpretación médica (Nancy Scheper-Hughes y Margared Lock, 1987, p. 7).

Todas las poblaciones se han enfrentado a enfermedades y epidemias, y en mayor o menor proporción abordaron estos problemas de salud con 3 elementos: 1. Pusieron en marcha medidas de carácter mágico-religioso para buscar aplacar a los dioses y a las fuerzas sobrenaturales; 2. Se utilizó conocimiento científico (de la época) a través de la actuación profesional de médicos y 3. Se involucró el carácter público para vencer a la “plaga”, ya que la epidemia era un factor de ruptura de la cohesión (Enrique Gonzálbes e Inmaculada García, 2013, p. 64)

A continuación, se esboza brevemente, parte de la historia de la medicina en Europa central-sur e ibérica con el fin de contextualizar de dónde proceden los conocimientos sobre el cuidado de la salud que tenían las personas e instituciones que ejercieron el proceso de conquista y colonia en el continente americano. Más adelante se trata el tema en poblaciones nativas americanas y de origen africano.

La historia de la medicina griega y romana es una de las mejor documentadas. Esto ha permitido que se conciba como la historia “oficial” de la medicina, dejándose de lado un vasto acervo de conocimiento sobre el cuidado de la salud por parte de otros pueblos, cuyas prácticas –en muchas ocasiones- son retomadas parcialmente en la literatura y desde la ciencia moderna, con connotaciones peyorativas (*e. g.* se les denomina pre racionales, acientíficas, brujería y hechicería, entre otras).

No obstante, es importante trazar una “línea del tiempo” con los pasos seguidos para generar el conocimiento respecto al cuidado de la salud, con la finalidad de reconocer cuáles de las tradiciones se mantenían aún en la época colonial por parte de las poblaciones ibéricas y sus descendientes, así como sus diferencias y confluencias respecto a las prácticas autóctonas.

En la mayoría de las culturas antiguas se responsabilizaba a los espíritus sobrenaturales o demonios como causantes o sanadores de enfermedades. Esto es de interés, ya que además de la identificación de los procedimientos terapéuticos para el tratamiento de los malestares (por ejemplo, Annette Kerckhoff, señala que desde la antigüedad *se utilizaban capas de hojas para la cicatrización de heridas o el alivio del dolor, por ejemplo la mezcalina (sustancia del cactus), el hachís, la seta venenosa o el beleño negro eran utilizados en rituales de un sistema mágico curativo*) (2015, p. 57), también es posible acceder a concepciones ideológicas y sociales de su uso.

En la actualidad se cuenta con información sobre las prácticas médicas de diversas culturas procedentes de Mesopotamia, Egipto, etc., sin embargo, se mencionan las que pudieron tener injerencia en las poblaciones que confluieron en el continente americano con el fin de comprender su procedencia e historicidad.

Se considera que existió en el antiguo Egipto un gremio médico definido y jerarquizado desde la primera dinastía (e incluso desde tiempos predinásticos). Evidencia como el papiro de Ebers permiten estas interpretaciones, por ejemplo, en su fragmento “854 a” divide en 3 las clases de sanadores que “*podían tomar el pulso*”: *los sacerdotes médicos de Sekhmet llamados con la palabra Eabw; los magos o exorcistas denominados Sa v; y los médicos laicos conocidos como Swnw* (Orlando Mejía, 2016, p. 311).

Los médicos-sacerdotes eran mediadores entre los dioses y los enfermos, se dedicaban a tratar las enfermedades consideradas castigos divinos, asimismo, aprendieron el uso de recetas y según Paul Ghalioungui (1981) convirtieron en los cirujanos a los cuales estaba dirigido el papiro quirúrgico de Edwin Smith (Orlando Mejía, 2016, pp. 311, 401), lo anterior se debe precisamente al vínculo estrecho de la salud con

los sistemas de creencias ideológicos, en lo cual hay coincidencias con el sistema cristiano presente en el siglo XVI.

Por otra parte, algunos de los conocimientos que se conocen sobre la medicina antigua y las concepciones sociales en torno a las enfermedades, proceden de documentos de la época. Para el caso de los griegos se cuenta con el informe médico que se atribuye al poeta Homero, 800 a.C. Según la visión de la antigüedad griega, el bienestar y la desgracia se determinaba por la gracia de los dioses, uno de los dioses “buenos” Apolo era a quien se acudía para la curación. Apolo no sólo fue una de las grandes deidades, sino también el padre del dios sanador Asclepio (quien aprendió el oficio del centauro Quirón), volviéndose experto en la medicina, cirugía y herbolaria (Annette Kerckhoff, 2015, pp. 58-59).

La simbología asociada a esta institucionalización de la sanación griega se representó con un bastón y una serpiente, símbolo que se conserva hasta nuestros días (el bastón Esculapio -Aesculapius dios sanador griego- surgió en el 293 a.C. cuando se intentó controlar una peste y fue invocado el dios griego). La representación que se da de la realidad mediante esa simbolización es el poder sanador de la serpiente, quien es la acompañante más importante de Asclepio y que escupía veneno saludable en una vasija (Annette Kerckhoff, 2015, p. 62).

Es así como los lugares de culto a este dios se extendieron por toda Grecia, las islas del Egeo, las zonas costeras de Asia menor, Roma, Portugal y el Alto Egipto, en lugares propicios (cerca de manantiales curativos rodeados de arboledas, etc., eran semejante a hoteles o *spa* donde se hacían donaciones y sacrificios, con la expectativa de que Asclepiades³⁹ les ayudara a recuperar su salud). Estos lugares eran espacios de peregrinación de enfermos, por lo que, además de los templos, en sus inmediaciones se construían albergues para los viajeros. En el rito de curación el momento central se daba mediante el sueño, cuando las deidades se les aparecía a los enfermos y les decía cómo curarse (por lo que se le denominó sueño curativo o del templo), el cual luego era interpretado por un sacerdote (Annette Kerckhoff, 2015, p. 61; Ruy Pérez, 1997 a y b.).

³⁹ Este dios griego de la medicina se conoció en Roma como Esculapio.

En este lapso, conocido como *incubatio* por los romanos, se aparecían Asclepiádes y sus colaboradores (sus hermanas divinas, Higiene y Panacea, así como los animales sagrados, el perro y la serpiente) se acercaban al paciente en su sueño y procedían a examinarlo y a darle el tratamiento adecuado para su enfermedad. En los orígenes del culto prevalecían los encantamientos y las curas milagrosas, pero con el tiempo las medidas terapéuticas se hicieron cada vez más naturales: las úlceras cutáneas cerraban cuando las lamía el perro, las fracturas óseas se consolidaban cuando el dios aplicaba férulas y recomendaba reposo, los reumatismos se aliviaban con baños de aguas termales y sulfurosas, y muchos casos de esterilidad femenina se resolvieron favorablemente gracias a los consejos prácticos de Higiene (Ruy Pérez, 1997 b., s.p.).

De esta manera, en la Grecia antigua el papel del médico (*iatros*) era el de un sacerdote encargado de brindar el culto a Asclepiádes, vigilaba los santuarios y recogía las ofrendas y los donativos de los pacientes, velaba por el cumplimiento de los rituales y quizás asistía y aconsejaba a los enfermos y sus parientes.

La realidad simbolizada de los griegos mediante el símbolo del bastón con la serpiente ha legitimado históricamente el imaginario social del cuidado de la salud asociado con el linaje deidad-humano y la necesidad social de acatar pautas estandarizadas para los procedimientos de sanación, de ahí la cohesión lograda para la peregrinación y búsqueda de los lugares de culto y sanación. De esta manera, lo imaginario (efectivo) usó lo simbólico para expresarse, mediante la representación.

El conocimiento que inició como un imaginario social se transformó en una representación social hegemónica al tener un alto grado de consenso a lo interno de las poblaciones egipcias y romanas y posteriormente, mediante procesos de colonización, en otras poblaciones. En la actualidad este símbolo ha sido asumido por la medicina alopática, reconociendo el conocimiento de la Grecia antigua como el origen de la medicina moderna, pero deja de lado la realidad ideológica y religiosa que le dio origen.

Uno de los abordajes paralelos a los cultos a Asclepio entre los griegos (ca 500 a. C.), se referían al cuidado de los estilos de vida. Incluía lineamientos estrictos en aspectos como la nutrición (dieta) de quienes estaban enfermas, tanto como parte de la cura, como de la prevención, este modelo es conocido como el Hipocrático. Surgió cuando los dioses olímpicos fueron derrocados del Olimpo y la creencia de que ellos eran los responsables de causar las enfermedades y dar los remedios decae. Es por ello, que los filósofos

naturalistas jónicos del siglo VII al VI a.C. buscaron responder a ¿quiénes eran los que decidían sobre la fortuna y desgracia de las personas en la tierra? Fue así como se buscó el origen de la existencia. Por ejemplo, para Tales de Mileto (ca. 624-546 a. C.) el origen de la existencia estaba en el agua, para Anaximandro (ca. 610-547 a.C.) la sustancia *ápeiron*, no era accesible al ser humano, pero consideraba que a partir de *ahí se daban las polaridades húmedo/seco, frío/caliente, fundamental en la medicina antigua porque los pares se usaban también para la descripción de las enfermedades y los remedios* (Annette Kerckhoff, 2015, p. 68).

Entre las escuelas de médicos más antiguas que cuentan con documentación, está la de Crotona en Italia 500 a. C. En esta Alcmeón definió a la salud como equilibrio y enfermedad como desequilibrio. Otra es la de Cnido (ca. 450 a. C.), cuna de la patología de los sólidos (las enfermedades se sitúan en las partes sólidas del cuerpo), propuesta que posteriormente se cambia por la patología humoral. Otra escuela es la de Cos (ca. 400 a.C.) donde Hipócrates (ca. 460-370 a.C.) y Pólipo o Polibio de Cos (su yerno) fueron los médicos más destacados. A Hipócrates se le considera el padre de la medicina, ya que fue un médico y docente renombrado “el asclepiáde” miembro de la familia de los asclepiades de entonces quienes trazaban su origen hasta el dios sanador Asclepio y trabajaban como médicos desde generaciones atrás. El *corpus de hippocraticum* era literatura médica básica, la cual era registrada para poder transmitirse. Sin embargo, Hipócrates fue solamente fue uno de los recopiladores de los tratados médicos que se habían elaborado por siglos. Se partía de que la salud y la enfermedad se podía explicar observando y pensando de manera lógica sobre las leyes de la naturaleza. Hipócrates y sus colegas abordaron además del tratamiento de los enfermos, el tema de la ética, siendo el juramento hipocrático el documento más antiguo de la ética médica “*Haré uso del régimen dietético para ayudar al enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré...*” (Ibíd., pp. 70- 72; Gerardo Martínez, 2014, p. 91).

De esta manera, las enfermedades se curaban con autocontrol razonable, comer con moderación, beber con medida, hacer ejercicio..., siendo los pilares de la medicina 1. La dieta (organización del estilo de vida para prevenir enfermedades o como parte de las terapias), 2. La materia médica o la farmacología (doctrina de medicamentos) y 3. La

cirugía (tratamiento quirúrgico) ... “*primero la conversación, luego el remedio de hiervas, después el cuchillo*” (Annette Kerckhoff, 2015, p. 74).

Continuando con el desarrollo de estas propuestas cuyos principios fueron desarrollados por Hipócrates y Polibio, la patología humoral, del *latín humor* “*líquido, humedad*” y del *griego páthos* “*enfermedad*” constituyó el modelo dominante prácticamente desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Se basó en las propiedades y principios de los 4 elementos de la filosofía de la naturaleza antigua que le correspondían al ser humano: la bilis negra, la flema, la sangre y la bilis amarilla (conocidos como 4 humores). A cada uno de estos, se le designan determinados órganos del cuerpo y las funciones del bazo, cerebro, corazón e hígado. Posteriormente, se le agregaron el temperamento melancólico, el flemático, el sanguíneo y el colérico. Para esta propuesta también son importantes las cualidades de lo seco y frío (bilis negra), de lo húmedo y frío (flema), de lo húmedo y caliente (sangre) y de lo seco y caliente (bilis amarilla). Todas estas cualidades se examinan en lo físico y mental, así como en lo físico y metafísico, y en la descripción de plantas medicinales y alimentos que se debían consumir, ya que la patología humoral produce relaciones causa-efecto (Annette Kerckhoff, 2015, p. 84).

Hacia el siglo VII, la ciencia tuvo un desarrollo importante en los países árabes, en donde Jabir Ibn Hayyan (latinizado como Geber), transformó la alquimia en química; su obra giró en torno a la búsqueda de una piedra filosofal, con el elixir de la vida, sus escritos fueron traducidos al latín y se convirtió en referencia para los alquimistas europeos posteriores (Michael Gerald, 2019, p. 20).

Más adelante, el médico romano Galeno de Pérgamo (ca. 129-200 d.C.) refinó y perfeccionó el modelo humoral. Fue una autoridad médica y de la filosofía de la naturaleza, escribió más de 400 obras, practicó cirugías con animales y desarrolló conocimiento sobre los nervios, el flujo de sangre y creó muchas fórmulas farmacéuticas. Comentó los tratados hipocráticos e incorporó materiales sobre anatomía, entre los cuales el más importante fue el *De usu partium*, o “Sobre el uso de las partes”. Galeno también relacionó las cualidades de los humores con el transcurso del año y de las diferentes etapas de la vida en las que prevalecían. Consideró como causa de la enfermedad a los desequilibrios en la cantidad de los 4 humores, desequilibrios que se daban antes del

nacimiento y repercutían en las enfermedades que podía padecer la persona. Para sanar, se hacían recomendaciones sobre los estilos de vida, la dieta, se usaron métodos de excreción y contrarios. Años después estos fueron incorporados en las prácticas médicas e introducidos a Europa por los árabes (Annette Kerckhoff, 2015, pp. 85- 89; Gerardo Martínez, 2014, p. 92).

Para esta época, las personas sabían que no todas las partes de las plantas tenían el mismo potencial para mejorar la salud, por lo que se buscó potenciar más los componentes activos mediante la trituración de la parte preferible de la planta y se mezclaba con líquidos como el alcohol, produciendo extractos, tantos sólidos como líquidos conocidos como galénicos (Michael Gerald, 2019, p. 16).

Los desequilibrios y con ello las enfermedades, se daban por exceso o por defecto. *Naturalmente no podía haber defecto simultáneo de humores «opuestos» como frío y calor, o húmedo y seco, pero sí de calor y humedad y de calor y sequedad o de frío y humedad y frío y sequedad. La enfermedad, además, impedía la equilibrada relación existente entre el individuo y su entorno natural (Ibid., 93).*

Conforme avanzó el tiempo y se dividió el imperio romano, el conocimiento de la medicina se trasladó al ámbito de la lingüística y cultura árabe-islámica, donde se compiló, reordenó y publicó en la forma de compendios a los que se le incluyeron además los saberes propios acumulados por los árabes, persas y distintos pueblos de India en la época de la medicina bizantina (ca. 400 al 1450 d.C.) (Annette Kerckhoff, 2015, p. 101).

Así, en el área persa se establecieron instituciones de enseñanza médica, mientras que, en Europa, una vez que cae el imperio romano, los espacios que se establecieron como centros de medicina, fueron los monasterios. Éstos se dedicaron a la recopilación de literatura, la cual traducían y así fue como las comunidades de religiosos asumieron el abordaje de la salud de los miembros y de laicos, destinando espacios dentro de los monasterios y conventos para la atención médica, salas de consulta y en ocasiones una casa para las sangrías.

Benito de Nursia fundador de la Orden de San Benito decretó: “El cuidado de los enfermos debe estar antes y por encima de todas las cosas; se les debe servir como si fueran realmente Cristo”, por esta razón los monasterios se abrieron para los enfermos y se fundaron hospitales, en sus jardines se sembraban plantas

medicinales, lo cual fue apoyado por Carlomagno (747-814 d. C.) y Luis el Piadoso (778-840 d.C.) (Annette Kerckhoff, 2015, p. 102)

Es así como la práctica de la curación para estas épocas no solo fue ejercida por médicos formados como tales, sino también por religiosos. Por esta razón se le continuó dando a la enfermedad una connotación moral y religiosa. Se continúa con la tradición de considerar que enfermedades podían ser provocadas por una vida desmesurada, por el tipo de relación (o no) que tuviese el ser humano con Dios y con la naturaleza, de esta manera, las enfermedades se daban por 4 áreas:

1. *La divina*: las enfermedades pueden surgir si se ha perturbado o interrumpido la relación con Dios;
2. *Cósmica*: como en la patología humoral, los 4 elementos no se limitan solo a la naturaleza que rodea al ser humano, sino a los órganos específicos de éste;
3. *Corporal*: lo que produce la enfermedad es un desequilibrio de los humores y la estrecha relación entre el cuerpo y la mente. Hay una predisposición a padecer 24 enfermedades, estados de ánimo y mentales, *los cuales van de la depresión a la estupidez, la desesperación y la irascibilidad hasta la locura o la obsesión y el descontento eterno, predisposición al cáncer, gota, reumatismo...*;
4. *Mental*: enfermedad como deficiencia de las defensas mentales, que son virtudes como el amor, la misericordia, la esperanza o la valentía (Annette Kerckhoff, 2015, pp. 107-108).

Más recientemente en Europa, Paracelso (“más allá de Celso” -médico romano-) fue uno de los propulsores de la alquimia⁴⁰, tuvo el mismo fin que le habían dado los griegos: intentar convertir metales “impuros” como el plomo en oro y plata, en materiales para prolongar la vida o crear “una vida artificial”, lo cual se lograría con la ayuda de una piedra filosofal. Paracelso, consideraba que la alquimia era uno de los 3 pilares de la medicina (junto a la filosofía y la astronomía). En el siglo XIV se dio la epidemia de la peste, la cual causó el deceso de casi 1/4 de la población europea. Para esas fechas la medicina se basaba en los principios de Galeno e Hipócrates, hasta que llegó Tefrasto Bombasto de Hohenheim (“Paracelso”), famoso médico del renacimiento que promulgaba

⁴⁰ Esta denominación posiblemente se derivó de la antigua palabra egipcia “al-kimiya” que se refería a la química de la Antigüedad y de la Edad Media (Annette Kerckhoff, 2015, p. 114).

la importancia del conocimiento más profundo de las cosas y de la naturaleza, fundador de la química farmacéutica, realizó publicaciones sobre medicina y farmacia, botánica, astronomía, teología, filosofía, ciencias naturales y alquimia (Annette Kerckhoff, 2015, pp.114- 115; Michael Gerald, 2019, p. 20).

Según Paracelso había diversas formas de ser que lo vincula al Universo. *Entia* (plural) o *ens* (singular), del verbo latino *esse*: ser= esencias de diversos tipos. A estos 5 puntos él les asignó enfermedades y causas (ver Tabla 1). Paracelso consideraba que había 3 principios que marcan la vida y la materia, los cuales se basan en la alquimia árabe: El mercurio, azufre y sal que conformaban su concepto total del mundo de la medicina, las enfermedades mercuriales eran los padecimientos neurológicos, psicosomáticos de cuadros sintomáticos cambiantes; las de azufre se relacionaban con las enfermedades inflamatorias agudas, las musculares y las febriles; y las enfermedades de sal eran las crónicas y procesos degenerativos. Además, estos principios se relacionaron con los temperamentos antiguos, los elementos, los planetas, las plantas, los metales, etc. Por su parte, el azufre representaba lo ardiente y voraz, porque es caliente, seco y fuerte y se asoció con el alma; la sal era la materia espiritualizada, la forma y estructura, representa el cuerpo, es sólida y fría, mientras que el mercurio constituía el principio del cambio; representa el espíritu, es fluido y fácil de destilar (Annette Kerckhoff, 2015, pp. 122-123).

Sin embargo, este cambio en las formas de aplicar la medicina y concebir los cuerpos enfermos, no fue tan rápida, menos en lugares como España, donde la religión y la política estaban articuladas y regía sobre la vida de sus reinos tanto en Europa como en América.

Tabla 1.

Tabla con las esencias, enfermedades y curas según Paracelso

| Causas de la enfermedad | Mecanismos para curarlas |
|--|---|
| - <i>Ens naturale</i> , del cosmos de la naturaleza. Predisposición natural para enfermarse. | - <i>Ens naturale</i> , aplicación de las fuerzas de la naturaleza, <i>e. g.</i> plantas medicinales, baños, etc. |
| - <i>Ens veneni</i> , de las sustancias venenosas y curativas. Envenenamientos, contaminación e infecciones. | - <i>Ens veneni</i> , antídotos y fármacos específicos. |
| - <i>Ens astrale</i> , orden del tiempo cósmico del mundo y del ser humano (ciclo del año, de los astros, biorritmo del ser humano). Enfermedades de influencia ambiental, alteraciones en el biorritmo y discordia con los ciclos de la naturaleza. | - <i>Ens astrale</i> , reintegración del enfermo a los ritmos y órdenes naturales como el ritmo del día y la noche. |
| - <i>Ens spirituale</i> , lo mental, espiritual en el ser humano y el cosmos. Preocupaciones, miedos, irritabilidad, comportamiento incorrecto y debilidades. | - <i>Ens spirituale</i> , camino espiritual que apoye la conducta del paciente hacia una actitud positiva. |
| - <i>Ens deale</i> , orden divino. Enfermedades fuera de nuestro control, dados por la providencia divina y la fatalidad. | - <i>Ens deale</i> , el camino de la fe como fuerza, en la sensatez de la enfermedad, en la esperanza de mejoría y en el poder creador. |

Fuente: Annette Kerckhoff, 2015, pp. 119-122.

Como se evidencia de este breve recuento de las concepciones que se tenían sobre las enfermedades y sus curas en el Viejo Mundo, previo y durante el siglo XVI, los imaginarios mágico-religiosos fueron los concebidos como causa y solución a las enfermedades, si bien son de origen antiguo se mantuvieron hasta entrado el proceso de conquista y colonia. En la mayoría de los casos, así se consideraba que las enfermedades eran ocasionadas por castigos divinos, lo cual se contrarrestaba suplicando perdón, haciendo rezos o encantamientos, con regalos, sacrificios, penitencias y promesas de enmienda (Ruy Pérez, 1997 a., s. p.) e inclusive pagos de indulgencias.

Con el proceso de conquista y colonia, los médicos europeos reaccionaron ante las consecuencias en las enfermedades que tuvo el descubrimiento de América de la misma manera que sus predecesores ante la peste, sobre todo en el caso de la sífilis y otras novedades que no coincidían con ninguna de las antiguas enseñanzas. Por lo que, el

impacto de las enfermedades en términos ideológicos fue fundamental marcando el inicio en el cambio de muchas de las concepciones sobre las enfermedades.

Conforme se iba conociendo más detalles sobre América, se fueron cambiando los conocimientos antiguos por los modernos, al menos en ciertos aspectos. Esta apertura le permitió a Paracelso (1493-1541) realizar innovaciones médicas y rechazar la autoridad que hasta entonces tenía Galeno, ya que enfermedades “nuevas” como la sífilis parecían exigir medicinas más fuertes y eficaces, por lo que recurrió a la farmacopea química y a la filosofía médica mística, cuyo resultado fue el rápido desarrollo de la práctica médica europea (William McNeil, 1984, pp. 240-241).

A pesar de que este recuento de la antigüedad de la medicina en algunos espacios de Europa no buscó ser en absoluto exhaustiva, sino que más bien ilustrativa, brinda una imagen muy general de los conocimientos y prácticas que se llevaban a cabo para la sanación de los cuerpos.

Estos conocimientos, junto a la herbolaria, eran los modelos reconocidos por los ibéricos al momento de la conquista y colonia del continente americano. Estos estaban permeados con las valoraciones socioculturales, los imaginarios sociales en torno a los sistemas de creencias y medicinas de tradición de distintos pueblos y épocas, las cuales se ponían en práctica y buscaban perfeccionar. En el caso de España, las escuelas de enseñanza reproducían conocimientos muy tradicionales a cargo fundamentalmente de religiosos y con base en el modelo humoral, la herbolaria y concepciones cristianas.

Unido a lo anterior, desde épocas antiguas, como se ha señalado, la información sobre las plantas con fines medicinales *formó parte de compendios de la llamada materia médica que incluían la identificación y composición química de las plantas; las fórmulas medicinales vegetales y, más tarde, químicas; una descripción de los efectos de los medicamentos en el cuerpo y el uso de sustancias en el tratamiento de las enfermedades herencia de las tradiciones herbolarias y alquimistas. Esta tradición inició en el siglo I con Dioscórides (médico griego) en su obra “De materia médica”, la cual fue consultada durante más de 1500 años, e incluía la descripción e información de unas 500 plantas en 5 tomos (Michael Gerald, 2019, p. 38).*

Con el paso del tiempo se agregaron y modificaron algunos de los datos contenidos en esta obra y se fue mejorando el conocimiento sobre las propiedades de las medicinas, inclusive este ejercicio se realizó con las nuevas especies que se conocieron en el proceso de conquista y colonia del continente americano.

De esta manera, se identifica un cambio cultural relacionado con las prácticas del cuidado de la salud y la reproducción social del conocimiento. La tradición griega hizo un tránsito de la concepción de la salud otorgada por las deidades con las que tienen además relaciones conflictivas, al reconocimiento de la sabiduría humana y la búsqueda del conocimiento sobre los orígenes causantes de la enfermedad. Si bien ideológicamente el cambio es importante, el rol social del conocimiento continúa manteniéndose entre una élite. Lo anterior continúa en épocas del imperio romano.

No obstante, se presenta una disrupción significativa con las instituciones de enseñanza de la medicina árabes, las cuales se mantienen entre una élite y presenta un mayor nivel de especialización y avance en los conocimientos químicos, en comparación con lo que sucedía en Europa en donde se traslada la sede del conocimiento a las órdenes religiosas. En este caso nuevamente los imaginarios sociales en torno a la salud van a estar determinados por el deseo o no que tengan esas deidades respecto a que la persona pueda o no sanar. La principal diferencia recae en el tránsito de las creencias politeístas a las monoteístas específicamente asociadas con el cristianismo.

No obstante, la salud en Europa de acuerdo con la cita anterior se comienza a concebir como una necesidad generalizada y que debe ser obtenida independientemente del estrato social de las personas, de ahí el papel caritativo de las órdenes religiosas, con quienes los médicos iban a compartir ciertos conocimientos.

No está de más recordar, el papel que tuvieron los monasterios como espacios de conocimiento, de generación y reproductores de imaginarios sociales y a la vez de formación de profesionales, siendo una de las ocupaciones más prestigiosas de la época el sacerdocio, por lo que la práctica curativa continuó reproduciéndose oficialmente entre las élites científicas y religiosas de la época.

La medicina de tradición africana

Como sucede en la mayor parte del mundo, entre más antigua la población y si las éstas carecían de escritura, menos posibilidades hay de conocer aspectos detallados sobre sus prácticas culturales y entre ellas las médicas.

Previo al siglo XVI

Para el continente africano se cuenta con evidencia de épocas paleolíticas en Marruecos que permiten suponer que, en ese lapso temporal⁴¹, se practicó una medicina rudimentaria. El cuidado de la salud y las prácticas médicas incipientes estuvieron presentes desde que el ser humano comenzó a reaccionar frente a los cambios atmosféricos y patógenos de diverso tipo. Las poblaciones debieron implementar diversas prácticas de higiene y de curación. Jean Fauvet, aseguró en 1957, que las poblaciones paleolíticas llevaron a cabo tareas manuales muy difíciles entre ellas cauterizaciones, incluso amputaciones (en Budaoula Belkamel, 1992, p. 272).

La evidencia ósea expuesta en el Museo Arqueológico de Rabat presenta diversas “mutilaciones” [modificaciones] rituales en antiguos pobladores de Marruecos. En la antigüedad la enfermedad y la muerte no son hechos normales. Éstas eran concebidas como la intervención de fuerzas ocultas, espíritus y demonios que deben ser expulsados. Para lograrlo, las personas especialistas en medicina emplearon además de medicamentos, palabras mágicas, amuletos y tatuajes (*Ibid.*, p. 272).

Es posible que las personas encargadas de ejercer la medicina de tradición africana también desempeñaran el papel de líderes religiosos, y que las prácticas estuvieran acompañadas de rituales variados. Las enfermedades podían responder a causas cuya explicación era sobrenatural, prácticas culturales, el ambiente en que vivían, así como los modos de vida.

El sitio epipaleolítico de Taforalt, en el este de Marruecos (12 000 a. C.), presentó restos de al menos 80 adultos, 6 adolescentes y 100 niños. De 86 esqueletos de adultos y

⁴¹ En África es el lapso temporal más amplio en el que se han desarrollado los humanos, abarca cerca de 2.59 millones de años hasta aproximadamente 12 000 años.

adolescentes, 52 presentaron paleopatologías que incluían 32 personas con espondilosis⁴² y varias otras enfermedades. La espondilosis, según las investigadoras, se ve favorecida por trastornos estáticos causados por el sedentarismo (principalmente por la posición sentada). En este caso particular, correspondía a un pequeño grupo ibero-mauruso con una vida pacífica, que no cazó mucho y se alimentaba de caracoles (Budaoula Belkamel, 1992, p. 272).

De igual manera, en esta muestra se reconoció la práctica de las trepanaciones craneales⁴³, así como la presencia de una mujer politraumatizada (fractura de clavícula y ambos antebrazos). La trepanación también se practicó en los tiempos "neolíticos" (cerca del 8000 al 6000 a. C.). Estas operaciones fueron exitosas. Los restos óseos evidencian que las personas a quienes se les practicó sobrevivieron, esto debido a que se observa la reparación ósea de los bordes del orificio. Se desconoce si para este tipo de intervenciones se utilizaron plantas con propiedades sedantes o analgésicas, pero se considera que es muy probable (*Ibidem*).

La trepanación es uno de los primeros procedimientos quirúrgicos que involucran el cráneo del que tenemos un registro auténtico. La operación implica la extracción de parte de la bóveda del cráneo sin dañar las meninges y el cerebro subyacentes (Ted Steinbock, 1976, p. 29).

Respecto a los propósitos de estas operaciones se plantean 3 posibilidades: las de carácter místico, otras de propósito terapéutico, y la última incluye las dos categorías anteriores. Las trepanaciones de Taforalt se consideran las más antiguas. En las siguientes épocas, neolítica y "protohistórica", este tipo de operaciones han persistido en otras regiones del norte de África, particularmente entre los Chaouias del Aurès argelino. Como parte del instrumental utilizado se encuentra: un fragmento afilado de obsidiana, un diente de tiburón, un caparazón afilado, raspadores y cuchillos de pedernal y cronológicamente se ubican en el Neolítico (5000-3000 a.C.). El segundo punto importante señalado en Taforalt es el esqueleto de la mujer politraumatizada: tisé, y es

⁴² 1. f. Med. Grupo de enfermedades caracterizadas por la inflamación y fusión de las vértebras, con rigidez consecutiva de la columna vertebral (diccionario de la Real Academia Española, 2020).

⁴³ Se define a la trepanación como la extracción de una porción de hueso del cráneo, para acceder a la cavidad craneal, donde probablemente se encuentra el órgano más importante del ser humano, el cerebro, ya que en él se concentran emociones, razonamiento, memoria, lenguaje, pensamiento, personalidad, etc. (Mario López Ferro, 2015, p. 26).

nuevamente Dastugue quien describe el caso en detalle (Budaoula Belkamel, 1992, pp. 272-273).

El dato brindado por las fracturas de la mujer señala que pudo sobrevivir a pesar de sus lesiones. Sus huesos consolidaron sus fracturas y luego desarrolló espondilosis cervical. Según Dastugue, la prolongada supervivencia supone que fue asistida (alimentada, cuidada y sanada) durante mucho tiempo. Dicho cuidado evidencia la solidaridad tribal o familiar presente en estas poblaciones (*Ibid.*, p. 273).

Como se aprecia de las referencias anteriores, los conocimientos que se tienen de las poblaciones antiguas africanas (no egipcias, ni posterior al contacto con los imperios europeos), se basan fundamentalmente en datos arqueológicos.

En épocas más recientes, se cuenta con estudios sobre el impacto dañino que provocaron las epidemias en diversos pueblos. Por ejemplo, el abandono de los asentamientos en Akrokrowa en Ghana a principios del siglo XIV d. C. Asimismo, el registro de cerca de 76 contextos funerarios con entierros de bebés en un asentamiento abandonado, que actualmente forma parte del sitio del Patrimonio Mundial de Mapungubwe, en el Valle de Limpopo de Sudáfrica. Este lugar sugiere que una pandemia afectó a las personas que vivían allí después del año 1000 d. C. (Shadreck Chirikure, 2020, s. p.).

Entre las estrategias que tenían las poblaciones para enfrentar situaciones de epidemias y pandemias estaban la quema de asentamientos como desinfectante, el traslado de estos a nuevas ubicaciones, así como el distanciamiento social mediante la dispersión de asentamientos. Los hallazgos en Mwenezi, en el sur de Zimbabwe, evidencian que era un tabú tocar o interferir con los restos de los muertos, lo que evitaba que las enfermedades se transmitieran por el contacto. Algunas de estas prácticas se han conservado en el tiempo, ejemplo de ello, es la negativa de los trabajadores de un equipo de excavación a continuar con los trabajos asociados a contextos de pisos de casas de un asentamiento considerado sagrado y asociados a un brote de enfermedad del siglo XIII (esto sucedió en una investigación a fines de la década de 1960, en Phalaborwa, Sudáfrica) (Shadreck Chirikure, 2020, s. p.).

Por otra parte, la investigación de los primeros asentamientos urbanos en el centro y sur de Ghana identificó el impacto de las pandemias en lugares como Akrokrowa (950 - 1300 d. C.) y Asikuma-Odoben-Brakwa en el distrito central de Ghana. Estos asentamientos, como otros en el valle de Birim en el sur de Ghana, estaban delimitados por sistemas de trincheras y bancos de tierra. La evidencia muestra que después de un par de siglos de ocupación continua y estable, los asentamientos fueron abandonados abruptamente en un lapso que coincide con la devastación de la peste negra en Europa. Posterior a esta pandemia, dichas comunidades afectadas se fueron a vivir a otro lugar. Debido a que no hay signos de efectos a largo plazo, en forma de largos períodos de dificultades, muertes o cambios socioeconómicos o políticos drásticos, las personas arqueólogas creen que estas comunidades pudieron manejar y adaptarse a la pandemia (Shadreck Chirikure, 2020, s. p.).

Es posible identificar una dimensión política de la corporalidad en este caso de las personas fallecidas en sitios arqueológicos tan antiguos, en tanto se generan intencionalidades respecto a cómo se debe tratar los cuerpos en este caso, para la protección de la salud de las demás personas sobrevivientes, así como la preservación y continuidad de las prácticas y rituales que legitiman políticamente en su organización social la permanencia de los sistemas de creencias y las personas encargadas de liderarlas. Es decir, legitima creencias y estructuras.

La necesidad de salvaguardia colectiva generó una práctica restrictiva respecto al cuerpo de las personas fallecidas, siendo un tabú tocarlos. En estos casos, se generan imaginarios colectivos que terminan materializándose en tabúes, éstos se pueden presentar en múltiples poblaciones, aunque estas no hayan tenido contacto entre sí.

En este caso la salvaguarda de los cuerpos y la salud es la condicionante para el establecimiento de pautas sociales relacionado con las restricciones y especializaciones como es el caso de las personas con los conocimientos necesarios para el manejo y administración de los rituales, de paso necesarios para el enterramiento de quienes fallecieron por las enfermedades.

Los sistemas de conocimientos de los antiguos africanos dejan en claro que la quema de asentamientos o bosques era una forma establecida de gestionar las

enfermedades. Otra medida fue ubicar asentamientos dispersos para albergar a una o dos familias, las cuales se mantenían prudentemente alejadas para evitar que se propagaran las enfermedades, pero sin alejarse mucho (distanciamiento solidario), para poder participar en el cuidado, el apoyo y la cooperación diarios. Las comunidades sabían que los brotes eran impredecibles pero posibles, por lo que construyeron sus asentamientos de manera dispersa para planificar el futuro en lugares como Zimbabwe y partes de Mozambique (Shadreck Chirikure, 2020, s. p.).

Si bien la información contenida en los sitios arqueológicos es fundamental para la comprensión de las poblaciones antiguas, mucha evidencia sobre la vida y costumbres intangibles escapa a la materialidad. Es por ello, que los datos procedentes de los registros escritos son importantes para la comprensión de la vida de las personas africanas esclavizadas trasladadas en el comercio trasatlántico a América.

La información escrita también permite conocer que, durante siglos, en África se presentó la “enfermedad del sueño”, la fiebre amarilla, hubo inseguridad alimentaria (subalimentación), mortalidad infantil, así como muertes por disputas entre diversas poblaciones. Lo anterior incidió en la demografía de los pueblos. África fue considerada por viajeros de Europa y Asia como un territorio difícil, por su clima húmedo y caluroso (considerados insalubres) (Humberto Triana y Antoversa, 1989, p. 42).

Se considera que desde África llegaron al continente americano la fiebre amarilla, el dengue, la melanuria, las amebas, varias formas de disentería bacilar, lombrices de Guinea, algunos parásitos intestinales de la anquilostomiasis, la dermatosis tropical, entre otras enfermedades. Si bien es cierto, la malaria o paludismo no es oriunda de dicho continente, algunas de las personas esclavas contaban con mejores defensas para enfrentarla a diferencia de europeos y los nativos americanos. ... *la prevalencia en África tropical del *Necator Americanus*, se consideró como resultado del comercio de negrero y difundido posteriormente por todo nuestro continente por esclavos parasitados (Ibid., 43).*

Los documentos que mencionan algunas de estas enfermedades permiten complementar los datos obtenidos de contextos arqueológicos. Son de especial

importancia porque permiten conocer las afecciones que no necesariamente dejan huella en los restos óseos antiguos.

Africanos en América

Ahora bien, ¿cómo llegó el conocimiento sobre el cuidado y las medicinas de tradición africana al continente americano? Para ello hay que establecer el antecedente de la esclavitud. La esclavitud en España data de la Edad Media, cuando los teóricos y políticos la justificaban y asumían mediante documentos como las *Siete Partidas*, escritas por el rey Alfonso X o Alfonso “El Sabio”, entre los años 1256-1263. Específicamente las leyes que se refieren a la esclavitud fueron promulgadas en 1348. Corresponden a un código basado en la legislación romana y en leyes islámicas que buscaron regular y normar las relaciones entre los esclavos y sus amos, sus deberes y derechos (Real Academia de la Historia, 1851, en María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 138).

Debido a lo anterior, cuando se dio el proceso de conquista y colonia de América, el régimen español tenía muy estructurado el sistema de esclavitud con personas africanas y buscaron aplicarlo también a las poblaciones nativas americanas (María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 138).

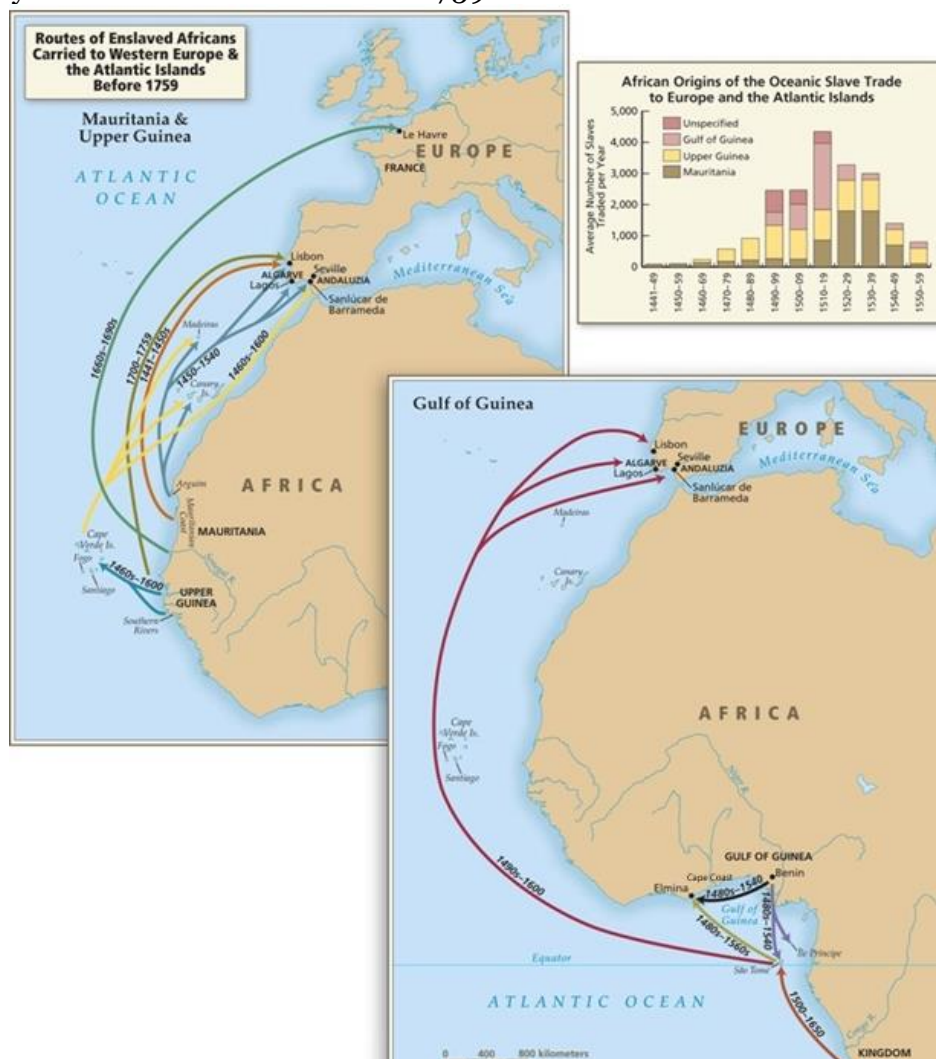
Las primeras personas africanas que fueron esclavizadas para trabajar en “el Nuevo Mundo” en el siglo XVI zarparon de Europa (España y Portugal) y no de África (Rina Cáceres, 2011, p. 20). Si bien, durante el proceso temprano (inicial) de conquista y colonia americana, el tráfico de esclavos estaba liderado por Portugal (siglos XIV al XIX), España continuó beneficiándose del trabajo y reproducción de la fuerza laboral esclava africana (principalmente entre el siglo XVI y XVII) (*Ibidem*).

En los inicios de la conquista y colonia americana, los portugueses dominaron el negocio de compra y venta de personas africanas. El primer viaje directo de África a América posiblemente fue en 1526. Para ese entonces, los principales destinos de los barcos esclavistas fueron La Española, Veracruz y Cartagena. Para el siglo XVII los comerciantes holandeses, ingleses y franceses disputaron y ganaron el dominio del comercio esclavo marítimo a los portugueses (Rina Cáceres, 2011, p. 20).

Entre 1500 y 1850, más de 12 000 000 de africanos esclavizados fueron transportados al “Nuevo Mundo”. La gran mayoría fue trasladada desde África occidental y central, aunque hasta ahora se desconocía el origen exacto. Para el caso de las islas del Caribe, particularmente San Martín, estudios genómicos han permitido identificar a 3 personas como procedentes de Camerún, Nigeria y Ghana (Hannes Schroeder, *et al*; 2015), coincidiendo lo anterior, con parte de las acciones desarrolladas por el capitalismo incipiente (ver Figura 3).

Figura 3

Mapa de rutas por las cuales las personas africanas esclavizadas fueron llevadas a Europa occidental y las islas atlánticas antes de 1759



Fuente: <https://www.slavevoyages.org/static/images/assessment/intro-maps/O3.jpg>

Estos inmigrantes y sus descendientes fueron forzados a trabajar en condición de esclavos. El sistema esclavista en el Caribe se extendió hasta 1863, en las colonias francesas a 1848, en las británicas a 1863 y en Cuba y Puerto Rico hasta 1886 (Michelle Johnson, 2011, pp. 7-8). En tanto, para Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica y Panamá, el fin de la esclavitud llegó en 1824 (Rina Cáceres, 2011, p. 16).

Es conocido que los traficantes negros o árabes se internaron en África en busca de esclavos, los cuales podían ser prisioneros de guerra, personas secuestradas, delincuentes y en una minoría que se entregaban a cambio de alimentación, -sin saber realmente a los que iban a enfrentar- entre otros. Estos esclavos eran encadenados y trasladados hasta las costas, siendo de las más importantes *Cape Coast* (en la actual Ghana⁴⁴). En este lugar se encerraban a los cautivos antes de ser embarcados, tras hacer trueque con europeos a cambio de los esclavos⁴⁵. Inicialmente, en el siglo XV los españoles y portugueses que llegaban a África no buscaban exclusivamente a esclavos, sino oro. Fue hasta el siglo XVII cuando se invirtió el interés y se buscaba más esclavos que oro. Los europeos tenían una demanda de esclavos para trabajar los cultivos de caña de azúcar y otros productos en sus colonias, debido a la abrupta baja de mano de obra indígena, que fue la primera en ser explotada en estos lugares (Franco Fernández, 1976; Luz María Martínez, 2008; Rina Cáceres, 2011; Sissy Indira Gómez y Manuel Fernández, 2021, entre otros).

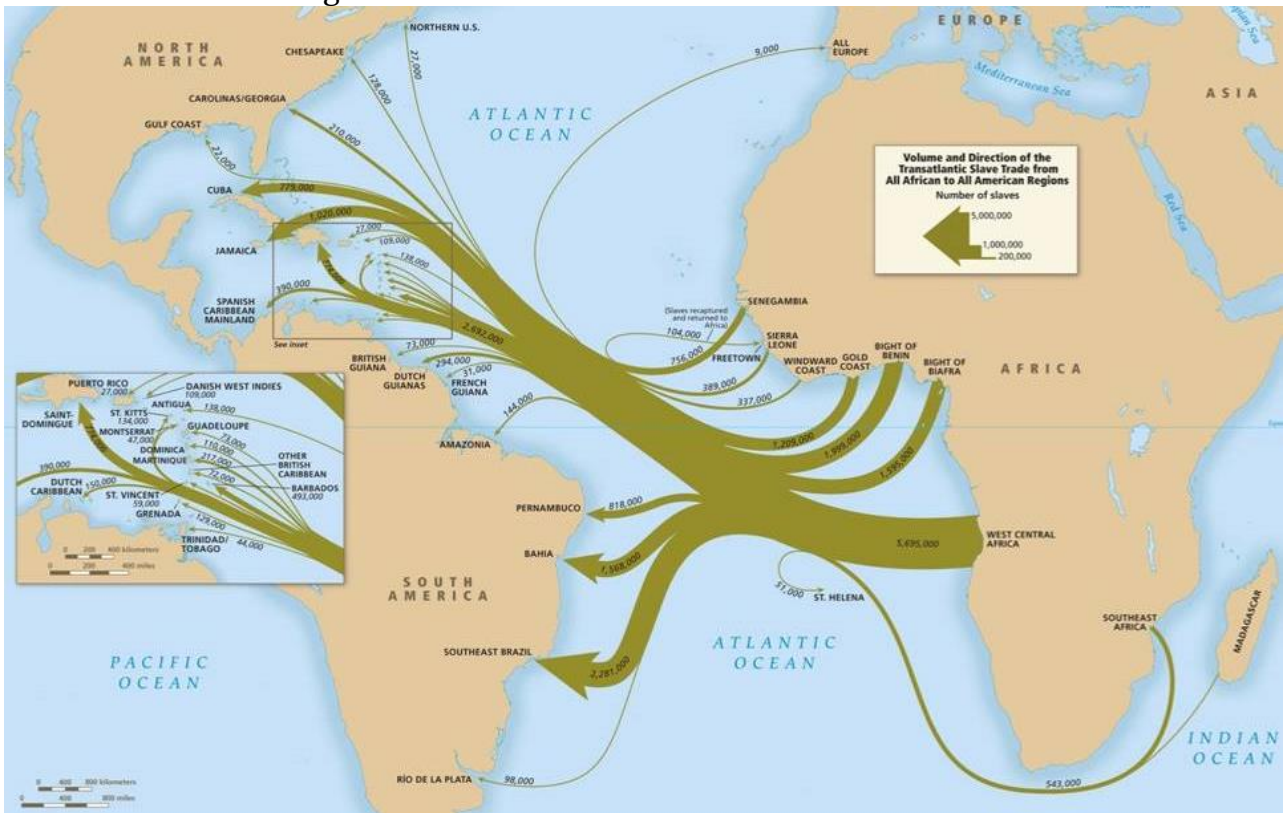
De esta manera, es posible que gran parte de la población que llegó al Caribe y Centroamérica fueran embarcados en *Cape Coast* con personas procedentes del centro y occidente de África (ver Figura 4).

⁴⁴ Cape Coast es la capital de Ghana Central, fundada por portugueses en el siglo XVI en los alrededores del castillo de Cape Coast, construido por los suecos en 1655 y tomado por los británicos en 1663. Fue el centro comercial de mayor importancia de Gold Coast hasta 1877 cuando la capital de Ghana pasó a ser Accra (<https://www.britannica.com/place/Cape-Coast>) y lugar de arribo de embarcaciones esclavistas durante el periodo colonial.

⁴⁵ Los traficantes europeos llevaban a las costas africanas con mercancías que incluían textiles (muchos procedentes de Asia meridional), alcohol, armas de fuego, herramientas y utensilios, así como conchas de caurí- un caracol marino que se usaba como moneda-. Estos eran los bienes que usaban para adquirir esclavos (<https://www.pbs.org/wgbh/aia/part1/1narr1.html#:~:text=Africans%20were%20either%20captured%20in,brought%20by%20boat%20from%20Europe>).

Figura 4

Mapa con volumen y dirección del tráfico de esclavos trasatlántico de todas las regiones africanas a todas las regiones americanas



Fuente: <https://www.slavevoyages.org/static/images/assessment/intro-maps/09.jpg>

Los principales puertos involucrados en el trasiego de casi el 75% de las personas extraídas de África fueron Río de Janeiro, Bahía, Liverpool, Londres, Nantes, Bristol y Pernambuco. Siendo el Caribe y Suramérica el destino del 95% de los africanos que arribaron al continente americano. La región de África Centro-occidental, entre la costa del Cabo López (actualmente Gabón) y Benguela (Sur de Angola) es de donde sacaron entre 1751 y 1850 la mayor cantidad de africanos y africanas: casi el 50% del total de la mano de obra africana llevada a América (Rina Cáceres, 2011, pp. 20-21).

Base de datos como las generadas por *Slave Voyages. Org* han recopilado información sobre la procedencia, años y lugares de arribo de las poblaciones secuestradas en África. Por ejemplo, en 1567 se reporta la llegada de 75 esclavos procedentes de un puerto indefinido de África al territorio español Circuncaribe (con excepción de las Antillas, no se especifica el arribo a ninguna provincia de Centroamérica, solamente a los

principales centros). Entre los datos registrados, se cuenta con los números de identificación, nombre del navío, la bandera y el capitán que los transportaba, entre otros aspectos. No obstante, conforme avanza el tiempo, otros países se integraron al tráfico de esclavos, como el caso de Gran Bretaña y Francia, quienes transportaron muchas personas esclavizadas a sus colonias en las Antillas durante el siglo XVIII (<https://www.slavevoyages.org/voyage/database#results>).

Para el caso de la provincia colonial de Costa Rica, Carlos Meléndez señala que el origen de la población africana en el siglo XVII era predominantemente bantú y dentro de ellos era superior la cantidad de los procedentes del Congo a los de Angola (en relación 2 a 1). Para finales del siglo XVIII, la cantidad de personas negras y mulatas se concentró en la ciudad de Esparza en el Pacífico costarricense. El aumento de la población se debió al mestizaje entre los diversos pueblos étnicos. Para el caso costarricense, muchos esclavos eran nacidos en América y se encargaban a Guatemala y Nicaragua, pero la mayoría provenía de Panamá. En el caso de los africanos, el registro de procedencia era subjetivo y dependía del “buen ojo” del notario o la traducción de algún término. En ocasiones los españoles los nombraban de una forma y ellos se autodenominaban de otra (Rina Cáceres, 2020, pp. 4, 69-71).

La presencia de las poblaciones de origen africano en América es un reflejo del capitalismo inicial, así como de las relaciones de poder impuestas por algunos imperios europeos sobre dicho continente. El racismo, así como la etnización del trabajo implicó el consumo de los cuerpos en calidad de mano de obra gratuita y la dominación de estas personas en gran parte de sus vidas y como reproductores de la fuerza de trabajo mediante el control de la mano de obra, por otra parte, eran considerados bienes de comercio que podían producir nuevos dividendos (hijos) y que en ocasiones de crisis podían ser vendidos o intercambiados “por otros productos”.

Medicinas de tradición africana en América

Las personas africanas y europeas cuando arribaron al continente americano se encontraron con un ambiente y condiciones sanitarias distintas a las de sus lugares de origen.

Para el caso de las personas esclavas, las condiciones en las que fueron trasladadas desde sus poblados, así como las propias del embarque, les impedía transportar bienes con ellas. Es por lo anterior, que se vieron obligadas a incorporar las plantas, animales y minerales propios del continente americano en su acervo médico, conservando sus prácticas culturales inmateriales, oraciones y diversos rituales de curación. Si bien estas podían brindar efectos semejantes en las diversas poblaciones, lo que sí variaba entre los habitantes de los 3 continentes era la explicación que se brindaba sobre las razones de las enfermedades relacionadas con sus imaginarios colectivos y sociales. Esta diferencia cultural sobre el entendimiento y explicación particular en torno a las razones por las cuales las personas enfermaban, ocasionaron choques culturales Humberto Triana y Antoveza, 1989, p. 56), principalmente de los sacerdotes, médicos y líderes de origen europeo hacia los y las especialistas en medicina americanas y africanas.

Sin embargo, en el sincretismo de prácticas curativas, los médicos de tradición africana comenzaron a utilizar remedios indígenas y europeos,

Pronto, comenzaron a emplear negros y blancos el bálsamo contra las llagas, especialmente por las producidas por heridas frescas de cuchillo y lanza. El aceite de cacao para proteger la piel. La yaruma i yagrumo (*Cecropia Peltata*) cuyos “congolos machacados comen la carne mala e la ponen en lo vivo e sano e la desencona...” Como las tierras isleñas eran muy húmedas, españoles y negros fácilmente hacían llagas y heridas que no se curaban fácilmente. Para cortar el flujo de vientre (diarreas y desinterías) se echó mano de la guayaba (*Psidium Guajava*), como purgativo se empleó el maguey que servía también para soldar quebraduras de huesos. Las cáscaras y cortezas de jobo (*Spondia purpurea*) servían para lavar las piernas, quitar el cansancio y como “saluterio baño”. Las bubas o frambesía que tanto abreaban a los negros, fueron curadas con el guayacán (*Guajacum officinale*)

...

También los blancos y negros conocieron las niguas (*Tunga penetrans*), animal diminuto que se introducía en la piel y en las uñas de los pies. Este parásito provocaba escozores y numerosos casos de tétanos, lo que llevaba frecuentemente a la pérdida de dedos y de los mismos pies. Debían sacarse con agujas y alfileres. Cuando la carne se enconaba y se llagaba por culpa de las niguas, la curación se hacía con “hierro y fuego”. También aprendieron de los indígenas a curarse de las

niguas con la tintura de la bija o achiote (*Bixa orellana*) que se extendía sobre la parte infestada...

Durante los siglos XVI y XVII se emplearon también varios remedios, propios de los europeos. Para el mal de la garganta se dieron gargarismos de azúcar. Para ciertas curas y sangrías se emplearon envoltorios de camisas viejas. La aplicación de ventosas y jeringas fueron frecuentes por la acción de barberos... (Humberto Triana y Antoveza, 1989, pp. 57-58).

Otro aspecto que distingue las prácticas médicas de tradición africana en el continente americano está relacionado con el papel de los sabios en medicina. Nicolás Vonarx analizó la relación de los haitianos con el vudú en sus dimensiones funcionales y cotidianas, tomando en cuenta las circunstancias por las cuales se recurre a estas creencias. Entre las razones que logró determinar, se incluyen: la visión del mundo, el mantenimiento de los lazos familiares, la regulación de las relaciones sociales y la magia como sustituto de la violencia social. Este sistema de creencias se transmite de forma oral dentro de un entorno familiar, incluye la herbolaria (“hojas de doctor”), el conocimiento de las parteras, masajes, entre otros (Nicolas Vonarx, 2012, pp. 37-52).

Dentro de la cosmovisión de las poblaciones afrodescendientes principalmente en el Caribe el rol hegemónico en el cuidado de la salud lo representan los terapeutas vudú u *Oungan* o *mambo* interactúan con los *lwa*, entidades invisibles (que son considerados como genios, ángeles de la guarda, entre otros seres). La persona especialista en el cuidado de la salud puede intervenir por medio de la adivinación, dar lecciones y magia agresiva. Esta persona es elegida por el *lwa*, inicia como terapeuta y luego puede convertirse en un líder de adoración, rol que puede ser hereditario. Se debe honrar al *lwa*, acogerla en la casa, organizar festividades para ella y a cambio el espíritu que otorga poderes curativos en varios rituales mágico-religiosos (Nicolás Vonarx, 2012.)⁴⁶.

El vudú, es todo un sistema de explicación de la enfermedad. *Oungan* conversa con los espíritus y expone las causas múltiples de la enfermedad que se basan en disputas humanas o con los espíritus. El paciente suele ser el responsable de su enfermedad (por lo que la cura debe contemplar que la persona se reconcilie con el *Iwa* y comprometerse a

⁴⁶ El autor menciona que los lugares donde se practica el vudú son las casas, patios, lugares de peregrinaje como el cruce de caminos, cementerios, lugares que se consideraban entre 2 mundos visibles e invisibles y que son generalmente realizados y visitados por la noche.

honrarlo de forma duradera). Los diagramas explicativos que brindan se relacionan con las creencias respecto a las razones por las que las personas se enferman, entre ellas: el haber tenido contacto con una sustancia maligna, una alteración provocada por el espíritu de una persona fallecida, entre otros. Existe un Dios creador acompañado de santos, espíritus *lwa* más cercanos a los seres humanos y cuyos poderes sirven para satisfacer las necesidades diarias. Estas creencias forman parte de un sincretismo entre el cristianismo y el trasfondo animista heredado de antepasados, esclavos de África⁴⁷ (Nicolás Vonarx, 2012, pp. XIII-XV, 91-135).

La medicina de origen africano tuvo un fuerte componente “mágico-religioso”. Las enfermedades eran curadas por los poderes sobrenaturales. *Los médicos... venidos de África eran supremamente temidos por la sociedad colonial. Ejercieron funciones adivinatorias, curativas, litúrgicas, etc.* Complementaban estas prácticas el empleo de hierbas, sin embargo, para la alteridad ibérica sus prácticas siempre fueron hechicerías y embrujos. En las Antillas la población esclava y liberta de origen africana compraban medicamentos venenosos (*e.g.* solimán arsénico y rejalgar) que utilizaron en su defensa, por lo que la venta fue prohibida y penalizada (Humberto Triana y Antorveza, 1989, p. 58).

El abordaje de la salud en la “América” antigua

Como en el resto del mundo, las poblaciones nativas americanas poseían gran cantidad de conocimientos herbolarios, sabían las propiedades y usos de las distintas medicinas que elaboraban con especies de flora, fauna y minerales. Lo anterior como consecuencia de su amplia trayectoria y relación con el entorno que habitaron.

Estas prácticas curativas también incluían los conocimientos físicos del cuerpo y las enfermedades y traumas, las cuales se abordaban desde la cosmovisión particular a cada cultura mediante procesos de endoculturación para la población en general, desde

⁴⁷ También se manifiestan otras prácticas relacionadas con el “asalto mágico” a pedido de una tercera persona, en donde quien practica el vudú a modo de “hechicero”, puede ocasionar algún daño. Nicolás Vonarx considera que pueden ser un legado del dominio colonial, la historia de la isla y el imperialismo religioso.

donde se daba sentido particular al tratamiento de los cuerpos y mediante un conocimiento especializado como parte de los roles sociales asignados a una parte reducida de la población y aceptadas por la mayoría.

Como parte de la explicación de los imaginarios sociales relacionados con el ¿por qué las personas enfermaban?, se incluyen creencias relacionadas con el comportamiento individual dentro de los códigos culturales colectivos, la relación de éstas e inclusive sus comunidades con otros seres (animales, deidades, espíritus, almas, etc.), tabúes, entre otros, según cada pueblo.

Diversos estudios de la historia de las religiones han señalado que los diferentes pueblos han acudido a dos tipos de consumo de sustancias en los rituales. Los chamanes le ofrecen ebriedad de posesión o rapto, y las que producen ebriedad extática (Escohotado, 1998, en Hugo Sotomayor, 2007, p. 49).

El uso de hongos, plantas, entre ellas el tabaco, y otros va más allá de sus propiedades curativas o de expansión de los sentidos (alucinógenas). Son concebidas como plantas sagradas, inclusive en muchas culturas se les dota de alma y son medios por los cuales las deidades, espíritus y la misma madre tierra beneficia a las poblaciones, sea curando o guiando a las personas especialistas en el cuidado de la salud en su proceder adecuado.

México representa una de las zonas con la mayor diversidad de alucinógenos utilizadas por los pueblos antiguos. El cactus denominado “peyote” (*Lophophora williamsii*) es una de las plantas sagradas más importantes del norte de México, en tanto para los aztecas, el hongo conocido como teonanácatl (*Panaeolus campanulatus var. sphinctrinus*, aunque es mejor conocido por la mayoría como *Psilocybe mexicana*) también fue trascendental. La semilla de ololiuqui (*Turbina corymbosa*), obtenida de la maravilla, sigue empleándose en el sur de México. Otras plantas sagradas fueron el *toloache* (*Datura stramonium*) y otras especies del grupo de la *Datura*, el frijol de mescal (*Sophora secundiflora*), el pipitzintzintli (*Cannabis*), la menta conocida como hierva de la pastora (*Salvia Divinorum Epling*), la genista o retama; piule (*Rivea o Turbina corymbosa*), sinicuichi (*Heimia salicifolia*), zacatechichi (*Calea zacatechichi*), bejín (género *Lycoperdon*) y otros (Richard Evans Schultes y Albert Hofmann, 2000, en Hugo Sotomayor, 2007, pp. 52-53).

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) fue otra planta sagrada. Se utilizó en épocas antiguas por sus propiedades como estimulantes y medicinas, así como en algunas ceremonias, ejemplo de esto último fue reportado por Gonzalo Fernández de Oviedo en Nicoya, cuando señala

É assi como començaron á beber, truxo el mesmo caçique un manajo de tabacos que son del tamaño de un xeme, é delgados como un dedo, é son de una cierta hoja arrollada é atada con dos ó tres hilos de cabulla delgados... y ençiendanlas por el un cabo poca cosa, y entre sí se va quemando hasta que se acaba de quemar, en lo qual tura un dia, é de quando en quando metíanla en la boca por la parte contraria de donde arde, é chupan para dentro un poco espacio aquel humo, é quítanla, é tienen la boca cerrada, é retienen el resollo un poco, é despues alientan é sádeles aquel humo por la boca, é las nariçes (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1976, pp. 435-436).

En Mesoamérica, se cuenta con información sobre la tradición médica de los nahuas. Dicho pueblo habitaba en el altiplano de Anáhuac a la llegada de los conquistadores. Sus conocimientos sobre la medicina fueron aprovechados y documentados por los conquistadores (Ruy Pérez, 1997 a., s. p.).

Para el siglo XVI, Carlos Viesca y Mariablanca Ramos (2014, pp. 66-73), señalan que en la medicina náhuatl se concebía al universo como una serie de planos horizontales dispuestos a diferentes alturas de un eje vertical y retorcido que remitía al *malinalli* (*Epicampes macroura*)⁴⁸. Entre los pueblos mayas el *malinalli* era sustituido por una ceiba (Malvaceae, *Ceiba pentandra*), el gran árbol de ramas extendidas horizontalmente. Ambas especies estaban relacionadas con la concepción que tenían los pueblos sobre los cuerpos. El cuerpo humano contaba por igual, con un eje vertical equivalente: la columna vertebral. De manera que, el significado simbólico de los árboles permite acceder a un imaginario social relacionado con la superestructura o los conocimientos cosmogónicos de dichas poblaciones.

En este caso el árbol simboliza posee un significante relacionado con el universo y a la vez la individualidad del cuerpo. Dentro de la concepción náhuatl a la mitad del universo se ubicaba a la superficie terrestre, el diafragma era la parte correspondiente del cuerpo. Arriba de la tierra estaban los 9 pisos celestes que correspondían en el cuerpo a

⁴⁸ Gramínea de tallo delgado, erecto con 2 filamentos torcidos sobre su propio eje y entrecruzados (Carlos Viesca y Mariablanca Ramos 2019, sp.).

los órganos torácicos y la cabeza con su contenido, culminando esta última en el remolino de la coronilla (lugar por donde se establecida la relación del ser humano con los planos superiores del universo). La cavidad abdominal representaba los inframundos que se ubicaban debajo de la superficie de la tierra, y el piso pélvico y las plantas de los pies eran el límite inferior de ese cuerpo micro cósmico (Carlos Viesca y Mariablanca Ramos (2014, pp. 66-73).

De tal manera, la estructura del cuerpo humano era una representación sumamente pequeña del universo, un microcosmos. El cuerpo era un reflejo de los movimientos de los demás cuerpos del universo, (los planetas, las fuerzas cósmicas como las estrellas fugaces y los cometas). El corazón, era el sol dentro del cuerpo, el cual daba y distribuía la vida desplazándose (al lado izquierdo como el trayecto que el sol hace siempre a la izquierda de la línea media del cielo).

La presencia del hígado, del lado derecho y abajo del diafragma, es similar a la manera en que el sol se desplazaría por las entrañas de la Tierra para surgir por el oriente y elevarse siempre “caminando” con una cierta tendencia hacia la izquierda, hacia el sur (Ibid., pp. 67-73).

Para los aztecas, varios de sus dioses estaban relacionados con la medicina. Ejemplo de ello son Tláloc (Señor de la Lluvia) quien producía enfriamientos y catarros, neumonías y reumatismos; Xochiquetzal (Diosa del Amor y la Fertilidad) quien enviaba las enfermedades venéreas y complicaciones en el embarazo y parto; Tezcatilpoca o Titlahuacan se asociaba a las enfermedades graves o letales; Xipe-Tóctec (“Nuestro Señor del Desollado”) se especializaba en enfermedades de la piel (Carlos Viesca y Mariablanca Ramos, 2014, pp. 67-73).

Las mujeres jóvenes muertas en su primer parto eran adoptadas por Coatlicue, la diosa de la Tierra y de la Muerte, y convertidas en cihuateteo no subían al Séptimo Cielo, sino que se quedaban residiendo en el Primer Cielo, desde donde bajaban a la Tierra, especialmente en los días 1-Venado en los cruces de caminos, para asustar a los hombres y producirles enfermedades a los niños, como parálisis facial, atrofia de miembros, enfermedades convulsivas y otros padecimientos neurológicos. Las cihuateteo más jóvenes eran las más malas pues se ensañaban con los niños más pequeños y hermosos, "para robarles su belleza" (Héctor Pérez, 1997 a, s.p.).

Los aztecas consideraron todas las enfermedades desde su cosmovisión. Los traumas, como la quebradura por una caída⁴⁹ se relacionaban con una causa divina. Eran propiciadas por violaciones a leyes o mandamientos religiosos, aunque la persona no estuviese consciente de su falta. Cuando se desconocía si se había cometido alguna falta, se le consultaba al médico o *tíctl* para que identificara a cuál deidad se había ofendido, ya que los rituales, exorcismos y sacrificios varían según el dios del que se tratara. De igual manera, se le consultaba al médico para que le diera el diagnóstico de la enfermedad que se estaba padeciendo y el remedio. *Algunas medicinas que todavía se usan hoy provienen de la herbolaria precolombina, como la infusión de yoloxóchitl para las fiebres o la de toloache como abortivo, pero en la antigüedad se usaban muchas otras con muy distintas indicaciones* (Héctor Pérez, 1997 a, s. p.).

El escrito herbolario más antiguo del continente americano es *la Libellus de medicinalibus Indorum herbis* (Librito de las hierbas medicinales de los Indios) el cual data de 1552 (ver Figura 5). Sus autores aztecas fueron Martín de la Cruz, quien primero lo escribió en náhuatl y el segundo fue Juan Badiano, que lo tradujo casi de inmediato al latín, pero conservó los nombres autóctonos de las plantas, piedras y animales (Dora Mancheva, 2015, p. 21).

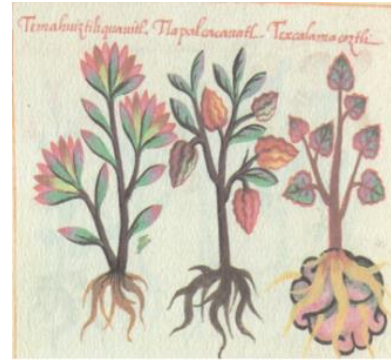
⁴⁹Las caídas podrían ser causadas por chaneques y otros espíritus malignos que empujaban o daban zancadillas (Héctor Pérez, 1997 a, s. p.).

Figura 5

Ejemplos de especies descritas en *Libellus de medicinalibus Indorum herbis*



Jaltomate. (Del náhuatl xaltomatl, literalmente = ‘tomate de arena’, de xalli ‘arena’ + tomatl ‘tomate’.) m. Cierta planta y su fruto comestible que contiene semillas pequeñas de aspecto de arena. (DM, s. v.).



Amate. (Del náhuatl amatl). 1. m. Árbol de la familia de las Moráceas, que abunda en las regiones cálidas de México. El jugo lechoso se usa como resolutivo. Hay dos especies: el blanco y el negro. 2. m. Méx. Pintura hecha sobre la albura del amate.



Capulín. (De or. náhuatl). 1. m. capulí (||árbol rosáceo). 2. m. coloq. El Salv. favor. 3. m. Méx. capulina (|| cereza que produce el capulí). capulina. 1. f. Am. Cereza que produce el capulí. 2. f. Cuba. capulí (|| árbol tiliáceo). 3. f. Méx. Araña negra muy venenosa. 4. f. p. us. prostituta. V. vida capulina ~ capulina. 1. f. Méx. buena vida.



Copal. (Del náhuatl copalli). 1. adj. Se dice de una resina casi incolora, muy dura y sin olor ni sabor, que se emplea en barnices duros de buena calidad. U. t. c. s. m. 2. m. Nombre común a varios árboles de la familia de las Burseráceas, de los cuales se extrae la resina del mismo nombre. En México se usa para sahumar templos o casas.

Fuente: Dora Mancheva, 2015, pp. 30, 32, 34-36.

Este documento fue escrito a petición de Francisco de Mendoza⁵⁰ “*consagrado a la protección y educación de los indios*” y quien buscaba apoyo para el Colegio de Santa Cruz de la Sacra Cesárea Católica y Real Majestad (De la Cruz, 1552, p. 13, en Dora Mancheva, 2015, p.21).

Dicha institución buscaba formar sacerdotes y “*una clase ilustrada de indios seglares*⁵¹” cuyos profesores eran franciscanos e indios doctos que impartían disciplinas básicas: latín, filosofía, lógica, retórica, teología, música, lenguas vernáculas y lo más importante para la presente investigación, medicina indígena. Entre los docentes estuvo fray Bernardino de Sahagún “*fundador de la antropología americana*” fray Juan de Torquemada, curtido en la historia de México y del náhuatl; fray Andrés de Olmos, lingüista e investigador del náhuatl, huasteco y totonaco; entre otros (Dora Mancheva, 2015, p. 22).

Como es conocido, fray Bernardino de Sahagún fue quizás la persona que más dio a conocer la medicina indígena en Europa con su *Historia de las cosas de Nueva España* (Libro XI) como se retomará más adelante, aunque también se conserva información de otros autores de la época, como es la compilación de Francisco Hernández (*Historia de las plantas de Nueva España*) (*Ibid.*, 2015, p. 27).

A Bernardino de Sahagún corresponde el máximo mérito de dar a conocer a los europeos el saber de los nativos en la materia, para lo cual recurre a ocho facultativos indígenas del distrito de Tlatelolco y —rindiéndoles públicamente homenaje— cita sus nombres en una nota al final del Libro Sexto de su *Historia general de las cosas de la Nueva España* (Emmart 1935: 8).² Esta asidua y concienzuda labor llevó a la incorporación de los remedios y la terapéutica indígena a la medicina novohispana y, ulteriormente, a la práctica médica europea a través de la obra del doctor Nicolás Monardes (1988 [1574]) (Dora Mancheva, 2015, pp. 22-23).

El Códice de la Cruz-Badiano, es un documento de importancia para múltiples disciplinas como la botánica, biología, medicina, farmacia, paleografía, codicología, geología, zoología, historia, artes, entre otras. Esto no sólo porque describe a las especies

⁵⁰ Hijo del primer virrey de Nueva España Antonio de Mendoza (Dora Mancheva, 2015, p. 21).

⁵¹ Procedentes de la aristocracia indígena.

que en su mayoría iban a ser desconocidas entre la población ibérica, sino también porque les permitía reconocerlas y saber el uso para el cual les era de utilidad.

Entre los contenidos del código se encuentran: en el 1er capítulo lo necesario para la curación de la cabeza⁵², furúnculos, caspa o alopecia, tiña, caída del pelo y descalabradura o fractura de la cabeza; el 2do estuvo dedicado al cuidado de los ojos, calor, ojos inyectados de sangre, glaucoma, entorpecimiento de las cejas (de los párpados), hinchazón de los ojos, inducción al sueño y el modo de evitar la somnolencia. El 3ro trataba sobre la purulencia de los oídos, sordera u obstrucción. En el 4to se abordó la cura del catarro, la medicina que hay que instilarse en la nariz y la hierba sanguinaria; el 5to sobre los limpiadores de dientes o dentífrico, curación de encías inflamadas y purulencias, dolor y putrefacción de los dientes, fuerte calor, tumor o supuración de la garganta, anginas, medicina con que se mitiga el dolor de garganta, para desechar la saliva reseca, acabar con el esputo sanguinolento, así como remedios para calmar la tos, quitar el aliento fétido y repugnante y el hipo. En el 7mo se abordó la opresión molesta del pecho, el dolor en el corazón, calor, dolor de costado, la medicina para matar lombrices y animalejos que se alojan en el vientre, antídotos, inflamación del estómago, dolor de vientre, disentería o cólicos, ruidos del vientre, frialdad y diarrea (Juan Somolinos, 1990, pp. 613-615).

En el 8vo capítulo se daban los remedios para la curación de la región púbica. Se habla de la hierba inguinaria, hierba para la vejiga o alicacabo· disuria o extranguria, el mal de asentaderas, la podagra, el dolor poplíteo, la contracción incipiente de la rodilla, de los remedios para las grietas de las plantas de los pies, lesión de los pies y contra la fatiga. También brinda datos de los árboles y flores contra el cansancio del que administra la República y desempeña un cargo público; el 9no trata del remedio contra la sangre negra, fiebre, lepra, hemorroides, condiloma, calor excesivo, cuerpo maltratado, liquen o mentagra, fiebres intermitentes, sarnas, heridas, enfermedad de las articulaciones, psora, pus agusanado, quemaduras del cuerpo, digestión difícil, venas inflamadas por la incisión

⁵² Por ejemplo, para la curación de la cabeza se recomiendan tallos *de xiuhehecapahitli, iztae ocoxochitl y piedras preciosas tetlahuitl, iztuetlalli, eztetl, temamatlatzin*, todo molido junto, en agua fría (calma el dolor de cabeza), y en agua caliente, calma su frialdad. Se ponen 3 veces al día: en la mañana, al medio día y en la tarde, atando al cuello y la garganta con un nervio de pata y cuello de águila. “El que sufra de la cabeza comerá cebollas en miel, no se sentará al sol, ni trabajará, ni entrará a los baños” (Juan Somolinos, 1990, p. 617).

de la sangría, del fulminado por el rayo. En los últimos 4 capítulos, se trata de la enfermedad caduca o ocomicial, remedio contra el miedo o poquedad de ánimo, mente de Abdera, vejados por el torbellino o el ventarrón, verrugas, fetidez de los enfermos, mal olor de las axilas, enfermedad del piojo y piojos en la cabeza, para el que pasa río o agua, para el viajero (10mo capítulo). En el 11vo, están los remedios para la parturienta y para la menstruación, lavado del vientre de la púerpera, tumor mamario, medicina para provocar la lecha; en el 12avo se trata la sarna o quemadura de los niños, para cuando el niño ya no quiere mamar por algún dolor y en el 13vo sobre algunas señales de la cercanía de la muerte (Juan Somolinos, 1990, pp. 613-615).

Para 1574 el doctor Nicolás Monardes, médico de Sevilla publicó "*Primera u segunda y terceras partes de la historia medicinal de las cosas que fe traen de nueftras Indias Occidentales que firuen en Medicina*" en donde propuso una ciencia médica pragmática y experimental que incluía no sólo el conocimiento, sino también los materiales (plantas, minerales, animales) que "el Supremo Hacedor que las habría previsto para el providencial provecho humano)". A pesar de que en España se desconfiaba de estos procedimientos y había una mayor confianza en la herbolaria tradicional, tuvo una mejor acogida por parte de la intelectualidad europea. Médico de profesión, pero comerciante y traficante de esclavos, le facilitó la compra y encargo de las diversas mercaderías que requería del Nuevo Mundo, describiendo especies como el cardo santo, el bálsamo del Perú y la coca, *cuya hoja sagrada prueba personalmente en su consulta para restarle méritos en tanto droga estimulante* (Biblioteca Nacional de España, 2021, s. p.; Nicolás Monardes, 1574).

Allende de eftas riquezas tan grandes, nos embían nueftras Indias Occidentales, muchos árboles, plantas, yeruas, rayzes, çomos, gomas, fructos, fimientes, licores, piedras que tienen grandes virtudes medicinales, en las quales fe han hallado, y hallan muy grandes efectos que exceden mucho en valor y precio, a todo lo fufio dicho, tanto quanto es más excelente y neceffaria, la falud corporal, que los bienes temporales: de las quales cofas, todo el mundo carecía, no fin pequeña falta nueftra, fegua los grandes provechos que vemos que el vío dellas fe configuen, no folo en nueftra Efpaña, pero en todo el mundo (Nicolás Monardes, 1574, s.p., p.18).

Como se observa, los conocimientos y alcances de las diferentes prácticas medicinales de tradición indígena americana tuvieron un gran impacto en Europa y posteriormente en otras partes del mundo. A diferencia de *la Libellus de medicinalibus Indorum herbis* que iba dirigido a la monarquía para que continuara financiando el

Colegio de Santa Cruz, el libro de Nicolás Monardes (1574) tuvo una mayor proyección y difusión popular. Además, rompió la tradición de escritura en latín (la cual mantuvo el códice anteriormente citado) y fue publicado en español. Comparte con el códice, la presentación de materiales para las curaciones, procedimientos y otros, pero situado desde su *corpus* de conocimiento, haciendo claras referencias o contrastando con la medicina de Galeno y otros conocidos para la época en España.

De esta manera, se expone un sincretismo relacionado con la necesidad por parte de las poblaciones ibéricas en acceder a medicamentos efectivos para las nuevas enfermedades con que se encontraron en África y América.

Se cuestiona además, cuál es el rol intelectual orgánico -para la época- (Catherine Walsh, 2003, pp. 17-18), en este caso de quienes ejercen la medicina indígena, por lo que la legitimación se da hacia la persona con conocimientos médicos europeos, representado por Nicolás Monardes (1574), lo anterior por varias razones: primero el uso del conocimiento indígena era considerado “insuficiente” desde la óptica intelectual europea (dado el origen y percepción sobre la otredad indígena); en segundo lugar, existió la necesidad de “traducción” de las prácticas autóctonas americanas a la medicina Galena sobre la cual ideológicamente se depositaba la confianza y además, en un código de comunicación accesible -siempre para cierta élite letrada- europea.

Lo anterior permite la apropiación cultural, así como la comprensión de dos sistemas de conocimiento dicotómicos, reduciendo la sabiduría médica de origen americano a la efectividad de su farmacología o propiedades de las plantas, animales y minerales, con lo que se pierde gran parte de la sabiduría ancestral y de su cosmovisión detrás de las prácticas curativas.

Por otra parte, además de textos tan importantes como los citados, se cuenta con información proporcionada por los cuerpos humanos. La evidencia principalmente osteológica, así como personas momificadas, ayudan a comprender cómo se practicaba las medicinas en la antigüedad americana. Por ejemplo, en Suramérica se reporta un estado de conservación ideal para conocer algunas de las enfermedades y tratamientos terapéuticos realizados en épocas antiguas. Se conoce la presencia de enfermedades como la sífilis y la tuberculosis desde muchos siglos previos al proceso de conquista y colonia.

Según indicó Gonzalo Fernández de Oviedo, el árbol de palo santo es un madero muy fuerte y pesado con el *corazón casi negro, sobre pardo* cuya *principal virtud es sanar el mal de búas* (bubas). Del palo santo toman astillas delgadas, algunos lo limaban y las limaduras las hervían en agua,

... y según el peso o parte que echan de este leño a comer; y desde que ha desmenguado el agua en el cocimiento las dos partes o más, quítanla del fuego y repósase, y bébenla los dolientes ciertos días por las mañanas en ayunas, y guardan mucha dieta, y entre día han de beber de otra agua, cocida con el dicho guayacán y sanan sin ninguna duda muchos enfermos de aqueste mal; pero porque yo no digo aquí tan particularmente esta manera de cómo se toma este palo o agua de él, sino cómo se hace en la India, donde es más fresco, el que tuviere necesidad de este remedio, no se cure por lo que yo aquí escribo, porque acá es otra tierra y temple de aires y es más fría región, y conviene guardarse los dolientes más y usar de otros términos; pero es tan usado, y saben ya muchos cómo acá se ha de hacer, y de aquellos tales se informe quien tuviere necesidad de curarse (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1950, pp. 219-220).

Para el mismo autor, la carne de las iguanas era sana tan buena o mejor que la de conejo, excepto para quienes habían tenido el mal de las búas, aunque se hubiesen recuperado de la enfermedad hace mucho tiempo, ya que a esas personas les hacía daño, se quejaban mucho, de lo cual el cronista había sido testigo en múltiples ocasiones (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1950, p. 100).

Otra línea de información relacionada con la salud y el cuidado de los cuerpos lo brinda el estudio de los propios cuerpos. Así las momias más antiguas del mundo datan de más de 6000 años atrás y corresponden a personas asociadas a la cultura Chinchorro en Chile. Estas momias junto a las de Perú, han permitido identificar enfermedades como la tuberculosis, el mal de Chagas y cálculos en la vesícula biliar (Arthur C. Aufderheide, Wilmar Salo, Michael Madden, John Streitz, Jane Buikstra, Felipe Guhl, Bernardo Arriaza, Collen Renier, Lorentz E. Wittmers Jr, Gino Fornaciari y Marvin Allison, 2004; Hugo Sotomayor, Javier Burgos y Magnolia Arango, 2004; en Hugo Sotomayor, 2007, p. 42). Así como algunas modificaciones culturales de causa antrópica como las craneales y dentales. En el caso de las craneales, están presentes en muestras óseas procedentes de Colombia, Ecuador y Perú desde épocas muy tempranas del Formativo (el cual se extiende aproximadamente del 2500 a. C.-250 d. C.), en tanto para Mesoamérica los pueblos mayas

reportan modificaciones dentales de forma profusa desde el periodo Clásico (250-900 d. C. (Hugo Sotomayor, 2007, pp. 42-43).

En Perú se reporta uno de los mayores logros en términos de cirugía antigua: las trepanaciones. Éstas consisten en la extracción de un fragmento óseo del cráneo que pudo o no, ser afectado por una lesión traumática. Las trepanaciones más antiguas para el continente americano se han reportado en la cultura Paracas 400-200 a. C., aunque no es exclusiva de esta población ni época. Dichas operaciones se realizaron haciendo uso de un instrumental que incluían sierras de obsidiana, bisturíes, separadores, agujas y *tumis* (cuchillos de metal), punzones, cinceles, escalpelos, cucharas, pinzas hemostáticas (hechas con valvas, ensanchadas, etc.), paños de algodón, y apósitos de gasas, entre otros. Las trepanaciones se elaboraron mediante el raspado⁵³, con cortes rectilíneos⁵⁴ y orificios cilíndricos⁵⁵ (Edna Quispe, s. f., pp. 12-14).

Conjuntamente de las posibles razones médicas quirúrgicas, el Dr. Pedro Weiss registró trepanaciones entre la población Paracas, en personas con sinostosis de las suturas craneales (ensanchamiento de la tabla ósea interna del cráneo), que se produce con la hiperostosis porótica. También en casos de cefaleas muy intensas, crónicas y localizadas. Hay otras con trepanación *postmortem* como parte de un rito funerario destinado a obtener rodajas o amuletos. Las trepanaciones suprainianas se relacionaron con un ritual acompañado de una tendencia profiláctica (*c.f.* pediatría preventiva consistente en raspado ligero del hueso procedimiento rutinario y simbólico entre las poblaciones que lo practicaron) (*Ibid.*, pp. 12-14)

Además de las trepanaciones, se reporta la apertura de senos inflamados, la extirpación de tumores, amputación de miembros y reemplazo con prótesis. Se aclara que

⁵³Forma de trepanación más habitual, antigua y difundida que consistía en desgastar la placa ósea mediante un raspado usando, por ejemplo, puntas triangulares de obsidiana, siendo la técnica ampliamente difundida y la más efectiva (en la zona andina había 3 variedades: a. con biselo tipo Paracas, b. sin biselo tipo Inca y c. suprainiana que se practicaba en la zona del inion) (Edna Quispe, s. f.).

⁵⁴ La trepanación por cortes rectos en forma de huso se caracteriza por los cortes regulares rígidos y profundos en la parte central, e incisiones superficiales y adelgazadas en los contornos que sobrepasan las aberturas óseas. Las heridas pueden ser cuadrangulares o poligonales y en algunos casos circulares (Edna Quispe, s. f.).

⁵⁵ Consiste en numerosos agujeros redondos, alineados unos a continuación de los otros hasta incluir un área circular u oval que luego se palanquea. Los orificios se realizaban con cuchillos de obsidiana colocados perpendicularmente a la placa ósea u con movimientos circulares en espiral. El Dr. Telo sugirió la posibilidad de que los orificios también pudieron haberse hecho con punzones de cobre (*Ibidem*).

las amputaciones no sólo se realizaron en Perú, estos procedimientos se reportan a lo largo del continente americano, en algunos casos también como parte de rituales punitivos (Hugo Sotomayor, 2007, p. 21).

Es importante señalar que dentro de los conocimientos médicos quirúrgicos que tuvieron los nativos, figuran el tratamiento de las heridas superficiales a través de la afrontación de los bordes que, como en el caso de las heridas en el cuero cabelludo, se hizo aproximado y anudando los cabellos, el uso de bejucos y resinas para formar férulas en el tratamiento de las fracturas cerradas y la conocida trepanación desarrollada principalmente en el Perú (*Ibid.*, p. 45).

Las plantas fueron importantes en los procesos de cuidado al ser empleadas también como medicamentos, pero también por su connotación ideológica. Entre las plantas de importancia conocidas para Perú, previo al proceso de conquista, se encuentra la hoja de coca (*Erythroxylon coca*). Esta era considerada un bien divino, siendo popular entre la nobleza y utilizada en ceremonias religiosas⁵⁶ (Michael Gerald, 2019, p. 48).

Entre las técnicas médico-quirúrgicas que se tuvieron en la América antigua está el tratamiento de las heridas superficiales *a través de la afrontación de los bordes que, como en el caso de las heridas del cuero cabelludo, se hizo aproximando y anudando los cabellos; así como el uso de bejucos y resinas para formar férulas en el tratamiento de fracturas cerradas* (Hugo Sotomayor, 2007, p. 45).

Al igual que en los otros continentes, en la América antigua se contó con especializaciones entre quienes ejercían la medicina. Más adelante, se incluirá un apartado sobre el “chamanismo”, pero los roles de cuidado abarcaron a diversas personas de las comunidades en mención.

Algunas enfermedades se consideraron como “naturales”, entre ellas las fracturas por accidentes y las indigestiones. Las enfermedades atribuidas al frío o al calor no eran tratadas por los chamanes, sino por otro tipo de personas médicas como las “curanderas y sobadoras”, e inclusive por otras menos especializadas dentro de las mismas familias;

⁵⁶ Tras la conquista del Imperio Inca en 1532 el uso de esta hoja se extendió a todos los estratos sociales, lo cual se aprovechó para explotar la fuerza de trabajo de poblaciones originarias en las minas de oro y plata, debido a que, cuando las personas indígenas masticaban las hojas, *trabajaban con más ahínco y por más tiempo, soportando mejor el dolor y el hambre* (Michael Gerald, 2019, p. 48).

mientras que las enfermedades más complejas, así como las situaciones de aflicción colectivas, eran tratadas por los chamanes (Orlando Mejía, 2016, p. 149).

En términos generales, para la medicina chamánica alrededor del mundo, el origen de las enfermedades depende de su categoría etiológica, las cuales se pueden resumir en:

1. Enfermedades por causas naturales como los accidentes evidentes.
2. La transgresión colectiva de un tabú de la comunidad.
3. El embrujo o la acción de los espíritus de la enfermedad, en ocasiones producido por otro chamán.
4. La introducción de demonios al cuerpo del enfermo, generalmente enviados por las almas de los muertos.
5. La introducción de objetos o insectos al cuerpo de la persona enferma, creados mentalmente por un brujo o un chamán y,
6. La pérdida del alma del individuo, que puede ser ocasionada porque se haya perdido en el sueño, porque fue robada por el alma de un muerto, o por los espíritus, o secuestrada por un chamán (Orlando Mejía, 2016, p.153).

Para Orlando Mejía, las prácticas que le permiten un diagnóstico a los chamanes giran alrededor de la ceremonia ritual del trance, para el cual este especialista debe privarse desde días antes de tener relaciones sexuales, así como ayunar; recomendación que también le hace a la persona enferma y sus familiares (2016, p. 154).

Este tipo de medicina atiende a la persona con una visión integral de la enfermedad, donde quienes enferman son analizadas a partir del contexto colectivo donde viven, en su condición biológico-física, social, espiritual, comunal y ambiental.

Además, es de carácter preventivo-curativa, ya que trata de que las comunidades respeten las prácticas culturales, no trasgredan los tabúes y con ello eviten enfermarse o se pueda recuperar sus almas antes de que la enfermedad se manifieste en el cuerpo. Por ende, es una medicina que basa su poder de curación en la relación médico-paciente, en donde la atención de los médicos-sacerdotes/chamanes son considerados por los enfermos como una terapia en sí misma. Su propia fuerza interior es el instrumento curativo (Orlando Mejía, 2016, p. 156), teniendo un impacto psicológico entre las personas que conforman el colectivo.

Por todo lo anterior, la salud trasciende el cuerpo individual de las personas. Los procesos de curación y cuidado requieren de la atención a los componentes psicológicos, sociales, ambientales e ideológicos, por lo que, algunas de las prácticas de sanación fueron ritualizadas.

El abordaje de la salud en la antigüedad de la actual Costa Rica

El conocimiento herbolario ha sido la base de muchos sistemas de salud, inclusive, como se ha señalado previamente, la Corona española buscó tener inventarios y reportes sobre las plantas medicinales utilizadas por las poblaciones originarias del continente americano (Fernández de Oviedo, 1959; Nieto, 2000). Gracias a ello, para Costa Rica, se cuenta con documentación respecto a algunas plantas medicinales reportadas por el cronista Gonzalo Fernández de Oviedo, quien brindó datos importantes sobre especies con valores ritualizantes, tóxicos, ornamentales y medicinales para las poblaciones en el siglo XVI.

Gonzalo Fernández de Oviedo describió con precisión e inclusive sugirió el dibujo detallado de árboles y plantas, con el fin de que otras personas las pudiesen identificar y utilizar. Particularmente, en su apartado sobre plantas medicinales, no solo las enumera y describe, sino que además informa ¿para qué servían y cómo se ingerían?, así como algunos cuidados “extra” que se debía tener mientras se consumían (Luis Jorge Poveda, 1978, pp. 429-432 y Xinia Mora, 1978, pp. 433-439), lo que hace de sus textos una fuente indispensable de información.

En el caso particular de Costa Rica, se tienen pocas referencias, pero en ellas se comprende el papel de liderazgo que tuvieron las personas con conocimientos en medicina de tradición indígena para sus comunidades. Por ejemplo, para el caso talamanqueño, quizás la primera referencia relacionada con este oficio especializado la hizo Fray Agustín de Zevallos, en 1619 cuando escribió:

Tienen ydolos, y para la administración de su culto nombrados y señalados sacerdotes, que son indios hechizeros á quienes con mucha frecuencia dé el demonio rrespuestas de los que se les consulta, y ellos las dan al pueblo; por lo que son tenidos en mucha veneración, considerando en ellos alguna calidad divina, como prophetas que les previenen las cosas futuras y que an de suceder, y les dan

noticia de las que suceden en otras partes distantes y rremotas de las suyas” (en León Fernández, Doc. Tomo V 1886, pp. 158.159).

Este tema se abordará con mayor profundidad en apartados finales de la presente investigación. Parte de los preparativos de los médicos de tradición indígena incluían dietas especiales, ayunos, preparaciones espirituales previas, entre otros.

La preparación también requirió el consumo de psicoactivos para generar, de esta manera, otro tipo de evidencia (principalmente artefactual) alude al consumo de hongos y plantas posiblemente sagradas que potenciarían estados expandidos necesarios en rituales de comunicación con espíritus o deidades, previos a los procesos de sanación. Esta evidencia incluye el uso de pipas e inhaladores nasales que se reportan en diversos monumentos arqueológicos desde épocas tempranas (cerca del 500-300 a. C. en adelante.).

José Manuel Rodríguez y Marco Arce señalan que la variedad de artefactos sugiere de forma indirecta el consumo de embriagantes durante épocas antiguas. Por ejemplo, los inhaladores y pipas en épocas anteriormente señaladas en la región arqueológica Gran Nicoya y Central, así como representaciones en la escultórica antropomorfa conocida popularmente como “pensadores y fumadores” o “sukias” que se encuentran posiblemente fumando (ver Figura 6).

Figura 6
Fotografías de pipa, inhalador nasal y “sukia”



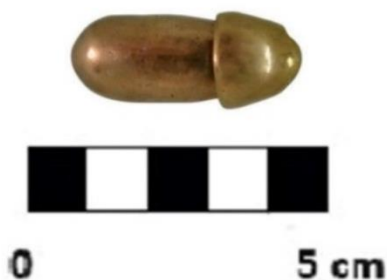
a. y b. Pipa e inhalador nasal asociados a la Fase El Bosque (300 a. C.-300 d.C.); c. escultura antropomorfa “sukia” asociada a la Fase La Cabaña (800-1560 d.C.) en la subregión arqueológica Caribe Central. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Tal y como aluden las fuentes etnohistóricas, entre las sustancias utilizadas se encuentra el consumo de tabaco (*Nicotiana tabacum*) o cohoba que inicialmente pudieron ser inhalados (500 a. C. -300 d. C.) y en tiempos más recientes fumados (1100-1500 d. C.), en el caso de la Región arqueológica Central (2019, pp. 7-9, 11-12).

Solamente en la Subregión arqueológica Diquís en el sur del país, se ha documentado la presencia de un “poporo” o “calabacita” de oro (ver Figura 7). Este recipiente se ha registrado con mayor frecuencia en la región Quimbaya en Colombia y se extiende a la Baja América Central, sirvió para almacenar cal que ayuda como catalizador en el consumo de plantas como la coca y el tabaco. Se presentan 2 artefactos más en cerámica que pudieron tener la misma función (Marco Arce y José Manuel Rodríguez, 2018, pp. 13-14).

Figura 7

Fotografía del “poporo” o “calabacita” elaborado en oro



Fuente: Priscilla Molina, 2020, p. 100.

Trabajos previos abordaron el consumo del tabaco en las poblaciones antiguas. Jorge Lines (1938) infiere mediante un análisis de la cultura material fundamentalmente escultórica, en contraste con prácticas culturales de poblaciones talamanqueñas (bribris y cabécares), que los sukias, *tsúgur* o *isogro* consumían tabaco como parte de las prácticas curativas. El fumado de las hojas de tabaco se realizaba en momentos de profunda meditación o estado de “hipnosis” que les permitía entrar en contacto con sus ancestros y espíritus o deidades, quienes los asesoraban en cómo debían curar a las personas. En la figura 8 se observa a una mujer con una posible bebida embriagante.

Figura 8

Fotografías de esculturas femeninas en proceso de transformación antropozoomorfa. Región arqueológica Gran Nicoya, tipo cerámico Cuello aplicado, 1350-1520 d. C.



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Aunque se desconoce si el personaje modelado correspondía con la representación de una médica de tradición indígena, un aspecto importante de resaltar es que además de ser femenino, cuenta con varios elementos que en la arqueología nacional se han interpretado como “de alto rango”. Entre ellos el que está sentada en un banco, cuenta con un posible sombrero o tocado, orejeras tubulares (las cuales son más grandes conforme

“logra la transmutación”) y una vasija con forma de copa en la mano derecha, así como una posible pulsera en la izquierda.

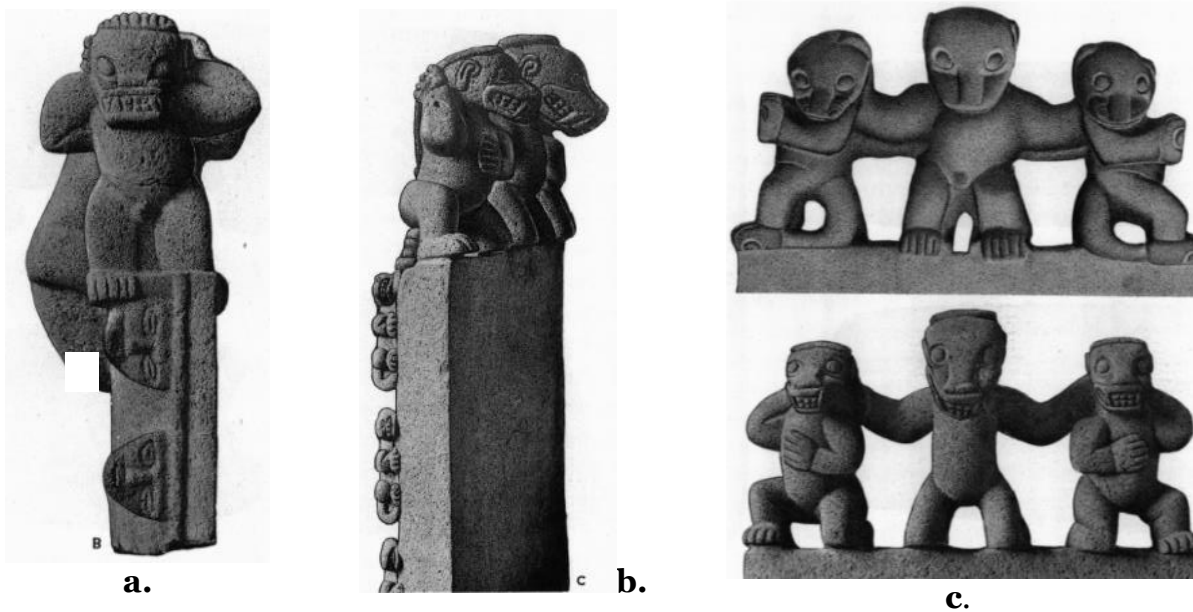
Se sugiere el proceso de transformación de antropomorfa a antropozoomorfa con la ayuda de la ingesta del contenido de la vasija y, además, por el cambio en la fisiología fundamentalmente de la cabeza. En este caso, el animal representado es un reptil no identificado, pero dentro de la categoría de “saurio” (lagarto, caimán u otro). La transformación se observa en las 3 figuras mediante la presencia de pelotas de pastillaje asemejando escamas, así como la transformación de la nariz y boca en fauces semejantes a las que poseen dicho tipo de animal.

Es en lo que se podría considerar el medio del proceso de transformación (segunda fotografía), cuando se representan mayoritariamente las escamas e inclusive los punzonados (pequeñas decoraciones que consisten en oquedades de forma semi circular) en los brazos. Para la tercera figura, se hace énfasis en las fauces, los brazos vuelven a la condición natural y se presentan menos representación de escamas faciales. Además, otro aspecto a resaltar es que esta persona tiene su cabeza de forma atípica (elíptica), sea por una posible modificación craneal tabular (de origen cultural) o una anomalía, aspecto que se ha evidenciado en otras representaciones de personas con condiciones genéticas para la Gran Nicoya como se verá más adelante.

Asimismo, existen esculturas principalmente de piedra. En algunas de estas se observan las transformaciones de estas personas en otros seres o animales (antropozoomorfos), tales como hombres aves, felinos, entre otros (ver Figura 9).

Figura 9

Ejemplos de lápidas con representación de personajes antropozoomorfos procedentes del monumento arqueológico Las Mercedes, Guácimo, Limón



Fuente: Alden Mason, 1945, a. Plate 30, b. y c. Plate 33.

Los artefactos con estas características proceden de las tres regiones arqueológicas del país y datan de entre el 300 a. C. al 1560 d. C.).

Los médicos de tradición indígena presentes en épocas cercanas al momento de choque, conquista y colonia tenían conocimiento sobre la herbolaria, uso de minerales y animales para los diversos procesos de curación. También sabían del ámbito ideológico-religioso, que como se verá más adelante.

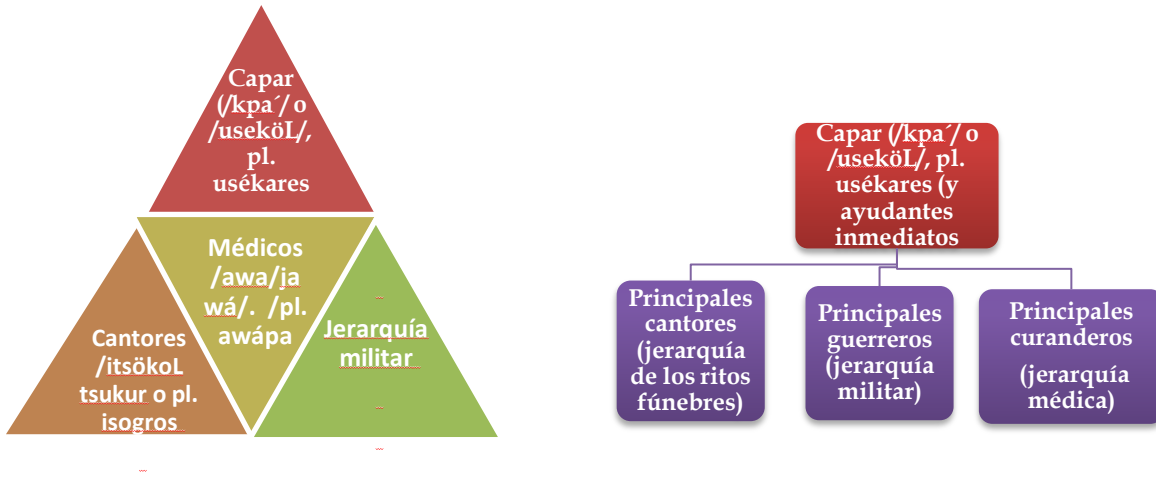
Según la documentación etnohistórica y etnográfica, se sabe que había una jerarquización según los roles y conocimientos en sus rituales preparativos y de sanación se hablaba o cantaba en un lenguaje especializado⁵⁷ (ver Figura 10). La formación para el cuidado de la salud requirió de estudios especiales basados en la observación y práctica, que se llevaba a cabo con médicos(as) experimentadas. Esta iniciaba cuando la persona era niña o joven y podía tardar varios años (María Eugenia Bozzoli, 1982). Era un oficio

⁵⁷ Posiblemente lo que se concibe como una jerga lingüística. En fuentes etnográficas se mencionan como ininteligibles y que además se decía en la oscuridad del anoche cuando las personas dormían (María Eugenia Bozzoli, 1982).

ejercido por determinados linajes, aunque recientemente se le puede enseñar a quien desee aprender y conservar el conocimiento (Alí García, comunicación personal, 2022).

Figura 10

Esquema de las jerarquías entre los pueblos bribris y cabécares



a. Jerarquía entre bribris según Fray Manuel De Urcullú, 1973.

b. Jerarquía entre bribris y cabécares según María Eugenia Bozzoli, 1982.

Existen datos trascendentales para la comprensión de la transmisión de conocimientos que se daba entre los y las encargadas del cuidado de la salud, los cuales se han recopilado en investigaciones etnográficas. Si bien los datos se toman con cautela por la distancia temporal entre los pueblos antiguos y poblaciones contemporáneas, brindan insumos para comprender el papel que tenían estas personas para las comunidades a las que sirvieron, así como en relación con la transmisión de los saberes entre estos especialistas. María Eugenia Bozzoli explica,

...entre los elementos claves de la medicina indígena Bribri-Cabécar, están sus especialistas, los llamados sukias. Esta denominación se generalizó desde tiempos coloniales de la costa Atlántica, para referirse a los distintos tipos de curanderos de los pueblos indígenas de costa de Honduras hasta la de Panamá. Sin embargo, ya en los idiomas propios de cada uno de esos pueblos, desde los payas, hasta los kunas, los títulos de los curanderos son diferentes. Entre los bribris el especialista se denomina awa/jawá/. Los /awápa/ (plural, bribri), ocupaban un rango de respeto en la jerarquía social de los talamanqueños. Ya Fray Manuel de Urcullu en 1763 (Fernández Guardia, 1968, pp. 18-19) los coloca después de los capar (/kpa' / o /useköl/, usékares) y antes de los cantores (/itsökoL/, tsukur o isogros) ...

Entre los bribris y cabécares, /kpa´ / o / useköLpa/ eran los jefes máximos sobre una región, oficiaban en las calamidades comunales (guerras, epidemias) no se tocaban; no se les hablaba directamente, sino a través de funcionarios (otro rango) especialmente designados para transmitirles los mensajes. Se les atribuía a los jefes máximos naturaleza divina, cercanía con Dios. Bajo esta jefatura del /kpa´ / y sus ayudantes inmediatos seguían sus rangos de los principales cantores (jerarquía de los ritos fúnebres), los principales guerreros (jerarquía militar) y principales curanderos (jerarquía médica). En cada uno de estos tres órdenes se distinguían a su vez varios rangos según las tareas que hubiere que hacer... Cada clan se especializaba a su vez en otros trabajos, unos mataban la danta, unos hacían las ollas, otros hacían ciertas figuritas de oro, unos preparaban ciertos tintes, y así sucesivamente (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 1-2).

Precisamente esta concepción ideológica detrás de la práctica del cuidado de la salud, el respeto del que gozaban estas personas, así como su contacto con las divinidades, es lo que ocasiona que dichos especialistas gozaran de un lugar muy importante dentro de las comunidades. La estructura social brindó un lugar a cada miembro de la comunidad y a las distintas comunidades emparentadas o vinculadas, fuese familiarmente o el su rol dentro la organización social, por ejemplo, los cacicazgos. En estos casos, todos los roles son importantes, aunque algunos gocen de mayor estatus social que los otros. La economía basada en los intercambios, redistribución y trueque permitía acceder a los diversos bienes y servicios que se ocupaban fuesen estos de índole económicos, ideológicos, sociales u otros.

En épocas antiguas, esta importancia se refleja en la producción de estatuaria alusiva, en la presencia de artefactos para el consumo de embriagantes y plantas que propiciaban su estado de conciencia alterada, medicinas, bastones, así como de piedras adivinatorias, entre otros artefactos.

El respeto que le tenían las personas a estos especialistas continuó en el tiempo y como se verá más adelante en los referentes etnohistóricos para la época colonial, inclusive algunos ibéricos temían el poder de los awá y usékares, debido a la obediencia y capacidad de convencimiento que tenían dichos líderes sobre el colectivo indígena e inclusive por el imaginario que los españoles tenían sobre su capacidad de relacionarse con el demonio.

III PARTE
LAS PERSONAS HABITANTES DE
LA COSTA RICA ANTIGUA Y
COLONIAL

Los primeros pobladores del actual Costa Rica, previo a la conquista y colonia (siglo XVI)

El territorio que actualmente se conoce como Costa Rica ha albergado a distintos pueblos desde hace aproximadamente 12500 años. En la actualidad es posible conocer solamente una parte de los recursos culturales que pudieron preservarse hasta el presente, constituida por cultura material mueble e inmueble, de las cuales es posible inferir algunos conocimientos y prácticas por medio del estudio de los contextos arqueológicos. Algunas de las tradiciones (inmateriales o intangibles) son conservadas por sus descendientes hasta el día de hoy.

En Costa Rica, la evidencia de los habitantes más antiguos data del 10500 a. C. correspondiente con los sitios Florencia, Guardiría, Tirro, Birlen, y La Isla. Estos contextos corresponden con lugares utilizados por bandas conformadas por cerca de 30 personas ligadas por parentesco, las cuales se desplazaban en busca de alimentos obtenidos fundamentalmente de la caza y la recolección (Michael Snarskis, 1977; Renato Messina, 2002; Magdalena León, 2006; Payson Sheets, 1984; Marta Chávez, 2016).

La cacería suministró más recursos que el alimenticio. Por ese medio se podían abastecer de pieles para el abrigo, materiales como el hueso para la confección de herramientas, aunque éstas también se confeccionaron a base de piedra y madera. Según la información arqueológica disponible, se considera que este modo de vida pudo haber comenzado hace unos 30 000 años y culminado alrededor del 9000 u 7000 a. C. (Oscar Fonseca, 1992, p. 69).

Para estas épocas el clima en el continente americano era más frío, por lo que el paisaje, y los recursos, especialmente la vegetación y fauna eran diferentes. Este clima incidió en el tipo de actividades desarrolladas por los antiguos pobladores, su dieta (Héctor Pucciarelli, 2004), así como en su estado de salud y expectativa de vida. Sin embargo, es poca la información que ha sido identificada e investigada asociada a esta temporalidad en el país.

Las poblaciones que atravesaron el estrecho de Bering hace más de 15 000 años aprovecharon momentos en los cuales se generó un corredor cubierto de hielo;

posiblemente lo atravesaron siguiendo animales para cazar. Sin embargo, poco a poco el clima fue cambiando hasta que en el Holoceno medio (lapso temporal comprendido entre el 8000 y 4000 a. C.) se dio un proceso de calentamiento, y el océano se posicionó en Bering, por lo que se interrumpió el paso terrestre de personas procedentes del noroeste de Asia. Este cambio climático incidió en el tipo de recursos con los que contaron estas poblaciones que habitaron el continente. Profesionales en arqueología, con base en la información disponible en los contextos arqueológicos y la cultura material contenida en éstos, consideran que las poblaciones continuaron siendo pequeñas bandas nómadas de entre 30 y 100 sujetos (familias grandes o extensivas). Éstos continuaron viviendo de la caza, recolección e incorporando los recursos acuáticos (peces, moluscos, mamíferos). Habitaron en campamentos abiertos o abrigos rocosos. (Wilson Valerio, 1987; Dalia Castillo, *et al*; 1987; Renato Messina, 2002). No obstante, es poca la evidencia recuperada para estas temporalidades y al igual que con el periodo de tiempo anterior, no se cuenta en Costa Rica con restos óseos humanos que permitan obtener datos sobre su salud.

Diversidad de investigadores han estudiado el origen de la agricultura en el continente americano. Concuerdan en que el proceso fue paulatino e incluyó diversos tipos de productos, siendo de los primeros las cucurbitáceas. Sin embargo, en lo que se ha denominado la cuarta etapa de “aldeas agrícolas” entre el 4300-3500 a. C. para el caso mesoamericano, MacNeish (1992) señala que se cuenta con información sobre plantas ya domesticadas (principalmente maíz, calabazas y frijoles). Esta agricultura de granos y también algunos tubérculos, unido a la recolección y siembra de otras especies de árboles frutales, fue el inicio de los primeros sistemas de cultivo a pequeña escala (Alejandro Casas, Javier Caballero, Cristina Mapes y Sergio Zárate, 1997).

Es preciso recordar que estos procesos antrópicos están acompañados de las posibilidades que brinda el ambiente ocupado por los distintos pueblos. La modificación en las condiciones ambientales cerca del 4000 a. C. provocó un aumento de temperatura y de la elevación del nivel del mar, alterando con ello el relieve costero y la ecología en los litorales. Esto también pudo incidir en el origen de las aldeas sedentarias con una especialización de actividades como la pesca y recolección de animales acuáticos, la cual

pudo complementarse con la recolección de semillas (como nueces), frutos y raíces. Esto también condujo a formas incipientes de horticultura o agricultura plenamente desarrollada (Iraida Vargas, 1987, p. 10).

Para estas épocas se dieron relaciones entre las distintas poblaciones y aldeas (intercambio de materias primas y bienes elaborados). Producto de las interacciones, conforme pasó el tiempo, algunas aldeas fueron adquiriendo mayor importancia (interregional, regional e intrarregional), lo que incidió en que poco a poco se presentaran relaciones de subordinación (pasan a ser las aldeas “dominantes”). Estas aldeas centrales asumían un papel de sede de un poder político, religioso y administrativo (Iraida Vargas, 1987, p. 11).

Es precisamente en el lapso que comprende entre el 4000 y 1000 a. C. que se cuenta con más información sobre las poblaciones como las descritas en el párrafo anterior, conocidas como poblaciones aldeano-igualitarias. Eran comunidades agrícolas pequeñas y dispersas (Oscar Fonseca, 1992, p. 88), quienes con el conocimiento adquirido y cada vez más especializado, pudieron aumentar la producción de plantas, obteniendo cosechas con mayores cantidades de alimentos; pues cada vez más se establecieron en aldeas sedentarias o semi sedentarias, con el consecuente crecimiento de la población.

Con la agricultura surgieron distintas herramientas que les permitía sembrar y dar mantenimiento a los campos de cultivo, así como el procesar y servir los alimentos. Entre el 1000 y 500 a. C. la agricultura está consolidada como práctica económico-social. Las poblaciones estaban organizadas en tribus productoras principalmente de alimentos como la yuca (*Manihot esculenta*) y maíz (*Zea mays*). Aunque se continuó con la caza, pesca y recolección de otros productos complementarios. El maíz llegó a arraigarse como cultivo primordial en algunas zonas; en tanto que, en otras, se dio un sistema mixto de semicultura y vegecultura, además del uso de recursos costeros y la cacería (Oscar Fonseca, 1992, p. 118).

La posibilidad de generar excedentes y acumular granos incidió en cambios significativos tanto en el ámbito cultural como en el económico. Según el modelo de Oscar Fonseca (1992), la organización de estas poblaciones pudo darse en tribus, las cuales

contaban con una jefatura y cierto ordenamiento que les permitía atender la agricultura, las tareas ideológicas y fabricar los instrumentos para el trabajo. Con esto se dio paso a que algunas personas dentro de esas tribus se liberaran de ciertos trabajos y adquirieran un mayor estatus. Como resultado entre otras cosas, surgió la necesidad de organizar mejor el sistema productivo. Así, para esta época, un primer paso es el desarrollo de aldeas, seguido por el dominio a nivel regional por parte de algún centro poblacional, surgiendo poblaciones más complejas.

Entre el 500 a. C. y 300 d. C. aproximadamente, se dio una transición de una producción agrícola especializada con una organización social aún tribal basada en relaciones de parentesco, a una cacical con una jerarquía marcada con una jerarquización organizada (personas caciques –primarias y secundarias-, líderes ideológicos o chamanes, artesanos(as), agricultores especializados(as), entre otros) (Oscar Fonseca, 1992, p. 120; Francisco Corrales, 2001, pp. 31-32). Lo anterior produjo que algunas aldeas crecieran en tamaño e importancia.

Entre el 300 y 800 d. C. los cambios que se habían presentado en el seno de estas poblaciones condujeron a nuevas formas de control sociopolítico, con una jerarquización social respaldada en la política, economía e ideología. La modificación de los sistemas productivos agrícolas y los procesos sociales generados permitió el establecimiento de nuevas formas de control sociopolítico.

Algunas personas pudieron “librarse de ciertas tareas” y asumir roles de naturaleza política y religiosa, proceso que venía presentándose desde unos siglos atrás. Esta jerarquización social se basó en criterios económicos y políticos. Así este tipo de organización sociopolítica está liderada por un jefe o señorío y se denomina cacicazgo. Los estratos sociales que conformaban a los cacicazgos estaban integrados por jefes políticos y religiosos, guerreros, artesanos especializados, agricultores, entre otros. Los líderes pudieron desempeñar roles de redistribución de productos, dirigentes de conflictos armados y tomadores de decisiones en momentos de crisis de diverso tipo. A la vez estas personas tuvieron acceso a bienes de prestigio. Los asentamientos también reflejan este tipo de organización social, existen asentamientos principales y poblados secundarios.

Hay diferencias a nivel arquitectónico, presencia de bienes suntuarios, entre otros (Michael Snarskis, 1978; Oscar Fonseca, 1992; Francisco Corrales, 2001).

El tamaño de los sitios aumentó y presentaron una arquitectura más compleja. La ubicación de estas aldeas estaba muy ligada con la fertilidad de los suelos (Oscar Fonseca, 1992). Los cementerios reflejan la jerarquización social, tanto en la inversión para la construcción de las tumbas (materiales, diseños, tamaños), como en los diferentes conjuntos de ofrendas depositadas (Ricardo Vázquez, 1989). Los cacicazgos adquirieron una mayor complejidad. Las personas caciques tuvieron poder sobre sus subordinados y los medios de producción. En una misma zona, se presentó una jerarquía marcada. Por ejemplo, para el siglo XVI con el arribo de los conquistadores se documentó la presencia de un cacique mayor o señorío y varios caciques menores de segundo o tercer rango (Eugenia Ibarra, 1984). Esta jerarquización permitía establecer relaciones de intercambio, comercio, tributo u otras tanto a nivel de matrimonios, políticos, ideológicos y económicos, entre otros (Oscar Fonseca, 1992).

Los datos arqueológicos evidencian que entre el 800 d. C., y hasta el proceso de conquista y desestructuración social provocado por los españoles en el siglo XVI, se manifestó un crecimiento en el tamaño y la complejidad del diseño interno de las aldeas. La construcción de las obras estuvo a cargo de centros de poder económico y político, que implicó la movilización de una gran cantidad de fuerza de trabajo. Las personas líderes recurrían a su poder político e ideológico para fundamentar la ejecución de dichas construcciones comunales, con lo que evidenciaron y consolidaron a la vez el sistema económico cacical y los señoríos (cacicazgos dominantes) (Iraida Vargas, 1987, p. 15).

En esta última fase de ocupación antigua, se evidenció una mayor jerarquización de las poblaciones, lideradas por un sistema cacical, en donde la estratificación social (diferencia de rangos entre personas) alcanzó su máximo apogeo para las poblaciones antiguas del actual Costa Rica.

El desarrollo histórico de los pueblos a través del tiempo es intrínseco al espacio físico habitado y utilizado. El territorio trasciende la función de dotar de los recursos naturales necesarios para la sobrevivencia. En torno a él se desarrollaron concepciones

simbólicas esgrimidas desde la cultura. Las bases materiales e intangibles que cada pueblo étnico da a la construcción social del espacio permean la vida en todo su amplio espectro: tanto de las poblaciones humanas, como del resto del ecosistema.

Todo lo anterior confluye en el bienestar y sobrevivencia de sus habitantes. La construcción histórica y cultural de estas implican más de 12 000 años de relaciones inter y supra sociales, abarcando culturas muy distantes entre sí tanto en relación con sus sistemas económico-sociales, sistemas de creencias, modos de vida, medio y ecosistemas, la dimensión cultural ideológica, todo lo cual se concibe para cada época o temporalidad en la que se desarrollaron dichas personas.

Hacia el siglo XVI, luego del contacto de las poblaciones autóctonas con los conquistadores ibéricos y las personas africanas esclavizadas, comenzó el proceso de desarticulación de la organización social, económica y religiosa para los y las nativas americanas. (Claudia Quirós, 1990; Juan Carlos Solórzano y Claudia Quirós, 2006; Juan Carlos Solórzano, 2013). Dando inicio del etnocidio prolongado por varios siglos.

Las personas indígenas e inclusive africanas y sus descendientes debieron abandonar sus poblados para ponerse a salvo de la esclavitud y otras formas de dominio ejercida sobre ellos. Quienes no sucumbieron con las nuevas enfermedades, esclavitud y pobreza, entre otros factores, forman parte de los ancestros de las poblaciones actuales tanto mestizas, como indígenas y mulatas.

Poblaciones originarias a la llegada de los españoles y africanos en el siglo XVI: cambio social y desarticulación organizativa

Breve contextualización de la expansión española

La conquista y colonia de América (o el denominado “Nuevo Mundo”), fue uno de los más grandes acontecimientos para el occidente europeo. Europa vivía en crisis por diversas razones como: las bajas demográficas debido a enfermedades⁵⁸, los conflictos bélicos, las crisis económicas de los siglos XIV y XV, el agotamiento del sistema feudal, entre otros. Por ello, fue tan importante el mantenimiento del sistema de esclavitud de pobladores africanos y posteriormente, de nativos americanos, así como el control de ciertos productos, entre ellos los metales preciosos (Patricia Chía, 2011, p. 3).

Las economías feudales de la Edad Media habían pasado por desastres que afectaron la moneda. En este decaimiento económico, el crecimiento de la producción agraria (granos) dejó de existir con carácter general a finales del siglo XIII. La peste negra –que eliminó a $\frac{1}{3}$ de la población– se dio durante la segunda mitad del siglo XIV y primera del XV, pero no logró erradicarse. Hubo rebrotes de la enfermedad cada 10 a 15 años, por lo que Europa no se pudo recuperar en términos demográficos (*Ibidem*).

Lo anterior alteró la distribución de los habitantes, ya que las personas de zonas rurales migraron a las ciudades y lograron recuperarlas rápidamente. Sin embargo, debido al gran abandono de las tierras, la producción de granos disminuyó, los precios de estos bajaron por la debilidad de la demanda y, a la vez, los salarios subieron porque había menos trabajadores que consumidores potenciales. Por esta razón, los Estados tuvieron que manipular sus monedas (disminuyendo su ley y multiplicando la moneda fraccionaria, pero con resultados limitados). Solamente, a partir de 1450, esta tendencia se invirtió y hubo una mayor producción agrícola y dinamismo demográfico que fue alejando a la peste. El aumento de producción provocó la caída de los precios en relación con el oro e incentivó la búsqueda de ese metal. De ahí la importancia que tuvo la llegada de las poblaciones ibéricas al continente americano y su constante explotación y control

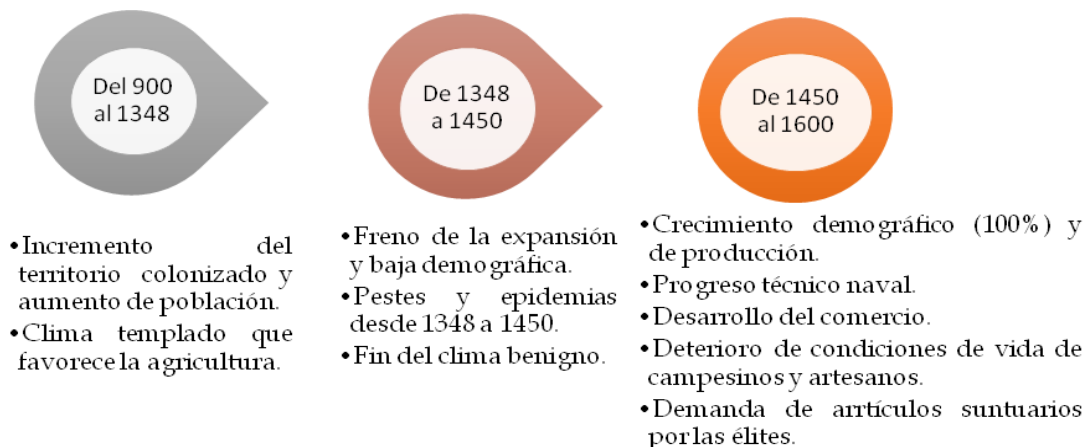
⁵⁸ La peste bubónica causó estragos en el siglo XIV en gran parte de Europa, Asia y el norte de África.

de los recursos auríferos y de diversa índole durante toda la época colonial (Patricia Chía, 2011, pp. 3-4).

Como parte de los antecedentes del proceso de conquista y colonia (ver Figura 11), es preciso recordar que desde el siglo X en Europa se dio una expansión acelerada de colonización de superficies territoriales (para estas épocas había concentraciones de poblaciones en espacios específicos). Entre el año 800 hasta 1350 aproximadamente, el clima favoreció el desarrollo agrícola y éste el aumento de la población, lo que llevó a la ocupación nuevas tierras. El apogeo de la expansión y prosperidad se dio entre el 1200 y 1350 d. C. Para el siglo XIII el crecimiento económico y demográfico propició el establecimiento de ciudades en Italia del norte, Venecia, el centro de Alemania, Flanders, entre otros. Lo anterior permitió el incremento de intercambios comerciales en el Mediterráneo y las costas del Atlántico hasta Inglaterra. A pesar de ello, en el lapso de 1315 y 1317 hubo hambrunas (Juan Carlos Solórzano y Claudia Quirós, 2006, p. 5).

Figura 11

Esquema con los antecedentes europeos previos y durante la conquista española del continente americano.



Fuente: Elaboración propia basada en Juan Carlos Solórzano y Claudia Quirós, 2006, pp. 3-7.

Entre 1348 y 1450 azotaron las siguientes enfermedades: “pestes “bubónicas y neumónicas” principalmente (entre 1348 y 1351), lo que puso fin al incremento

demográfico y económico. Las pestes se tornaron endémicas y continuaron diezmando a la población hasta aproximadamente 1450, como consecuencia de un cambio climático⁵⁹.

Al congelarse el suelo, hubo escasez de alimentos que provocaron hambrunas y epidemias. Desde mediados del siglo XV hubo un aumento demográfico y de producción. Se dio un progreso en la construcción naval, lo que, junto a la diversificación en la producción, permitió su comercio.

La expansión ultramarina [con los consecuentes y lamentables impactos sociales, ideológicos, económicos, demográficos, entre otros para las poblaciones autóctonas], iniciaron con los portugueses en África y luego por los españoles en América. Entre 1460 y 1620 el aumento de la población europea fue de un 100% organizada en una sociedad jerarquizada con monopolio de las tierras por parte de la monarquía. Este modelo político y económico deterioró las condiciones de vida de personas campesinas y artesanas (ya que se abarató la mano de obra, como se indicó con anterioridad). Los tributos elevados sobre las tierras provocaron que campesinos las perdieran y se convirtieran en jornaleros. En estos años se produjo gran cantidad de bienes suntuarios para la élite, así como alimentos los cuales eran comercializados, de ahí la importancia del desarrollo de la flota mercante, puertos y rutas de comercio (Juan Carlos Solórzano y Claudia Quirós, 2006, pp. 5-7).

El comercio a larga distancia propició la modificación de las relaciones sociales en Europa, la generación de esclavitud y servilismos en diversos continentes, abriendo paso al capitalismo incipiente. A inicios del siglo XVI los negociantes y banqueros (españoles y portugueses) emplearon técnicas financieras, unificaron intercambios interregionales y crearon una red de relaciones mercantiles y financieras entre Europa del Norte y Europa Meridional (*Ibid.*, p. 9).

Europa noroccidental se especializó en la producción de manufacturas y el resto del mundo se integró a su mercado como suministrador de alimentos, materias primas o metales preciosos: Europa central y oriental se especializaron en la exportación de cereales, en tanto que Hispanoamérica exportaría principalmente metales preciosos y secundariamente tintes (palo de Brasil, índigo, cochinilla) [*y su respectiva fuerza de trabajo*]. Por último, a África se le asignó el papel de suministrador de mano de obra para someterla al régimen de esclavitud. En lo que atañe a Asia, este continente logró relativamente abstraerse de la dominación

⁵⁹ Clima glacial que afectó Europa entre 1348 y 1350 (*Ibidem*).

européa al menos antes de los siglos XVIII y XIX (Juan Carlos Solórzano y Claudia Quirós, 2006, p. 10).

El papel de América en todo este proceso fue fundamental, debido a la explotación de la mano de obra gratuita por varios siglos. Además del acceso y extracción de materias primas que revolucionaron beneficiaron la mercantilización en Europa (no sólo metales preciosos), entre muchos otros productos, entre ellos el algodón (*Gossypium hirsutum*) que favoreció a que la producción textil no dependiera de la seda ni la lana ambas de origen animal.

En Europa, los tejidos utilizados favorecían la presencia de algunas enfermedades. Por ejemplo, las vestimentas de lana beneficiaban a los piojos y las chinches y con ello la difusión del tifus entre los ejércitos. El clima frío incidía en que las personas tuviesen que cubrir sus cuerpos la mayor parte del tiempo, y al utilizar la lana se incrementó este problema (William McNeil, 1984, p. 179)⁶⁰, lo anterior, junto a las pobres prácticas higiénicas personales y comunitarias, favoreció a la permanencia y propagación de múltiples enfermedades.

El algodón dio paso a una producción expansiva que se convirtió en una de las principales materias primas para la producción textil del mundo. En términos generales, una Europa empobrecida e impactada por constantes epidemias, pobreza y abusos de la nobleza, se vio favorecida a finales del siglo XV y hasta el XIX por los recursos humanos y materiales extraídos a la fuerza tanto de África como de América.

El proceso de conquista y expansión ibérica, según Estela Salles y Héctor Noejovich (2004, pp. 127-131) se divide en cinco etapas: la primera correspondiente al Descubrimiento (1492-1516), en donde se dio la discusión sobre la organización de las Indias, se estableció el monopolio económico y se creó la Casa de Contratación de Sevilla en 1503 (se originó el tratado de Tordesillas, que es el primer reparto del “Nuevo Mundo” entre españoles y portugueses). El segundo, correspondiente al reinado de los Habsburgos

⁶⁰ De igual manera, la mayor abundancia de tejidos de lana benefició al bacilo de la enfermedad de Hansen y a la espiroqueta del pian (sífilis) esta última, pasaba de un huésped a otro, infectando las membranas mucosas de los órganos sexuales que se mantenían húmedos y no necesariamente aseados. Era una infección difundida, común -al menos entre las personas pobres- entre los niños y normalmente incapaz de producir llagas muy graves, excepto cuando la resistencia era reducida, las espiroquetas invadían ahora normalmente solo los cuerpos adultos. (*Ibidem*).

(1516-1700), inició con la llegada al trono de Carlos V de Habsburgo, quien dirigió su política exterior basado en el ecumenismo católico. América se convirtió en fuente de financiamiento de la Corona que se organizó en reinos (a América le correspondió el reino de las Indias que, desde 1524, contó con Consejo Real propio). En esta época se dio la Guerra de los Treinta Años (1618-1648 que abarcó Europa, América, África y Asia). Para la mitad del siglo XVII, Portugal y los Países Bajos se separaron de la Corona española quien, además, estaba en banca rota (Estela Salles y Héctor Noejovich, 2004, pp. 127-129).

La tercera etapa fue la sucesión de España (1700-1714); al morir Carlos II, y no dejar heredero, se legó el puesto a Felipe Anjou (nieto de Luis XIV) quien desconoció los tratados con su suegro Leopoldo III de Habsburgo y se generó la Guerra de Sucesión, cuya meta era América y sus recursos. La cuarta etapa fue la de los Borbones (1714). Con Carlos III se inicia la implementación de reformas que buscaron reforzar la relación hispanoamericana y recuperar importancia en la geopolítica del momento. Se crearon virreinos, capitanías generales, un Reglamento de Libre Comercio (1778), así como otras medidas de control (Estela Salles y Héctor Noejovich, 2004, pp. 129-130).

Finalmente, la quinta etapa fue la de la crisis de la Independencia (1808-1824) en donde, tras el plan de los Borbones de fomentar el desarrollo de las colonias y controlarlas verticalmente, acontecimientos como la resistencia de élites locales, la influencia de las guerras revolucionarias y napoleónicas, entre otros, hicieron que España cada vez tuviera más dificultad en controlar sus colonias y las fuera perdiendo paulatinamente (Estela Salles y Héctor Noejovich, 2004, pp. 127-131).

Por su parte, para el continente americano los procesos de conquista y colonia tuvieron repercusiones nefastas, inicialmente por la búsqueda del oro y, más adelante, de plata. Esto obligó al cambio, en el modo de vida de las poblaciones africanas (quienes fueron esclavizadas y trasladadas al continente americano desde el siglo XV) y las nativas americanas.

En el momento de la conquista e inicio de la colonia en el continente americano (1494-1525), se dio el “ciclo del oro” en las Antillas. Este consistió, primero, en el saqueo del oro que los nativos usaban como joya y, posteriormente, los españoles recurrieron a la “producción de placer”, que consistió en la extracción de oro de aluvión que les resultaba

barato, pero duró poco tiempo. Para este tipo de extracción se usó, de manera forzada, mano de obra femenina, lo que disminuyó (en niveles extremos) las cosechas de subsistencia y la fuerza de trabajo, ya que no soportaban los niveles de explotación, ni se reproducían siguiendo sus pautas culturales. Dicha explotación, junto con las enfermedades, provocó el decaimiento demográfico primero en Santo Domingo y luego en Puerto Rico y Cuba. (Patricia Chía, 2011, p. 5).

Una vez que las islas quedaron casi sin población, la extracción siguió en el espacio continental en los istmos, la actual Venezuela, Perú, Chile, Colombia y México en mayor escala. Este sistema de explotación de mina provocó una menor disminución de la población en comparación con el del placer (*Ibid.*, pp. 6-7).

En esos dos primeros siglos, las colonias ibéricas constituían un sistema heterogéneo en donde había diferentes sistemas de producción regidas por un despotismo tributario, remanentes del feudalismo y un capitalismo inicial dependiente. De esta manera, el modo de producción capitalista se encuentra en estado embrionario y dependería de la capacidad real de los colonizadores y criollos por controlar la mano de obra y los recursos.

Así, la colonización de América como señala Nelson Maldonado-Torres (2007), fue la base para un modelo de poder mediante un sistema de dominación que se estructuró basado en la diferencia étnica (mediante la idea de raza). Más allá de la importancia económica que tuvo el descubrimiento y la explotación de personas y recursos para el desarrollo de la modernidad y su capitalismo inicial, la modernidad fue un discurso y una práctica que se mantiene hasta hoy producto de la colonialidad y principalmente de la colonialidad del poder.

Ésta instauró relaciones intersubjetivas en las prácticas sociales en donde la diferencia colonial (según Walter Dignolo) o las relaciones entre el ser o no ser (Frantz Fanon), estableció una heterogeneidad colonial o subalterización,

articuladas en torno a la noción moderna de raza; una idea que se genera en relación con la concepción de pueblos indígenas en las Américas, y que queda cimentada en el imaginario, el sentido común y las relaciones sociales que se establecen en relación con los esclavos provenientes de África en las Américas... Sin embargo, el concepto también incorpora la idea del carácter diferencial de tal diversidad, ya que la idea de raza no se desentiende de su origen y tiende a

mantener (aunque con variaciones y excepciones ligadas a la historia colonial local de distintos lugares, o a momentos históricos particulares) lo indígena y lo negro como categorías preferenciales de la deshumanización racial en la modernidad. puede decirse que el racismo científico y la idea misma de raza fueron las expresiones explícitas de una actitud más general y difundida sobre la humanidad de sujetos colonizados y esclavizados en las Américas y en África, a finales del siglo XV y en el siglo XVI. (Nelson Maldonado-Torres, 2007, p. 133).

Es por lo anterior, que este proceso histórico, económico, ideológico político y social es indisoluble del capitalismo mundial y del sistema de dominación implementado hacia “las periferias” y con ello a la colonialidad del ser como se verá en otros apartados de la presente tesis.

Conquista y colonia: las poblaciones presentes en Costa Rica

La colonización del territorio que actualmente se conoce como Costa Rica fue tardía en comparación con otros países como México y Perú. Fue en el cuarto viaje de Cristóbal Colón que se llegó al territorio del Caribe costarricense,

Al divisar las naves, juntáronse los de Cariari en la ribera de un río que pasaba junto a su pueblo, en ademán hostil, armados de arcos, flechas, macanas y agudas varas de palmeras. El Almirante mandó acercar algunos botes a tierra, pero sin que nadie desembarcase hasta que se tranquilizaran los naturales. Convencidos éstos de que no trataban de agredirlos, mudaron de actitud, y haciendo señales a los españoles para que viniesen a la playa, desplegaron al viento sus mantas de algodón, a guisa de banderas, para invitarles a entrar en tratos de convenio... (Ricardo Fernández Guardia, 2005, p. 24).

Sin embargo, los ibéricos tardaron cerca de dos décadas para lograr ingresar al territorio. Como se explica más adelante, esto se debió a diversos factores como la resistencia generada por las poblaciones locales, la geografía de la zona y la imposibilidad de obtener aprovisionamiento. Debido a lo anterior, debieron pasar del Caribe al Pacífico bordeando desde el actual Pacífico de Panamá e ingresando por el sector de Nicoya-Guanacaste. Para ese entonces, ya los habitantes autóctonos conocían el proceso de conquista y etnocidio en otros lugares.

Las fuentes etnohistóricas reportan para el siglo XVI al menos 13 cacicazgos (aunque podría haber 6 más, pero no se cuenta con suficiente información para

confirmarlo). A los cacicazgos se los denominó según los nombres de los lugares y de los caciques a saber: Aserri, Boruca, Coto, Curridabá, Garabito, Guarco, Pacaca, Pococí, Quepó, Talamanca, Suerre, Tariaca y Votos. Los 6 aún sin definir son: Cange, Chomes, Churuteca, Corobicí, Orotina y Zapandí. Los señoríos o cacicazgos más importantes el del Garabito y Guarco quienes lideraban a otros cacicazgos (Eugenia Ibarra, 1993, pp. 8-9).

Estos pueblos indígenas se organizaron con jerarquías compuestas por diversos rangos, cuyos líderes descendían de linajes particulares y llevaron a cabo actividades ceremoniales, políticos y económicas, entre otras (Eugenia Ibarra y Elizeth Payne, 1991, p. 12).

La etapa de conquista de los pueblos presentes en Costa Rica abarca de 1520 a 1570. Las expediciones con sus consecuentes batallas, aprisionamiento de población indígena y deceso entre muchos motivos por expansión de enfermedades, iniciaron una vez fundada Panamá en 1519, lugar desde el cual iniciaron las exploraciones marítimas (ver Figura 3). En 1522 Gil González Dávila llevó a cabo el reconocimiento del territorio costero del Pacífico desde Punta Burica hasta la Península de Nicoya. Dos años después, los españoles se dirigieron a la Península de Nicoya con el fin de ingresar al Pacífico de Nicaragua, en donde concentraron sus procesos de conquista debido a que tenía una mayor cantidad de población (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 17-18).

De esta manera,

Durante el resto de la primera mitad del siglo XVI, los españoles entraron sin interés en la conquista de Nicaragua e ignoraron el territorio de Costa Rica. Sólo la Península de Nicoya cayó en la mira de los conquistadores, por lo que los indígenas que habitaban ese territorio fueron sometidos a las mismas exacciones que sufrieron los indígenas de Nicaragua, durante las primeras décadas del dominio español. Entre los años 1524 y 1527 se mantuvo un diminuto asentamiento español en la banda Oriental del Golfo de Nicoya; los indígenas de la región y los que habitaban en la isla de Chira y costa del Golfo fueron repartidos en encomienda a los españoles fundadores de la llamada ciudad de Villa Bruselas. Los indígenas repartidos en la encomienda a un español debían trabajarle como si fueran esclavos. A cambio, recibían del español la evangelización cristiana. Por medio de la encomienda, los españoles les forzaron a los indígenas a trabajar jornadas extenuantes, con el fin de obligarlos a producir bienes de subsistencia y artesanales (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 68).

Así fue como en 1526 Nicoya surge como entidad político-administrativa adscrita a Villa Bruselas y se institucionaliza la encomienda como mecanismo de explotación colonial sobre los pueblos indígenas. En 1527 al despoblarse Villa Bruselas, Nicoya pasó a integrarse a la recién fundada provincia de Nicaragua. Nuevamente se reparten a los indígenas de Nicoya entre los vecinos de León y Granada, para lo que se declaró la llamada “justa guerra”⁶¹. Además, se enviaron indígenas de Nicoya en calidad de esclavos a Panamá y Perú (donde se empleaban como bestias de carga), lo que provocó una catástrofe demográfica. Alrededor de 200 000 indígenas de Nicaragua y Nicoya fueron esclavizados y enviados a Panamá y Perú entre 1520 y 1540 (ver Tabla 2). *En el caso de Nicoya, el descenso demográfico de la población indígena pudo ser del orden del 82.15%. Aunque conviene considerar que el despoblamiento también fue resultado de muerte por sobreexplotación y epidemias* (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 69-70).

⁶¹ La “justa guerra” servía de pretexto para esclavizar a las personas habitantes de la península de Nicoya, las islas y costas del Golfo a quienes se les exigió grandes cargas tributarias, la entrega de mantas de algodón, botijas llenas de miel de abeja, cera, cántaros y jarras de loza vidriada, alimentos, servir como cargadores (para el transporte de diversas mercancías a larga distancia), entre otros (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 69).

Tabla 2.

Tabla de estimación conservadora de la población indígena de Costa Rica de 1502 a 1522

| Tribus-Cacicazgos⁶² | Número de personas | Totales |
|---|------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Chorotegas En Nicoya e islas del Golfo Dulce En Chomes, Orotina, y Churuteca hasta la isla de Herradura | 12000 1200 | 13200 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nahuas o aztecas Corobicíes entre Tenorio y Curubicí En llanuras de Santa Clara En Chicagua de los Mejicanos | 600 200 200 | 1000 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Guetares en las provincias de San José, Heredia y Alajuela Guetares en la provincia de Cartago | 1700 1800 | 3500 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Biceitas o Talamancas: En toda la provincia de Limón, en los ríos Chirripó, Estrella y Sixaola Terbis en el río Terbi o isla de Tejar En Bocas del Toro Guaymías | 2900 1300 2000 2000 | 8200 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Borucas: Borucas, Cotos y Quepos | 1000 | 1000 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Botos o Votos de origen incierto | 300 | 300 |
| Total, en 1522 | | 27200 |

Fuente: José María Barrionuevo, 1976, p.17.

La población restante fue concentrada en los “pueblos de indios”. Debido a la sobre explotación y la baja demográfica generalizada, en 1542 la Corona española promulgó “leyes nuevas”. Con ellas se quiso evitar lo que se consideraba la extinción de indígenas en Hispanoamérica, así como el saqueo y depredación en los nuevos territorios por conquistar, prohibiendo así la “guerra justa” (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 70).

⁶² Aunque autores como Héctor Pérez estiman que la población indígena para Costa Rica entre los años 1500 a 1524 es de 337 308 personas sin contar a Nicoya basándose en Devenan quien para realizar la estimación utilizó el método de “*carrying capacity*”, según fuentes etnohistóricas (Perafán de Rivera en 1569 en el repartimiento de indios y tierras) estimó que era de 120 000 (Héctor Pérez 1997, pp. 26, 28) y más recientemente Ibarra cuestiona estas cantidades y estima una población de 400 000 personas al momento de la llegada ibérica (Eugenia Ibarra, s. f., pp. 3, 22).

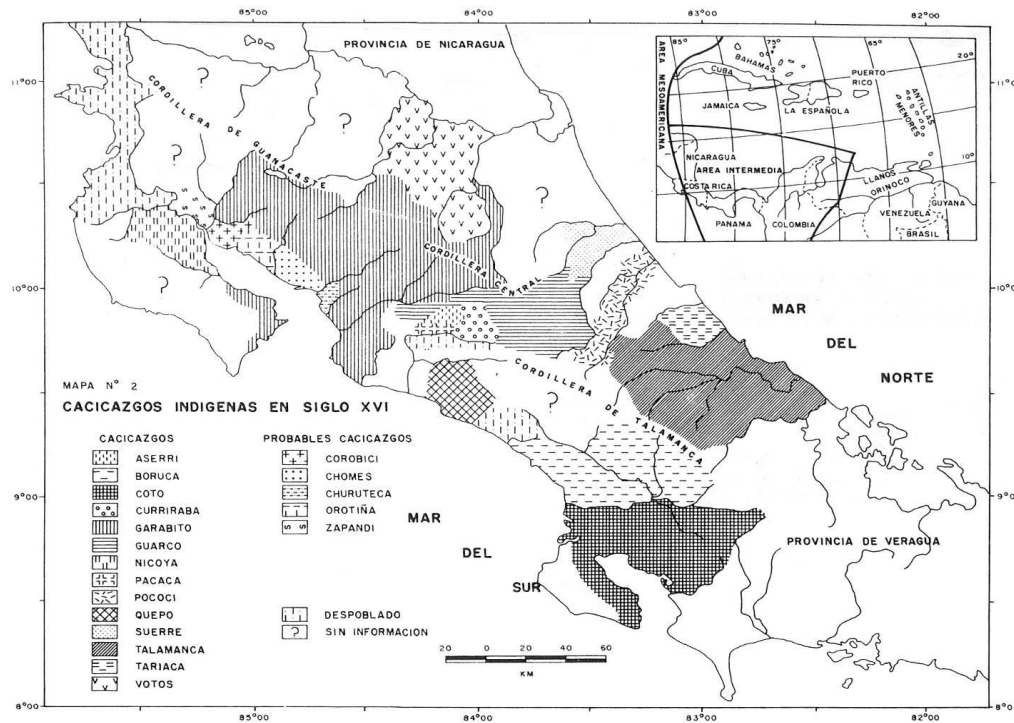
En 1544 se crea de la Audiencia de Guatemala, los conquistadores fundadores de León y Granada solicitaron la potestad de decidir sobre la conquista, y respecto a la repartición de indígenas y tierras. Entre 1549 y 1556 se prohibió la conquista española al interior del país. Para la segunda mitad del siglo XVI la mayor parte de Costa Rica seguía al margen del proceso de colonización española. Sin embargo, una vez que se volvió a permitir⁶³, el corregidor de Nicoya realizó campañas para la conquista de las poblaciones de Chomes y Abangares, con lo cual abrieron paso para las expediciones al interior de Costa Rica donde la conquista había sido parcial (*Ibid.*, pp. 70-72).

Como se evidencia en la figura 12 en el territorio costarricense había distintos cacicazgos. La mayor parte de estos no habían tenido contacto directo con los conquistadores ibéricos a mediados del siglo XVI. No obstante, debido a la propagación de las epidemias, la densidad de población en el interior del país era menor a la que los conquistadores encontraron al inicio de sus incursiones en el continente americano. Como estrategia para impulsar la conquista en Costa Rica, las autoridades coloniales, - basándose en la crisis económica y demográfica presente en los otros territorios conquistados en Centroamérica-, establecieron insumos como la baja de impuestos para la extracción de oro, plata y piedras preciosas. Muchos colonizadores empezaron a buscar nuevos lugares donde quedarán indígenas y yacimientos auríferos sin explotar. Lo anterior se unió al interés de bloquear la expansión de conquistadores procedentes de la audiencia de Panamá (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 73).

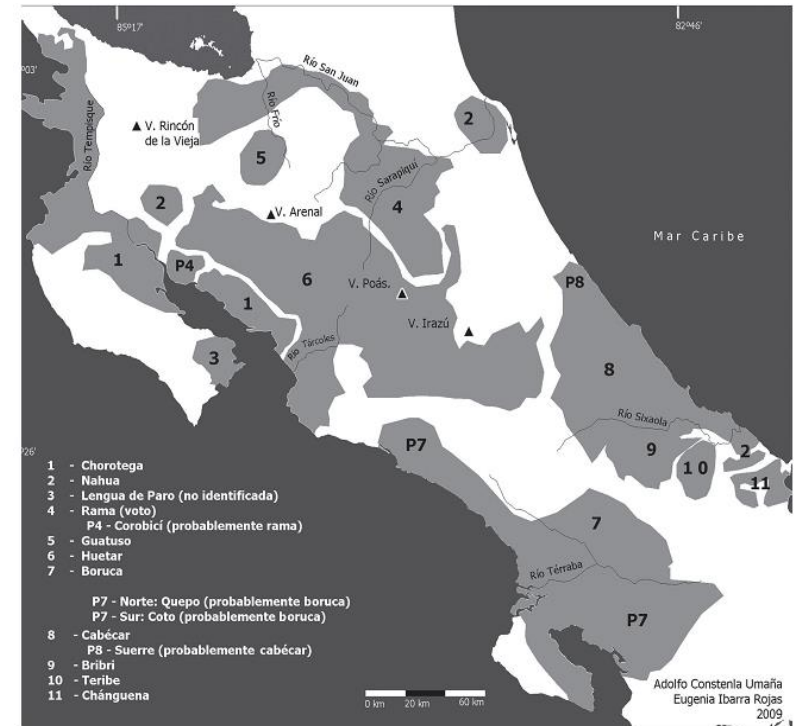
⁶³ Debido a la preocupación que producía la baja demográfica, el poco control de la Corona en relación con el manejo por parte de algunos conquistadores, se establecieron nuevas disposiciones para regular los excesos de los españoles (las cuales generalmente no se cumplieron). Los indígenas que se sometían pacíficamente quedaban obligados una vez que transcurría un lapso de gracia de 10 años al pago de fuertes tributos. Los indígenas se inscribirían a nombre de la Corona y sólo pagarían tributos a esta, lo anterior con el fin de controlar la mano de obra e impedir que los encomenderos se hicieran poderosos (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 72, 75)

Figura 12

Mapas con la distribución de cacicazgos y lenguas en la Costa Rica del siglo XVI



Fuente: Eugenia Ibarra 2003, p. 28.

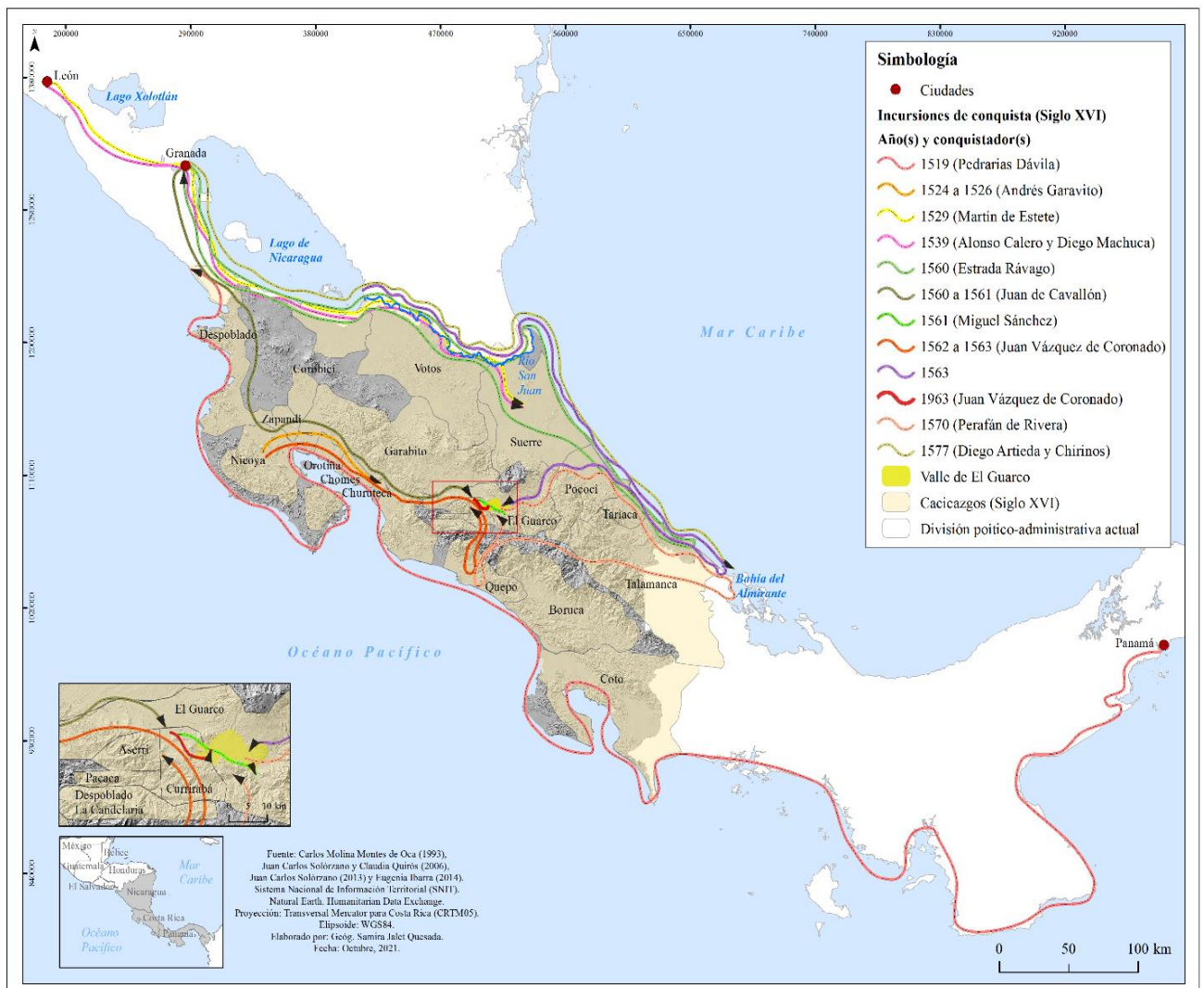


Fuente: Adolfo Constenla y Eugenia Ibarra, 2009, p. 110.

A pesar de lo anterior, durante toda la época colonial los conquistadores españoles no pudieron establecer núcleos de colonización permanentes en amplias zonas como lo son las costas del Caribe Sur, Pacífico Sur, en las llanuras del Norte. La colonización se delimitó al interior del país en el Intermontano Central, principalmente Cartago y sus alrededores (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. xiii-xiv).

En diferentes momentos se llevaron a cabo incursiones desde Nicaragua hacia las llanuras del Caribe costarricense, las cuales fueron infructuosas, dada la resistencia indígena, la carencia de alimentos y de personal (ver Figura 13).

Figura 13
Mapa de rutas aproximadas de expediciones de conquista realizadas en el siglo XVI



En dichas invasiones, los conquistadores hacían cabalgatas de saqueo en busca de oro, indígenas para esclavizar, así como alimentos para la sobrevivencia. Una de las estrategias de las poblaciones nativas era quemar sus plantaciones para que los conquistadores tuviesen que emprender la retirada por falta de provisiones (Juan Carlos Solórzano, 2013).

El ingreso hacia el interior del país no fue sencillo para los ibéricos. La resistencia indígena, así como las carencias alimenticias y de otros recursos, repercutió en que hicieran varios intentos infructuosos. Cavallón fue quien, ingresando por tierra desde Nicoya, Chomes y por la ruta de la cuenca del río Tárcoles, logró adentrarse fundando la ciudad de Castillo de Garcimuñoz. Esta ciudad se estableció en un lugar estratégico al ser fácilmente defendible en caso de ser atacado por indígenas. Además, era un valle amplio, fértil y con una importante población indígena. El Castillo de Garcimuñoz fue el primer establecimiento ibérico ubicado en el interior del país y desde el cual se organizó entre 1561 y 1563⁶⁴, las expediciones hacia otros sectores del interior y la zona sur de Costa Rica (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 79-81).

La ciudad de Cartago fundada en el Valle del Guarco por Juan Vázquez de Coronado fue la capital colonial de Costa Rica durante toda la época colonial. Allí se establecieron pueblos de indios, reducciones y el asiento ibérico y de los africanos esclavos que traían consigo. Tras la muerte de Juan Vázquez de Coronado en 1569, Perafán de Ribera, asumió el control de la provincia y con el fin de arraigar a los españoles de Cartago, reestableció la repartición de indígenas mediante la figura de las encomiendas, entre los conquistadores que ingresaron en las primeras expediciones de conquista del Valle Central (*Ibid.*, p. 87).

Entre 1580 y 1600 y tras los fracasos por dominar los territorios del Caribe Sur y Pacífico Sur del país, se intensificó la colonización hispánica en el Valle Central de Costa Rica. Los focos de la conquista fueron los espacios cercanos a la ciudad de Cartago: los valles del río Reventazón y el Grande de Tárcoles, abarcando las

⁶⁴ Año en el que la ciudad se trasladó al Valle del Guarco.

secciones orientales y occidentales. La población indígena de estas zonas y en general de toda Costa Rica, se mantuvieron en constante resistencia.

Datos demográficos

Para la época colonial, la información demográfica de la provincia de Costa Rica es limitada. Hay carencia de datos por varias décadas y el registro de la población no siempre fue homogéneo ni sistemático. Algunas personas investigadoras han realizado compilaciones con datos fragmentados. Por ende, los datos se toman como aproximaciones debido a que el proceso de conquista fue inconcluso durante toda la época colonial para Costa Rica (ver Tabla 3).

Tabla 3

Cuadro con la estimación de la población de Costa Rica (principalmente indígena) de Costa Rica en el periodo Colonial

| Pueblo | Años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1520-1539 | 1560-1579 | 1580-1599 | 1600-1619 | 1620-1639 | 1640-1659 | 1660-1679 | 1680-1699 | 1700-1709 | 1710-1719 | 1720-1729 | 1730-1739 | 1740-1749 | 1750-1759 | 1760-1769 | 1770-1779 | 1780-1789 | 1790-1799 | 1800-1809 | 1810-1819 | 1820-1829 |
| Aserrí | - | 1000 | 250 | 271 | 30 | 120 | 40 | 80 | 158 | 173 | 232 | 200 | 200 | 156 | 223 | 303 | 346 | 337 | 350 | 300 | 404 |
| Atirro | - | 900 | - | 14 | 30 | 01 | 23 | - | 011 | 114 | - | 95 | 60 | 150 | - | 76 | 149 | - | - | - | - |
| Barba | - | 500 | - | 373 | - | 120 | 60 | 190 | 251 | 298 | 220 | - | 258 | 211 | 308 | 284 | 169 | 258 | 200 | 266 | 1451 |
| Boruca | 1000 | 200 | - | 300 | - | - | - | - | 425 | - | - | - | 300 | 150 | - | 247 | - | - | - | - | - |
| Cot | - | 350 | 80 | 42 | 91 | 25 | 40 | 40 | 43 | 41 | 60 | 56 | 69 | 78 | - | 158 | 154 | 181 | 180 | 213 | 412 |
| Curridabat | - | 600 | - | 213 | 30 | 29 | 40 | 123 | 114 | 142 | 158 | 123 | 140 | 140 | 190 | 154 | 153 | 139 | 135 | 274 | 375 |
| Chomes | - | 100 | 16 | 16 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 309 |
| Garabito | 700 | 2500 | 500 | 500 | 40 | 20 | - | 24 | 20 | 30 | - | - | 103 | - | 197 | - | - | - | - | - | - |
| Naborío | - | 40 | - | - | 126 | - | - | 56 | 135 | 75 | - | 103 | 94 | 180 | - | 208 | 210 | 257 | 230 | 222 | 94 |
| Nicoya | 1200 | 3500 | 280 | 400 | - | 254 | - | 181 | 40 | - | - | - | 72 | 217 | 348 | - | - | - | 450 | - | 1800 |
| Orosi | 0 | 350 | 70 | 77 | - | 75 | 20 | 5 | - | - | - | - | 300 | 173 | 308 | 456 | 483 | - | - | - | 717 |
| Pacaca | - | 1400 | 30 | 231 | - | 200 | 40 | 27 | 83 | 211 | 230 | 191 | 200 | 199 | 213 | 282 | 256 | 406 | 460 | 573 | 978 |
| Quepo | - | 1000 | 250 | 250 | - | 23 | 20 | 45 | 28 | - | - | 06 | - | 67 | 20 | 111 | 169 | - | - | 189 | - |
| Quircot | - | 150 | 70 | 70 | 64 | 90 | 20 | 35 | 39 | 54 | 67 | 89 | 105 | 98 | 177 | 144 | 153 | 101 | 145 | 126 | 154 |
| Teotique | - | 500 | - | - | - | - | - | 25 | 28 | - | - | - | - | 173 | - | - | - | - | - | - | - |
| Tobosi | - | 300 | - | - | - | 90 | 10 | 64 | 43 | 61 | 80 | 78 | 72 | 76 | 96 | 102 | 98 | 95 | 100 | 120 | 183 |
| Tucurrique | 300 | 1500 | 280 | 280 | 133 | 30 | 60 | 45 | 78 | 35 | - | 19 | 60 | 60 | 75 | 88 | 28 | - | - | - | 198 |
| Turrialba | - | 2100 | - | - | 41 | 80 | 78 | 33 | 31 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ujarrás | - | 300 | 200 | 220 | 115 | 75 | 20 | 53 | 58 | 43 | - | - | - | 496 | - | 496 | - | - | - | 135 | - |
| Promedio | 3500 | 910 | 175 | 204 | 70 | 83 | 37 | 64 | 119 | 100 | 150 | 96 | 145 | 164 | 195 | 222 | 214 | 222 | 250 | 185 | 590 |

En: Rafael Ángel Bolaños, 1981, p. 28.

Algunas de las fluctuaciones que se observan en la tabla 3 están relacionadas con las epidemias, hambrunas, ataques de piratas, conflictos asociados con la resistencia, entre otros eventos que se presentaron de manera constante en estas comunidades (Eduardo Rosés, 1978; Rafael Ángel Bolaños, 1981; Juan Carlos Solórzano, 2013, entre otros).

Para el siglo XVIII se cuenta con los datos procesados por el historiador Héctor Pérez (2010), quien se refiere a la población de la última parte de la época colonial a saber según los intereses de la presente investigación, desde 1750 a 1821. Entre 1777-1778 se levantó un padrón (censo general) por mandato de Carlos III, quien ordenó que se hicieran “*exactos Padrones con la debida distinción de clases, estados y castas de todas las personas de ambos sexos, sin excluir los párvulos*”, el cual debían hacerlo las autoridades civiles y eclesiásticas. Tal y como lo señala Héctor Pérez esta fue la primera vez que,

... el Estado colonial se propuso realizar una enumeración de habitantes sin explícitos propósitos Fiscales y militares. El “buen gobierno” exigía el conocimiento estadístico de las principales características de los gobernados. Y este punto de vista, expresado ya por los “aritméticos políticos” del siglo XVII, había calado hondo en las mentes de la élite ilustrada del siglo XVIII. La preocupación no abandonará ya a los gobernantes del futuro y es por eso que es descenso borbónico general se considera, al menos en espíritu, como el primero de los censos modernos. Su realización práctica estuvo, como era de esperar, múltiples defectos y grandes variaciones según el lugar y los funcionarios que lo llevaron a cabo. Constituyó un modelo a seguir. En todo caso, para todas las enumeraciones del final del período colonial y los primeros censos republicanos (Héctor Pérez, 2010, p. 10).

Este censo permitió vislumbrar la constitución étnica de la población en Costa Rica. El 60% de la población era “mestiza”, el 10% “española” (“blanca”), no más del 12% era indígena (con 2839 “indios reducidos” en 13 pueblos) y el 18% “mulatos”. Como bien señala, el autor, si se suman la cantidad de mestizos con mulatos, se tiene que el 78% de la población procede de la “mezcla” o del mestizaje entre población indígena, europea, africana y afroamericana. Dicho mestizaje fue rápido según Lowel Gudmundson (entre un 13.6% y un 43% en una sola generación). Además, se ha

sugerido que este mestizaje fue mucho más común y aceptado que en otros contextos latinoamericanos para la misma época⁶⁵ (Héctor Pérez, 2010, p. 11).

De esta manera, conforme avanzó la época colonial, las poblaciones indígenas continuaron decreciendo demográficamente (ver Tabla 4). Todavía durante el siglo XIX estas poblaciones fueron requeridas y trasladadas de sus territorios (ANCR, Cartago 1802, p. 803, f. 26, en Rafael Ángel Bolaños, 1981, pp. 26-28). Caso contrario sucedió con las “castas” y españoles, quienes *incrementan su número, encontrando poco más de 50 000 habitantes iniciando el siglo XIX y, de esta cantidad sólo un 20% representa a los nativos* (Ibid., p. 27).

Tabla 4

Cuadro con estimación de la población total de Costa Rica de 1751-1824 según el Obispo Thiel
Valores nominales

| Años | Número de personas | Tasa de crecimiento |
|----------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1751 | 24 022 | - |
| 1778 | 34 212 | 1,31 |
| 1801 | 52 591 | 1,87 |
| 1824 | 65 393 | 0,95 |
| Total general | 176 218 | 4,13 |

Fuente: Thiel, Bernardo Augusto (1902). Las estimaciones efectuadas por Thiel en el período 1751-1848 están hechas a partir de los padrones y datos parroquiales. En: Héctor Pérez, 2010, p.178.

El descenso de la población nativa durante el periodo de conquista y colonia quedó evidenciado para el caso de Nicoya desde 1530 a 1550 y en el Valle Central entre 1560-1570 (Elías Zamora, 1980; León Fernández, 1975, p. 109; Rafael Ángel Bolaños, 1981, p. 25). Dicho descenso se mantuvo constante debido al accionar de los colonizadores. Los traslados a reducciones o pueblos de indios, maltrato extremo, explotación, repartimiento de indios, entre otros fueron la principal causa (Rafael Ángel Bolaños, 1981, pp. 25-27).

⁶⁵ Para finales del período colonial los porcentajes de mestizos y mulatos en otros contextos latinoamericanos eran, en México de 21%, en Perú de 29%, en Buenos Aires de 33%, en Venezuela de 52%, y en Cuba de 51%, todos muy por debajo del 78% de Costa Rica. (Ver James Lockhardt y Stiert Schwartz (1983) *Early Latin America*. Cambridge University press. New York. Citado en Héctor Pérez, 2010, p. 11).

Las prácticas de explotación hacia las poblaciones indígenas se mantuvieron durante todo el periodo colonial. Para el siglo XVII y sobre todo en el XVIII, se “compensó” la baja demográfica con la incorporación de una mayor cantidad de personas esclavas africanas.

Para el siglo XVIII e inicios del XIX se dio un crecimiento moderado de población, fundamentalmente en la capital colonial: Cartago. El aumento del mestizaje permitió el inicio de la ocupación por parte de los criollos y mestizos, en la sección occidental del Valle Central (en Cubujuquí primero -actual Heredia- y la Villita -actual San José- después)-. El sector occidental del Valle central tenía la ventaja de contar con tierras *particularmente ricas para la agricultura y la ganadería, y relativamente pocos obstáculos geográficos*, lo que motivó la “neocolonización” de estos espacios por parte de campesinos (Héctor Pérez, 2010, p. 15).

Es innegable la composición multiétnica de Costa Rica para la última etapa colonial, siendo la población más numerosa la mestiza. Sin embargo, no hay que dejar de lado que esta característica se presenta principalmente en el valle Central (Cartago, San José, Alajuela y Heredia). Como se ha indicado, en la antigua capital colonial Cartago, se concentraron las personas blancas (hispanas y criollas), mestizas y en lugares geográficamente delimitados los pueblos de indios. En poblados como Cañas, Bagaces, Nicoya, entre otros espacios de Guanacaste, así como Matina, se presentaron mestizos y mulatos y en el resto del país las poblaciones indígenas.

No obstante, desde el final del siglo XVIII, pero fundamentalmente durante el siglo XIX se ha presentado un discurso legitimador de ideal de homogeneidad de la población, blanquitud y pacifismo, que busca opacar las diferencias e integrar a la población a un proyecto de nación.

Sin embargo, las desigualdades coloniales privilegiaban los procesos de mestizaje y aculturación por lo que también la condición étnica es una categoría política y de agencia de las distintas poblaciones, tanto para la movilidad social, como para la desestructuración de las poblaciones subalternas, proceso que nunca se logró en su totalidad, como se verá en el siguiente apartado.

Resistencia de los pueblos indígenas al proceso de conquista y colonización

El proceso de conquista y colonización se caracterizó por una constante y aguerrida resistencia indígena desde su inicio. Durante el siglo XVI no hubo mayor cambio en los objetivos del colonialismo hispánico. El interés fundamental fue el lograr la desestructuración de la organización social, política e ideológica entre otros aspectos de la vida de las poblaciones indígenas. Se buscó la subordinación de los habitantes sometidos mediante la esclavitud/encomiendas y servidumbre a sus intereses económicos, políticos e ideológicos (Juan Carlos Solórzano, p. 71).

En un inicio los españoles buscaron dominar por la fuerza. Se recurrió a capturar indígenas por medio de las “correrías”. Hubo enfrentamientos en batallas y resistencia por parte de indígenas haciendo uso de estrategias como la quema de sus cultivos y la huida de los pueblos de indios. Más avanzada la conquista, los españoles recurrieron a la captura y tortura de líderes indígenas, principalmente caciques, para lograr la sumisión del resto de la población (*Ibidem*).

Los caciques ejercieron un papel de liderazgo en la lucha contra los invasores. Debido a lo anterior, los españoles no pudieron establecer un asentamiento permanente en el interior de Costa Rica hasta la década de 1570 (Cartago). Como experiencias previas se tienen ciudades de corta duración como Garcimuñoz y Nombre de Jesús (Claudia Quirós, 1990; Quirós y Bolaños, 1985; Juan Carlos Solórzano, 2013).

Para el siglo XVI y principalmente en la segunda mitad, se notaba desgaste en los pobladores por la lucha relacionada con la conquista. Los ibéricos lograron asentarse en el Valle Central Oriental nueve años después en 1570 (Eugenia Ibarra, 1991, p. 36). Con lo anterior, se inició una nueva etapa de la historia, correspondiente con la explotación de mano de obra indígena como principal riqueza, sobre la que se desarrolla la economía colonial. Según el Oidor de la Audiencia de Guatemala en una visita a esta provincia, esta explotación era la causante de la precaria situación de las poblaciones nativas costarricenses, tras su evidente disminución luego de las campañas de conquista y encomiendas. Por esta razón, recomendó establecer

políticas que impidieran la completa extinción de las personas nativas (Claudia Quirós y Margarita Bolaños, 1985, p. 33).

La mayor parte de las incursiones realizadas en Costa Rica se dieron en la segunda mitad del siglo XVI, cuando los ibéricos lograron tener poblados con mayor permanencia en el Valle Central del país. El principal interés era no sólo obtener las riquezas, principalmente oro, sino también alimentos para la sobrevivencia e indígenas para reducir con fines económicos productivos.

Durante todo el proceso de conquista e inicio de la colonización, y como consecuencia del etnocidio, maltratos, mortalidad por las enfermedades y explotación, las poblaciones autóctonas mantuvieron gran hostilidad contra los europeos y criollos. Huían y vivían en las zonas montañosas y, en algunos casos, se aliaron a las poblaciones del lado Caribe de la Cordillera de Talamanca, que luchaban contra el dominio español por más de un siglo. Otros indígenas huyeron a lugares más lejanos, entre los que se encuentra Chiriquí en Panamá. Sin embargo, para inicios del siglo XVII la población indígena de Costa Rica había disminuido de forma acelerada (Robert Carmack, 1994, p. 24).

En la segunda mitad del siglo XVI las fuentes etnohistóricas señalan que, a pesar del establecimiento de poblados ibéricos en el Valle Central Oriental, los pueblos indígenas continuaron con su hostilidad. Se presentaron múltiples rebeliones para intentar expulsar a los españoles de sus territorios. A los 40 días del establecimiento de la ciudad de Cartago, se dio un levantamiento que pudo aplacarse hasta que retornó Juan Vázquez de Coronado, quien andaba en una expedición por el Caribe (Carlos Meléndez, 1972, p. 91).

En 1563 Juan Vázquez de Coronado también encontró los pueblos de Atirro y Turrialba alzados (Ibarra, 1989, p. 24). Un año más tarde se reporta la alianza liderada por Turrichiquí, que incluía a los pueblos de habla huetar del Valle Central como Turrialba, Ujarrás, Corocí y Atirro. Ese mismo año hubo un levantamiento de los pueblos del Guarco, Corocí, Cot, Orosi y Quircot, en estas rebeliones perecieron varios españoles y fue muy difícil controlar a las personas indígenas alzadas (Carlos

Meléndez, 1972, p. 85 y Eugenia Ibarra, 1989, p. 24; 1991, p. 47, citados por Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007, p. 20).

A continuación, en la tabla 5 se expone parte de la resistencia y levantamientos indígenas en contra de la dominación española en la provincia de Costa Rica.

Tabla 5

Tabla con ejemplos de resistencia indígena ante el proceso de conquista durante los siglos XVI al XVIII

| Año | Lugar | Acciones |
|------------------|--|--|
| Siglo XVI | | |
| 1524-1526 | Pacífico Central | El cacique Garabito atacó a los españoles con aproximadamente 300 indígenas. Los españoles lograron superarlos solamente por el armamento que llevaban. |
| 1524-1526 | Intermontano Central | Juan de Cavallón logró ingresar, pero no pudo afianzarse ni continuar al Caribe Sur. La ciudad de Garcimuñoz durante los años de funcionamiento, estuvo en peligro debido a la constante resistencia indígena. |
| 1529 | Exploración del río San Juan, Llanuras del Norte: río Frío, a Suerre-llanuras de Tortuguero y Caribe Central. | Martín de Estete realizó correrías mediante una campaña de saqueo y esclavización indígena. Los y las indígenas plantearon su resistencia, terminaron expulsando a los foráneos de sus tierras. Recurrieron a la quema de sus cultivos para que los ibéricos no contaran con alimentos. |
| 1536-1537 | Caribe Sur | Incurción de Felipe Gutiérrez en el Caribe de Costa Rica y Panamá para “correr la tierra”. Fallida debido a la resistencia indígena, la quema de sus cultivos e inclemencias del tiempo. |
| 1536-1537 | Costas del Caribe por el río Belén en el campamento español de La Concepción. | La resistencia indígena impidió el avance de las columnas armadas. Los indígenas quemaban sus cultivos... <i>la conducta de los colonos, desde Gutiérrez para abajo, fue con frecuencia aberrante y depravada, por lo que la población indígena se alzó en armas y nunca se dejó doblegar...</i> (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 63). |
| 1541 | Caribe Sur | Españoles liderados por Hernán Sánchez de Badajoz saquearon cultivos de indígenas, secuestraron y torturaron a varios jefes. El cacique Coxele logró escapar y se sublevó. Indígenas incendiaron la empalizada construida por los españoles y el campamento español. |
| 1543 | Caribe Central adentrándose por el río Suerre en “un poblado indígena extenso”. El fallecimiento de Gutiérrez pudo | Diego Gutiérrez irrumpe y captura a los caciques Camaquire y Cocorí. El primero logró escapar y organizó la resistencia indígena. Incendiaron sus propios pueblos, talaron árboles frutales, cultivos y huyeron a las montañas. Organizaron una emboscada y lograron matar a 4 españoles, 2 esclavos africanos y más de la mitad de los integrantes de la expedición incluyendo a Gutiérrez. |

| | darse en Teotique en el valle de Tayutic cerca de Tuis y Chirripó. | |
|------------|--|--|
| Año | Lugar | Acciones (continuación) |
| 1561 | Interior de Costa Rica. | Indígenas mantuvieron una fuerte resistencia a pesar de ser poblaciones reducidas por epidemias y estar aisladas. Eran las últimas poblaciones autóctonas de Centroamérica sin ser dominadas por los españoles. |
| 1562 | Pacífico Sur, tierra Coto. | Juan Vázquez de Coronado y Francisco Marmolejo en alianza con el cacique de Quepo, se dirigen al pueblo Coto. Hubo gran resistencia indígena e incendiaron el fuerte. |
| 1563 | <i>Lavaderos de oro</i> Caribe Sur. | Vázquez de Coronado informa no tener suficiente personal para someter a los indígenas de la región. |
| | Cartago. | La rebelión de indígena tenía rodeada a la ciudad, el levantamiento se dio por las constantes extracciones realizadas por los soldados de Cartago, quienes saqueaban sus cultivos, por los trabajos forzosos para la edificación de la nueva ciudad y por el secuestro y aprisionamiento de los caciques de Aserri, Curridabat, Yorusti, Quircot y Purricí. El cacique-señor del Guarco Fernando Correque se refugió en Tukurrique. |
| | Llanuras del Norte. | El cacique-señor Garabito escapa a las llanuras del Norte y organizó desde allí la resistencia. |
| 1563-1568 | Valle Oriental Central | Sublevación de los territorios de Guarco, Turrialba y Ujarrás liderada por el cacique de Ujarrás Turuchiquí, y otros jefes indígenas. Buscaron expulsar definitivamente a los invasores de sus territorios y recuperar su independencia. El 13/02/1568, Turuchiquí le tendió una trampa al alcalde mayor interino, Pedro Venegas de Los Ríos, lo invitó al valle de Ujarrás con la promesa de que se sometería a su autoridad y que sus indígenas fuesen concentrados en una nueva población. Luego de recibir y agasajarlos, los hombres de Turuchiquí los atacaron sorpresivamente. Algunos de los españoles murieron y los demás, lograron huir hacia Cartago. Ante la sublevación generalizada de todas las poblaciones locales, los españoles optaron por refugiarse en la iglesia y esperar que llegara refuerzos desde Nicaragua. |
| 1570 | Río La Estrella (Changuinola). | Resistencia indígena, recurrieron a la táctica de “tierra arrasada”, quemaron sus palenques y cosechas, lo que obligó a los españoles a trasladarse a Bahía del Almirante. |
| 1576 | Tierra Adentro y Talamanca. | Urinamas que habían sido sacados de sus pueblos para trabajar en las plantaciones cacaoteras se sublevaron en la reducción de San Mateo de Chirripó. |
| 1577-1579 | Caribe Sur, Valle de Artieda del Nuevo Reino de Navarra | Fundado con la finalidad de controlar los yacimientos auríferos. Los indígenas mantuvieron fuerte resistencia, |

| | (junto al río del Guaymí). | por lo que, los españoles y esclavos tuvieron que retirarse hacia Granada. |
|--------------------|---|---|
| Año | Lugar | Acciones (continuación) |
| 1580 | Pacífico Sur. | Sigue sin poder fundarse un asentamiento en esta zona. La resistencia indígena, logró asesinar al gobernador nombrado para el pueblo de Boruca, junto con 2 soldados. Juan Pizarro fundó en Quepos el pueblo de San Bernardino de Quepos, actuó violentamente azotando al hermano del cacique y 2 indígenas principales más, por lo que fue apresado y ahorcado por los indígenas. |
| Siglo XVII | | |
| Sin determinar | Cerca de Puerto Viejo, Caribe Sur. | Por la rebelión indígena, los españoles debieron abandonar la colonia de Santiago de Talamanca. |
| 1601 | Diversas partes del país. | Los Quequexques mataron a 4 españoles, los moraguas atacaron el pueblo de reducción de Tariaca (en el Caribe Sur). |
| 1604 | Pacífico Sur. | En diversas ocasiones los indígenas atacaron la expedición. Los 180 indígenas cotos y cebacas apresados fueron llevados al pueblo de Quepo. |
| 1615-1616 | Talamanca. | Nuevos líderes indígenas organizan y ejecutan rebeliones en los pueblos de reducción establecidos por los frailes. |
| 1618 | San Juan de Auyaque, Santa Catalina Hamea y San Francisto Guiricí. | Ataque al pueblo Auyaque, matando a 1 español. El líder indígena Juan Serrabá y otros jefes, <u>desenterraron a sus muertos que habían sido enterrados con ritos cristianos, para enterrarlos a su propia usanza y cultura.</u> Se saqueó las iglesias y los ornamentos fueron repartidos entre los jefes de la rebelión. |
| 1662-1663 | Caribe Sur, y Talamanca Tariaca. | Varias etnias no querían que se fundaran pueblos de reducción en Talamanca. Hubo rebeliones en Tariaca. Se realizan varias incursiones españolas con una importante cantidad de personas y suministros. Talamanca volvió a quedar al margen de la colonización. Los indígenas de esta zona estuvieron tras la constante amenaza de los piratas que atacaban las costas caribeñas de Centroamérica y el norte de Suramérica. |
| 1680 | Caribe Sur. | Los Chánguenas del Pacífico Sur cruzaban la cordillera llegaban a los llanos del Chiriquí y atacaban a los pueblos de indios de la región chiricana de Panamá. |
| 1689 | Caribe Sur. | Los teribes atacaron los pueblos de reducción, mataron a 5 indígenas cristianizados, se llevaron a algunas mujeres y continuaron su hostilidad contra los frailes. |
| Siglo XVIII | | |
| 1709 | Caribe, algunos sectores talamanqueños del Pacífico y región Central. | Gran rebelión indígena liderada por Pablo Presbere, Pedro Comesala, Melchor Deparí, Pedro Bettuquí o Bocrí, Antonio Iruscara o Huerascara y Baltasar Siruro quienes expulsaron a los españoles de varios poblados en Talamanca (Chirripó, San Buenaventura, Santísima Trinidad, San Miguel, San Agustín, Jesús, San Juan y Tuis). Mataron a 13 personas, quemaron las edificaciones construidas por los españoles. Al derrotar a los españoles en Talamanca se fortaleció a la resistencia indígena, <u>los</u> |

| | | <u>chamanes tuvieron un papel fundamental en el convencimiento para que distintos pueblos se unieran en la lucha.</u> |
|------------------------------------|---|--|
| Año | Lugar | Acciones (continuación) |
| A inicios y mediados de siglo 1709 | Caribe y Pacífico. | Debido a una gran rebelión a comienzos de esa centuria estas zonas quedaron sin presencia misionera. A mediados de siglo se intentó fundar nuevos pueblos de misión, pero nuevamente los indígenas se rebelaron. A partir de 1761 se abandonaron definitivamente las misiones franciscanas en Talamanca. |
| 1748 | Talamanca (territorios de los terbis, Chánguenas y cabécares) y Pacífico Sur (San Francisco de Térraba y Boruca). | Fernández de la Pastora organizó una expedición en busca de mano de obra para una compañía mercantil de productos agrícolas. Cuando las tropas se dividen los indígenas los emboscan y mueren 2 soldados. Los cabécares, biceítas y Chánguenas unidos destruyeron sus propios cultivos para evitar que los españoles encontraran los alimentos y tuviesen que regresar a Cartago. |
| 1761 | La Luz de Cabagra y San Francisco de Térraba | Los terbis atacaron el pueblo de La Luz de Cabagra y San Francisco de Térraba. En este último incendiaron la iglesia, el convento de los frailes y fallecieron 4 pobladores. Pocos indígenas térrabas huyeron con los terbis. Ellos defendieron el pueblo de reducción y prefirieron quedarse con los frailes. En Cabagra, huyó casi la totalidad de los 250 pobladores. Gracias a esta sublevación también escaparon 131 indígenas que habían sido llevados de San José de Orosi. |

Fuente: Juan Carlos Solórzano, 2013.

Además de la fuerte y constante resistencia indígena, las condiciones climáticas y geográficas dificultaron el acceso para los colonizadores a gran parte del territorio costarricense. La población autóctona podía huir a lugares de difícil acceso. En algunos de estos lugares, actualmente se ubican los territorios indígenas. Aunado a lo anterior, se encontró el escaso apoyo brindado a las campañas de conquista y colonización. Sin lugar a duda, fue la incansable resistencia indígena a lo largo de los casi cuatro siglos de conquista y colonia, la que impidió que el proceso de colonización fuese exitoso en la totalidad de Costa Rica.

Como se indicó en el apartado anterior, la cantidad de personas indígenas presentes en Costa Rica a la llegada de los conquistadores es incierta. Aunque aún no hay consenso entre historiadores, algunos datos permiten ilustrar la baja poblacional para el siglo XVI y XVII y tardías “recuperaciones” demográficas que sucedieron a la llegada de los ibéricos, como se indicó previamente.

Factores como la implementación de reducciones, revueltas y la peste de 1690 (Fernández Bonilla, 1976b, p 135) así como las enfermedades (*e.g* Viruela -*Variola virus*-), malaria (*Plasmodium: Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malarie*), sarampión (*Morbillivirus*), mal de Chagas (*Tripanosomiasis Americana*), entre otras (Fernández de Oviedo y Valdés, 1514 en: Barrionuevo, 1976, pp. 17-18) provocaron una reducción abrupta de la población autóctona para los primeros años de colonización en CR (Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007, p. 23).

Además de la baja poblacional ocasionada por el cambio en las condiciones de vida, la exposición a enfermedades foráneas, el trabajo excesivo y la colocación en reducciones de personas con diferentes procedencias étnicas, las poblaciones indígenas sufrieron de aislamiento, persecución, así como la aculturación y búsqueda de la erradicación de sus conocimientos ancestrales, lengua, cultura y sobre todo de sus tierras. Para finales del siglo XVII e inicios XVIII, un grupo de españoles y frailes se establecieron en Talamanca con el fin de minimizar la presión de los indígenas insurrectos. Lo anterior ocasionó numerosas luchas que desencadenaron en la unión de diferentes pueblos indígenas de Costa Rica (desde los de Tierra Adentro, Chirripó, hasta Bahía del Almirante en el actual Panamá) (Juan Carlos Solórzano, 2011).

Este colectivo organizó una gran batalla liderada por el rey indígena talamanqueño Pabru Presbere, quien el 29 de setiembre de 1709 protagonizó la mayor rebelión documentada en la cual se levantaron y mataron a varios frailes y soldados, una mujer y su hijo, logrando avanzar hacia Cartago. Los indígenas insurrectos incendiaron 14 templos erigidos por los misioneros, logrando expulsar a los sobrevivientes y recuperando la soberanía de Talamanca. Por lo anterior en 1710 se organizó desde Cartago, una expedición de “castigo” donde se capturó al líder de la rebelión y 700 de sus hombres para ser usados como esclavos. De las 700 personas capturadas lograron llegar a Cartago sólo 500. A los líderes se “les enjuició”, y posteriormente, se asesinó a Pabru Presbere, mediante la aplicación del derecho indiano (Juan Carlos Solórzano, 2011).

Debido a la alianza de las poblaciones indígenas para luchar contra el poderío español, otra de las medidas implementadas fue el traspaso y desarraigo territorial de los teribes (térribas) de sus tierras ancestrales en la Talamanca Caribe, al sector del Pacífico Sur, muy cerca de la población boruca, con quienes no tenían buenas relaciones. Lo anterior con la finalidad de ponerlos a pelear entre sí y buscar apaciguar las rebeliones en contra de los ibéricos (*Ibidem*).

A pesar de ello, se continuaba con la resistencia. Una estrategia implementada por parte de los indígenas que habitaron en el Caribe costarricense fue el aliarse ocasionalmente con los enemigos europeos de los españoles. Algunos talamanqueños abastecían a las embarcaciones inglesas y piratas a cambio de armas de metal, machetes y otros implementos para utilizar en su vida cotidiana y luchas (John Cockburn, 1976). Es por esta razón que tradicionalmente tenían a dichos europeos como aliados, lo cual se verá reflejado a finales del siglo XIX cuando interactúan con viajeros y exploradores contratados por el Estado costarricense, entre otros, para el levantamiento de cartas o mapas y la identificación de las “riquezas naturales” del Estado costarricense, como fue el caso de William Gabb.

La situación de explotación, discriminación e injusticia desencadenada con la conquista y acostumbrada durante la colonia fue semejante a la implementada en los demás países americanos. Sin embargo, por el tipo de organización sociopolítica existente en los últimos períodos de ocupación antigua (prehispánica), la “relativamente pequeña” cantidad de indígenas que sobrevivieron al proceso de conquista, en comparación con otros países vecinos, así como el inacabado proceso de colonización del territorio y escasez de recursos por parte de los conquistadores y la constante resistencia de las personas nativas, hizo que Costa Rica fuera una de las provincias menos controladas por el poderío español, así como de las más pobres y periféricas de la Capitanía General de Guatemala.

Además, la escaza población concentrada en la época colonial se limitó al Valle Central de Costa Rica, seguida de Nicoya y dependiendo de los siglos a espacios como Garcimuñoz y otros. El control sobre el restante territorio era endeble y algunas de

las poblaciones dispersas lograron mantenerse relativamente estables⁶⁶ en la periferia y lugares de resistencia. Debido a lo anterior, las características de movilidad y producción de bienes resultan difíciles identificar en el registro arqueológico, aún en la actualidad.

Algunos de los problemas (principalmente para la población huetar y chorotega, entre otras), fue el de la tenencia de tierras. Los que otrora fueron sus territorios ancestrales, pasaron a convertirse en hatos ganaderos de españoles, criollos y más tardíamente mestizos.⁶⁷ En suma, para estas épocas se dio un cambio entre el sistema de control social existente en épocas prehispánicas a las “Leyes Nuevas” implementadas para todo el continente americano por parte de la Realeza española, las cuales resume Rubén Chacón, 2002 como:

- En 1542, como punto de partida para otorgarle derechos a los indígenas sobre las tierras que ocupaban, todo con fines tributarios para la Corona y especificando que las tierras eran dominadas por los europeos.
- Para 1634 se tiene la prohibición de los españoles a entrar a pueblos de indios (a través de Cédulas Reales), el derecho de los indígenas sobre las tierras donde habitaban (“pueblos de indios”), a los que la estructura colonial les concedía derechos con fines de que crearan riqueza para así cobrar impuestos.
- Para 1813 se cuenta con el Decreto Real del 4 de enero (por el Rey Fernando VII) que determina que los baldíos y realengos de España y ultramar se convertían en propiedad particular, dando inicio al proceso final de usurpación de las últimas tierras que los europeos habían “concedido” o en el que habían confinado a los indígenas dominados. A través de esta normativa muchos europeos y criollos se apoderaron ilegítimamente de grandes extensiones de territorios indígenas. Aunque esta disposición mantiene el reconocimiento a los derechos de los indígenas dominados a las tierras que se les habían dado.
- Finalmente, para 1820 se da el último ataque de los indios “Nortes” y continuaban los ataques de los de Talamanca con el fin de recuperar sus tierras. Se evidencia así el proceso sostenido e histórico de resistencia indígena contra la estructura colonial (Rubén Chacón, 2002, pp. 23-24).

⁶⁶ Aunque con una desestructuración en cuanto a la organización sociopolítica y económica en comparación a los siglos previos a la conquista española.

⁶⁷ Se aclara que muchos de estos hatos eran manejados con poco personal, por lo que era frecuente ver ganado errante sin marca de dueños, y el que no se tuviera clara información sobre los límites de las propiedades. Esto ocasionó muchos problemas por apropiación de animales y cosechas por parte de campesinos, indígenas y demás personas).

Como se indicó en el apartado conceptual, el cuerpo fue sede de la cultura, de disputas interétnicas y luchas. Durante la época colonial, como se observa, el cuerpo individual y colectivo de las personas indígenas, africanas y sus descendientes, fueron receptores de dispositivos de poder, saber y ser colonial. Estos mecanismos y fuerzas en disputa sobre los cuerpos vistos como territorios o espacios sobre los cuales ejercer la dominación, fueron a su vez fundamentales en el proceso y las luchas de resistencia.

Las relaciones de fuerzas en las disputas de dominación no fueron uniformes. El uso de la violencia, física (en batallas, pero también en la inseguridad alimentaria), psicológica e ideológica se dio entre ambas partes, siendo parte de los mecanismos de poder (ascendente y descendente utilizados).

Las diversas formas de resistencia principalmente indígena y de personas esclavas negras, fueron una manifestación de lo que se denomina en esta investigación como *grito-hacer* (retomando a John Holloway, 2005 y contextualizándolo al caso costarricense).

Si bien, el *grito* de quienes se rebelaron podía contener su reacción contra el horror, miedo, ira, furia, desesperación, y muchos otros sentimientos, fue una acción que desde su agencia les brindaba bienestar y posibilitaba no darse por vencidos luchando por y con su vida. Ese grito-hacer, fue la lucha en contra de la *esseedad*, lo que les impedía continuar con su identidad, forma de vida, ideología, etc., fue su mecanismo de *poder-hacer*. Como se indicó previamente, no fue una lucha simétrica, buscando reafirmarse como colectivo (en la amplitud de la definición⁶⁸), ante la eventual fragmentación, negación y eliminación de su existencia.

⁶⁸ Es preciso recordar que trasciende al ser humano, incluye al entorno dentro del cual se circunscribe y forma parte, así como otras entidades de carácter ideológico.

La vida en la época colonial (poblados Indo hispánicos)

La vida en los “centros urbanos” distaba de las conocidas para los principales centros de población ibéricos. Con excepción de las personas que poseían encomiendas, la mayoría eran agricultores, indígenas reducidos y en condición de esclavitud.

En Guanacaste, el primer poblado utilizado de base por los ibéricos y sus esclavos fue Nicoya. La primera iglesia que se erigió en Costa Rica fue precisamente la ubicada en este lugar y dedicada a San Blas, construida según Thiel previo a 1544. Al inicio fue muy sencilla y se quemó en el año 1634. Debido a lo anterior, se construyó otra en piedra y techo de teja que se conservó hasta el siglo XVIII, época en la que aún estaba en construcción las habitaciones del doctrinero. Nuevamente esta iglesia sufrió de otro incendio⁶⁹. En estos percances se destruyeron los libros parroquiales, las arcas, caudales de la cofradía, el libro de cuentas, escrituras de capellanías, los libros de bautizos, entierros y matrimonios, entre otros bienes (Carmela Velázquez, 2016, p. 130). A pesar de ello, es posible conocer un poco sobre este lugar.

En 1731 el viajero inglés John Cockburn describe parte de su estadía en Nicoya,

Nicoya está situada en un valle, rodeada de muy altas montañas; de manera que no existe entrada a ella que no atraviesa alguna; sin embargo, ningún lugar ofrece una más deliciosa perspectiva ni ha mantenido en tal orden y aseo. Los indios no permiten que nada crezca en sus alrededores, excepto árboles frutales, por temor de que se alberguen allí los insectos nocivos, y este método es en efecto tan bueno que no se ve ningún mosquito en toda la villa, aun cuando las montañas cercanas están cubiertas de bosques. En cuanto la gente, son de una disposición tan tranquila y apacible, tan ajenos a todo ruido y tumulto, que un hombre puede estar aquí días y aún semanas, que de no ser porque de vez en cuando se les ve pasar por la calle o dentro de sus casas, se creería que no hay habitantes en el pueblo. Aunque estuvimos allí seis semanas e intimamos con la gente, nunca los vimos pelear, ni aun disputar uno con otro, sino que todos parecían tranquilos y sociables, y muy inclinados aconsejarse entre sí. A menudo salen en las noches de luna, y se divierten cantando y bailando con música de viento, que es suave y agradable; con

⁶⁹ En estas épocas las iglesias eran construidas principalmente en madera y paja, lo que los hacía propensos a los incendios, máxime que se alumbraban con candelas. También es importante recordar que, cuando se presentaban ataques de piratas y zambos mosquitos, éstos solían saquear y quemar este tipo de edificaciones (Carmela Velázquez, 2016, p. 131).

frecuencia nos invitan a bailar y cantar con ellos, lo que alguna vez hicimos para divertirlos. Y, ellos entonces veían cordialmente y parecía muy deseosos de conocer la letra de las canciones (John Cockburn, 1976, pp. 15-16).

Si bien el viajero inglés tuvo una excelente impresión por el trato recibido en Nicoya, la descripción evidencia un lugar con un control vertical bastante pronunciado. La vigilancia y castigos a los que estaban sometidos los pobladores por parte de las autoridades españolas, quedaron demostradas páginas más tarde cuando el viajero se tuvo que devolver a Nicoya tras un infortunio en su viaje, en el cual los indígenas que lo guiaban y ayudaban escaparon: ... *y cuando le referimos [lo sucedido al alcalde] el abandono en que nos habían dejado en medio de nuestras congojas los tres indios, montó en cólera, jurando que si alguna vez los capturaba, los haría colgar en castigo de su infidelidad* (John Cockburn, 1976, p. 23). No obstante, la descripción de la ciudad es de las pocas con las que se cuenta y denota, además, -a diferencia de lo que él creía- la cautela que tenían las autoridades ibéricas de la presencia de insectos y otros animales que pudiesen ocasionar molestias y enfermedades.

Por su parte, Cartago fue la capital de la provincia de Costa Rica. Fue fundada por Juan Vázquez de Coronado en 1564. Esta ciudad siguió las reglas urbanísticas de la colonia, contando con un cuadrante en forma de damero. El asentamiento definitivo que se conserva hasta hoy y data de 1572 (Carmela Velázquez, 2016, p. 118).

En Cartago se asentaron las personas encargadas del proceso de conquista y colonización sobrevivientes a las distintas incursiones. Como es habitual en las ciudades coloniales, las iglesias ocuparon un espacio importante en la distribución urbana. La primera iglesia (de Santiago Apóstol), se construyó entre 1577 y 1580 y estaba contiguo a la plaza, siendo muy modesta con techo de paja. Hacia 1607, conforme fue creciendo Cartago, se fueron erigiendo más iglesias (la Soledad -1610- y la de San Nicolás de Tolentino). Es posible conocer un poco sobre la infraestructura presente en Cartago durante el siglo XVI y XVII, por medio de las descripciones de los trabajos realizados por indígenas y quejas que se recibían. Para el arreglo de la iglesia de la Soledad se trasladó a indígenas de Atirro en Turrialba. Sin embargo, no trabajaron en el arreglo del templo, sino que fueron destinados a laborar para los

amigos del gobernador, asistir a soldados en incursiones a Talamanca y realizar trabajos en las casas de personas importantes y molinos (Carmela Velázquez, 2016, pp. 118-119).

La iglesia de la Soledad fue donada a los recoletos que tenían misiones en Talamanca en 1741-1742. Ellos construyeron las celdas de su peculio. En este lugar se estableció una escuela de gramática. En 1784 se convirtió en un hospital que contaba con la atención de dos religiosos de San Juan de Dios (este templo se ubicó donde actualmente están las oficinas de la Corte Suprema de Justicia en Cartago) (Carmela Velázquez, 2016, p. 123).

Además de indígenas, españoles, criollos y mestizos en Cartago y los principales poblados de la provincia vivieron personas esclavas de origen africano quienes fueron de gran importancia para la economía local. Los esclavos se encargaban de actividades como la quema, limpia y arado del terreno, así como su siembra y cosecha. Ésta última actividad era realizada por las mujeres esclavas e indígenas. Cuando el trigo era cosechado, lo debían de llevar al molino y se convertía en grano fino. Con su harina se preparaba el pan y el bizcocho y se cocía en hornos, lugares en las que se empleaban también a las esclavas de la familia y empleadas de servicio (Rina Cáceres, 2020, p. 37).

El azúcar tenía dos partes la siembra y el cuidado de la caña y la producción del azúcar y sus derivados. En la cosecha el trabajo pesado era realizado por hombres, aunque es posible que existieran cuadrillas de mujeres. La caña también se procesaba en molinos o trapiches con fuerza animal y humana. Parte del trabajo en el trapiche incluyó el colocar la miel en peroles de metal, cocinarla a altas temperaturas para luego ponerla en moldes de madera hasta que la tapa dulce o panelas se solidificaran.

Dentro del mercado regional la ganadería, la caña de azúcar y el trigo, y posteriormente el cacao fueron los productos que permitieron la acumulación de riqueza en tiempos de crisis... esta producción fue posible gracias a la circulación de mano de obra esclava al interior de los grupos familiares... Pero sin dudas el estímulo fundamental vino de la introducción del cacao en la economía costarricense, su producción se desarrolló entre 1660 y 1790, en la costa atlántica, en los valles de Matina, Reventazón y Barbilla en momentos en que ya no se producía cacao para la exportación en el resto de Centroamérica (Rina Cáceres, 2020, p. 37)

No obstante, las personas esclavas podían -aunque con mucha dificultad- obtener su libertad. Desde el siglo XVI hubo un proceso de manumisión 1. Por la compra por parte del esclavo o del padre de este, español o mestizo que tenía la prioridad a la hora de la compra siempre y cuando fuera libre; 2. Por la “gracia” (otorgamiento) del amo. En Costa Rica hay 33 cartas de libertad o manumisiones, siendo la mayoría en la segunda mitad del siglo XVII, mucho más tarde que en resto de la región. Lograban su libertad después de un arduo trabajo con jornadas sin horarios, *sirviendo con amor y buena voluntad* para poder comprar o lograr que se les concediera la libertad por *agradecimiento*, como una obra de buena voluntad en el umbral de la muerte de los “amos”. Las personas propietarias de esclavos también les daban su libertad cuando buscaban deshacerse de los compromisos de alimentarlos en épocas de crisis económicas o cuando eran adultos mayores que no podían trabajar con la eficiencia esperada. En estos últimos casos la libertad más que aliciente debió ser un serio problema para los y las esclavas, quienes no tenían forma de alimentarse ni lugar donde poder ir a vivir (Rina Cáceres, 2020, p. 80).

En el siglo XVII, en las afueras de la ciudad de Cartago, en los ejidos, al Este en un lugar que le decían “La Gotera”, se fueron concentrando poco a poco personas pardas, mulatas y negras libres. Posiblemente se incorporaron otros procedentes de Nicoya Bagaces y Esparza, dada la caída económica de los astilleros posterior a 1611, o inclusive de Panamá, Nicaragua y Perú. En 1650 el gobernador Juan Fernández de Salinas y de la Cerda, dispuso asentar a dicha población en La Gotera, lugar que poco después se renombró por Puebla de Nuestra Señora de los Ángeles o Puebla de los Pardos. Aprovechando la incipiente religiosidad dada por la aparición de la virgen de Los Ángeles, en dicho lugar 3 años después, se instaló una de las que se convirtieron en las cofradías más importantes de Costa Rica. A los pardos, negros y mulatos se les confirió inicialmente beneficios como la posibilidad de formar parte de milicias con 3 pagas adelantadas y exoneración del impuesto naborío si prestaban servicios. Esta población fue llamada a participar en la reducción de indígenas de Talamanca, en la defensa del territorio costarricense ante ataques, entre otras diligencias. Contaban con un solar y lugar para sus viviendas. (Rina Cáceres, 1996, pp. 83, 85).

A pesar de lo anterior, existían reclamos por la violación de sus derechos como personas libres. En 1676 por ejemplo, en la sesión del cabildo de la ciudad de Cartago los mulatos, negros libres y mestizos bajos de la Puebla plantearon 3 demandas principales contra las autoridades que cometían atropellos con ellos, a lo que, por conveniencia, las autoridades jurídicas se pronunciaron:

... los alcaldes ordinarios de esta ciudad incomodan con llamamientos a su conveniencia, pidiendo servir a las mulatas que viven en dicha Puebla, contra su voluntad, lo que lleva a algunos a dejar la provincia, a otros a no querer poblar, y otros han estado despoblándose, siendo la conveniencia tenerlos juntos para lo que ofrece el Real servicio. En nombre de su Majestad los amparo para que vivan libres y congregados, y que ningún juez ni justicia, ordinario de la Hermandad, se entrometan, solamente en las causas civiles y criminales. Tampoco dichos jueces ordinarios pueden sacar viudas ni huérfanos de dicha Puebla para darlos a servir (Complemento Colonial 736 f 35 en: Rina Cáceres, 1996, p. 92).

A pesar de lo anterior, se continuaron presentando inconvenientes que hacía de este asentamiento un lugar en el que muchas personas optaban por abandonar. A pesar de ello, a inicios del siglo XVIII, la Puebla de Nuestra Señora de Los Ángeles tenía 55 casas, una iglesia y su población servía en la defensa frente a enemigos, como ayudantes de los religiosos ante quienes se mantenían en resistencia en las montañas y atendiendo las haciendas en el valle de Matina, servicios domésticos y talleres de oficio. Para 1798 tenía 231 casas y además se integraron mestizos pobres. No obstante, este asentamiento lo que buscaba era asegurar mano de obra barata, así como personas que colaboraran en la seguridad de los intereses coloniales de las élites de Costa Rica (*Ibid.*, pp. 92-94).

En Cartago (capital colonial de Costa Rica) se carecía de varias instituciones presentes en los centros de población colonial más importantes, entre ellos de centros de enseñanza superior. Para que la élite costarricense pudiese acceder a dichos lugares de enseñanza, debían desplazarse a centros ibéricos como Guatemala y posteriormente Nicaragua. La iglesia cumplía con una función básica de adoctrinamiento y en lugares como Orosi de enseñanza de oficios específicos.

Específicamente en el tema de la educación Iván Molina indica que, entre 1750 y 1830, la provincia de Costa Rica experimentó una expansión escolar que fue impulsada por las reformas Borbónicas, seguido de la Constitución de Cádiz (1812)

y el nuevo orden tras la independencia en 1821. Se presentó una temprana alfabetización en relación con otras colonias en América (Iván Molina, 2011, pp. 125-126).

Entre 1580 y finales del siglo XVII, en Costa Rica no hubo escuelas. El único establecimiento de enseñanza conocido fue el que atendió entre 1583-1588 y 1623 el presbítero Diego de Aguilar, sacristán mayor de la iglesia parroquial. Esto se daba en parte por la escasa población de Cartago⁷⁰, donde se contabilizaban unas 320 personas entre los blancos, negros, mulatos y mestizos en 1611. Además, la ubicación de vecinos se daba en asentamientos dispersos, por lo que la opción para los pudientes era contratar a tutores particulares. (Iván Molina, 2011, p. 128).

En resumen, las principales ciudades en Costa Rica se establecieron con las autoridades políticas y religiosas. Además de las élites que se beneficiaron con las encomiendas y el trabajo de esclavos de origen africano en sus casas y haciendas. Había españoles y criollos con menos recursos, generalmente agricultores. Además de las casas de estas personas, las edificaciones del poder político, las iglesias, calles y otros espacios, se ubicaron barrios periféricos en donde los y las indígenas y posteriormente, sambas, mestizas, mulatas, etc. se establecían y realizaban las actividades para el abastecimiento de la ciudad. En las ciudades y sus alrededores se ubicaban solares, también espacios de las cofradías, “pueblos de indios”, establecimientos para el ejercicio de “el orden y la justicia” y otros.

Para la segunda mitad del siglo XVIII coincidieron las reformas borbónicas con la primera fase de neocolonización campesina en el oeste del Intermontano Central. La educación se centró en el espacio de mayor concentración demográfica: Cartago. Debido a la dispersión poblacional después de 1750 las autoridades civiles y la Iglesia procedieron a quemar casas, cosechas, amenazaron con excomunión y otros mecanismos coercitivos a las personas que vivían fuera de los centros poblacionales, esto con el fin de concentrarlos en aldeas y así poder cumplir con los deberes religiosos y fiscales. De esta manera, se abrieron centros educativos en las

⁷⁰ No contaban a las poblaciones indígenas.

cabeceras de San José, Heredia, Alajuela, el barrio de La Puebla en Cartago, Esparza y Nicoya⁷¹ (Iván Molina, 2011, p. 129).

Sin embargo, el acceso a la educación no fue para todos, en el caso de las personas indígenas y esclavas, lo que se brindaba era un adoctrinamiento el cual estaba a cargo de la iglesia y las familias que les poseían. Con dicha educación se buscaba exclusivamente la obediencia y acatamiento de las órdenes impuestas por la élite, así como las normas religiosas de la época.

Dentro del proceso de gobernabilidad española y criolla durante la época colonial y el ejercicio del biopoder, además de tratar de controlar los dispositivos de sexualidad y racismo, se aplicó el racismo en este caso imperial (a diferencia del racismo de estado señalado por Foucault), en este caso aplicado desde el conocimiento. Si bien, las demás poblaciones presentes en Costa Rica tuvieron -relativamente- acceso a la educación, como se indicó previamente, en el caso de las poblaciones indígenas y negras, este acceso fue negado y condicionado a un adoctrinamiento. Esta es una forma de continuar reproduciendo valores coloniales pues se concebía a dichas poblaciones como inferiores, por lo que se dominaron aplicando la vigilancia, con lo que fueron capaces de crear normas y valores que buscasen reproducir el poder. De esta manera, se intentaba que la esclavitud y sus diversas formas de aplicación en las distintas poblaciones continuaran siendo efectivas para sus intereses.

Como se ha indicado, los españoles introdujeron la esclavitud como la conocemos actualmente en el continente americano. La encomienda era el medio – institución- por el cual se operacionalizó la esclavitud y con ella, la dotación de la mano de obra y reproducción de la fuerza laboral necesaria para los intereses económicos de los conquistadores y colonos.

⁷¹ En Cartago, se buscó obligar a los padres de familia para que enviaran a los hijos a la escuela desde 1710, pero se intensificó a partir de 1790 (Luis Felipe González Flores, 1978, pp. 42, 45, 48-49, 51). La oposición de las familias era por el costo, sin embargo, como indica Molina, hubo cierta democratización en términos sociales y étnicos cuando el Cabildo de Cartago, a inicios del siglo XVIII, estableció el financiamiento de las escuelas abiertas con fondos municipales y que los aportes de los pudientes tuviesen una cuota mínima. Aunado a esto, luego de 1750 se amplió el acceso a los pobres, quienes estaban exonerados de pagos y los materiales (libros, útiles) podrían ser recibidos gratuitamente (Luis Felipe González, Flores, 1978, pp. 41-51).

El español dispuso a su antojo de las poblaciones reducidas, dividiéndolas en grupos que debían entregar sus productos como tributos al encomendero (independientemente de si este era la Corona, una institución o una persona premiada por su participación en las campañas de conquista). *El usufructo de los tributos de los indígenas, eran en principio, propiedad de la corona* (Elías Zamora, 1980, p. 100; Rafael Ángel Bolaños, 1981, p. 43).

La experiencia del proceso de conquista en otros contextos americanos como las Antillas, evidenció lo nefasto de la explotación indígena. La promulgación de las Leyes Nuevas en 1542 buscó “proteger a la población indígena de su desmedida baja demográfica”. Sin embargo, como se ha señalado previamente en Costa Rica estas leyes no se cumplieron. Al ser la conquista de esta provincia organizada fundamentalmente por empresas privadas, la corona debió dar recompensas a los conquistadores y pacificadores y demás pobladores por los servicios brindados. El estímulo generado con la repartición de indígenas garantizaba la explotación y defensa militar del territorio, las labores de adoctrinamiento y generación de bienes y en algunos casos, riquezas y prestigio al ejercer cargos públicos (Rafael Ángel Bolaños, 1981, p. 44; Eduardo Madrigal, 2020, pp. 41-96).

En Nicoya al indígena no sólo se le explotó en la encomienda, sino que se exportó como esclavo, tal como lo indica MacLeod, incidiéndose sobre los lugares vecinos como se comprueba para Chomes, Villa Bruselas y donde los efectos fueron catastróficos, como lo señalan los distintos autores... El fenómeno no sólo se presentó en Nicoya, también en la región de Matina (Rafael Ángel Bolaños, 1981, pp. 45-46).

Francisco Fernández o Hernández de Córdoba fue quien hizo la primera repartición de personas indígenas en Costa Rica. Él había participado en la repartición de Catilla del Oro en 1519 y las de los indígenas de Nicoya y Villa Bruselas por parte del gobierno de Nicaragua (Rafael Ángel Bolaños, 1981, p. 46).

En 1569 no se dio el reparto de indígenas para el “disfrute directo de su trabajo”, sino para el disfrute de sus especies o productos. Se retorna al trabajo directo en 1605 (CDHCR, V, p. 20 en: Rafael Ángel Bolaños, 1981, pp. 46-47).

Desde que los españoles se asentaron de forma definitiva en el Intermontano Central, desarrollaron actividades de índole agropecuaria a mediana y pequeña escala en los alrededores de Cartago. Entre los siglos XVI y XVII, se conocen algunas fincas con ganado y producción de trigo. Para el siglo XVIII dicha producción se alternó con plantaciones de caña de azúcar y productos autóctonos como maíz y frijoles utilizados para el auto consumo (Rodríguez, 1970, p. 44, citado en Peytrequín y Aguilar, 2007, p. 22). Todas estas actividades las desarrollaron gracias a la mano de obra indígena, zamba, mulata y posteriormente mestiza. Esta última, debido a la escasez de mano de obra indígena y por el acceso a tierra por parte de mestizos y criollos.

La nueva división social del trabajo implementada por los ibéricos definió la nueva sociedad colonial. Las personas españolas se dedicaron a actividades administrativas, comerciales y “guerreras” o bélicas. Los indígenas capturados podían ser reducidos en pueblos de indios o empleados como servidumbre directamente en los domicilios de los españoles y criollos. Llevaban a cabo actividades domésticas, agrícolas, ganaderas, pesqueras, como cargadores, en la construcción de viviendas y demás edificaciones para los ibéricos y cualquier obra que requiriera esfuerzo físico. Debieron producir excedentes para los españoles que se recolectarían en forma de tributos (ver Figura 14). Se les obligaba a transportar mercaderías (inclusive a larga distancia), -fueron utilizados como animales de carga- debían servir en incursiones de conquista, en cofradías y otros menesteres (Academia de Geografía e Historia, 1964, p. 14; Carlos Meléndez, 1977, p. 117, Elías Zamora, 1980, p. 100; Rafael Ángel Bolaños, 1981, pp. 43-44; Carmela Velázquez, 2016, pp. xv, 119, 144, 157-165, entre otros).

Figura 14

Ilustración de indígenas cargadores: transporte y comercio en Matina



Fuente: José María Figueroa 2011, p. 157.

El abordaje de la dominación de los cuerpos en los estudios coloniales es fundamental para comprender las estructuras sociales y económicas que se gestaron a partir del siglo XVI en el caso costarricense. Tanto la dominación, como la explotación de las personas adquiere sentido al unirlo con la categoría analítica geográfica. Las variaciones en torno al control y explotación de las poblaciones indígenas y de origen africano, presentan algunas variantes si se compara con los principales centros de poder ibérico en el continente americano.

Al ser Costa Rica colonizado tardíamente y presentar recursos limitados, las poblaciones tuvieron más oportunidad (relativa) de escapar del control, mantener una resistencia activa inclusive hasta inicios del siglo XX, así como de interponer denuncias ante instancias legales de representación de la Corona, aunque esto no significaba que se resolviera de la mejor manera, como se verá en próximos apartados.

Es de resaltar que, durante toda la época colonial, las personas indígenas que lograban escapar de los pueblos de reducción buscaban huir a las zonas de refugio: Talamanca, zona Norte, entre otros lugares. A pesar de esto, muchos fueron aprisionados y esclavizados. Para 1610 el fraile Agustín Zevallos describe la situación de esta población:

Los que ya tienen sus Encomiendas en aquello poco que está conquistado y quieto, con las estancias de ganado y labranzas de trigo, que se da en abundancia, y todas las semillas y cosas de castilla, que allí se siembran por ser tierra fría, dicen que ya han derramado su sangre, y á con della tienen segura su pasadía, que vengan otros á conquistar lo demás... (Fray Agustín Zevallos, 1610)

Para finales del siglo XVI los frailes franciscanos establecieron pueblos de indígenas en las inmediaciones del río Reventazón, conformándose la “Provincia de Ujarrás” (Manuel María Peralta, 1886, p. 46, en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 101). Lamentablemente, los registros escritos no son detallados para conocer las características de los distintos pueblos. Auyaque, Térraba y Boruca se instauraron con indígenas capturados en sus alrededores. La mayor parte de las personas indígenas se concentraban en el Valle Central, Caribe y Pacífico Norte, pero su control no fue absoluto (Rina Cáceres, 2020, p. 22).

Los indígenas reducidos en los pueblos de indios eran aprovechados por los colonizadores de Cartago para la explotación agroganadera en los valles de Garabito, Aserrí, Curridabat, Barva, Pacaca y el Valle del Guarco (incluyendo Turrialba y Atirro). Por esta razón se establecieron conventos en Cartago y Esparza para bautizar y reducir a las personas indígenas de manera simultánea (*Ibid.*, pp. 101, 103) (ver Tabla 6).

Tabla 6

Tabla con las doctrinas franciscanas en Costa Rica para 1662 según Rodrigo Arias Maldonado

| Centros franciscanos | Pueblos |
|--|----------------|
| Convento de Cartago | Co |
| | Quircó |
| | Tobosi |
| Doctrina del pueblo de Ujarrasí | Ujarrasí |
| | Orosi |
| | Guicazí |
| Doctrina de San Buenaventura de Atirro | Sufraga |
| | Ayuaque |
| | Turrialva |
| Doctrina de San Mateo de Chirripó | Teotique |
| | Chirripó |
| | San Salvador |
| | Guizirí |
| Centros franciscanos | Pueblos |
| Doctrina del pueblo de San Bernardino de Quepo | San Bernardino |
| Doctrina del pueblo de la Asunción de Pacacua | La Asunción |
| Doctrina de San Luis de Accerrí y San Antonio de Curriravá | San Antonio |
| Doctrina del pueblo de San Bartolomé de Barva | |
| Doctrina de Santa Catalina de Garavito | Santa Catalina |

Fuente: Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 353, en Carmela Velázquez, 2016, p. 66.

La manera en la que se organizaron los pueblos de indios fue mediante la asignación de una tierra comunal con una superficie cuyo radio medía 2873 varas a partir del centro de la plaza (cerca de 2600 manzanas). Una parte era para el poblado indígena (donde se ubicaban las casas y solares), otra para los ejidos o lugares de producción agrícola y ganadera y beneficio común y otra era para los “baldíos” también de beneficio común (lugares con “montes”, bosques, zacates, zonas para la cría de animales, frutas y plantas silvestres). Otro sector más importante fue repartido en parcelas individuales a las cabezas de familia del pueblo (ver Tabla 7). Estos terrenos se concedían con muchas limitaciones por lo que no tenían carácter de propiedad, sino de usufructo. Con la fundación de estos pueblos se estableció la forma en la que éstos podían tener producción de la tierra, se asimiló las formas de tenencia colectiva y se trasladó la institucionalidad comunal tradicional a las propiedades de la corona (tierras realengas) y de los españoles particulares (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 103-105).

Tabla 7.

Tabla con los principales pueblos de indios siglos XVI y XVII

| Ubicación | Nombre |
|------------------------------|--|
| Siglo XVI y XVII | |
| Pacífico Norte | Nicoya. |
| Valle Central Occidental | Barva, Pacaca, Aserrí y Curridabat. |
| Valle Central Oriental | Cot, Quircot, Tobosi y Ujarrás. |
| Depresión del río Reventazón | Orosi, Turrialba, Tucurrique y Pejibay. |
| Talamanca | Teotique y Chirripó. |
| Pacífico Central | Chomes y Garabito y luego Quepo. |
| Pacífico Sur | Boruca, Térraba. |
| Siglo XVIII y XIX | |
| Parroquias | Heredia (1706), San José (1739), Tres Ríos (1760), Alajuela (1790), Escazú (1799) y Desamparados (1825). |
| Doctrina | Orosi (1756). |
| Pacífico Norte | Nicoya y Villa de Bagaces. |

Fuente: Héctor Pérez, 2010 y Juan Carlos Solórzano, 2013.

La organización establecida, permitía un enlace entre los Cabildos indígenas⁷² y los españoles en Cartago, por medio de los “Corregidores” (funcionarios coloniales). Estaban a cargo de varios pueblos agrupados en una misma circunscripción administrativa, en ocasiones los corregidores se instalaban en los mismos pueblos de indios y los explotaban despiadadamente. Estos corregidores eran escogidos por la élite de los encomenderos. Otra forma de enlace era por medio de los frailes que estaban a cargo de los pueblos de indios denominados “doctrinas” o curatos, las cuales podían o no coincidir con los corregimientos (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 105).

La finalidad de estos pueblos de indios fue la obtención de la mano de obra para la producción y satisfacción de los intereses de los encomenderos, así como garantizar la presencia de españoles en las tierras conquistadas, como “premio” por la participación en las acciones de conquista. Es por esto por lo que se distingue entre los españoles encomenderos que acaparaban los cargos civiles y eclesiásticos y fuerza

⁷² Corregidores y frailes establecían el enlace con la comunidad indígena, por medio del Cabildo de los pueblos de indias. Algunos autores han dicho que el Cabildo constituye la “correa de transmisión” del poder español, hacia la masa de población agrupada en los pueblos. Por medio del Cabildo corregidores y frailes penetraban directamente en la comunidad indígena. Los primeros representaban el poder político, fiscal y jurídico, los segundos la dominación ideológica. Por ende, los indígenas quedaban obligados a asistir a misa y “demás ejercicios religiosos”, so pena de castigo de 25 azotes y 15 días de cárcel (Archivo Nacional de Costa Rica. Departamento Archivo Histórico- ACR DAH, Serie Cartago, números 326, de agosto de 1727, en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 106).

laboral indígena y africana (siendo los primeros reconocidos como hijodalgo, “Don”) y los no encomenderos (“labradores”) que labraban la tierra para el autoconsumo (*Ibid.*, p. 109).

Por ejemplo, se exportaba trigo y sus derivados por el Caribe a Portobelo y por el Desaguadero (Río San Juan) a Nicaragua. Junto al trigo se vendían productos con alta demanda como el maíz, tabaco, cacao, algodón, miel, gallinas y cerdos a Panamá que fungía como un núcleo dinamizador de la conquista y colonización de Perú. Para 1662 en la región central de Costa Rica habían más de 150 haciendas donde se cultivaba trigo y criaba ganado (Rina Cáceres, 2020, p. 36).

Los indígenas más afectados por el sometimiento acaecido por la conquista y colonización fueron los que habitaban en el Valle Central, quienes debían servir a los al pequeño núcleo de españoles en Cartago. Los indígenas de Chomes y Garabito debían hacerlo para los de Esparza. Algunos pueblos desaparecieron rápidamente como el caso de Chomes, otros se mantuvieron por más tiempo (*e.g.* Quepo que se mantuvo hasta la primera mitad del siglo XVIII). Inclusive hubo otros que se repoblaron con personas indígenas procedentes de Talamanca (como el caso de Garabito y Orosi). No obstante, el descenso de la población indígena en el interior del país se dio por las epidemias y sobre explotación laboral, por lo que algunos pueblos eran inconsistentes, entre ellos Pacaca, Barva, Accerrí, Curridabá, Tobosi, Quirco, Cot, Orosi, Ujarraz, Corrocí, Tucurrique, San José Pejibay, Turrialba, Atirro y Teotique (todos en zonas rurales). Dicha disminución demográfica se mantuvo en los siglos XVI y XVII (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 110-111, Rina Cáceres, 2020, p. 22).

Según Claudia Quirós, en 42 años los indígenas encomendados disminuyeron en un 89.74%. se dio la desaparición de muchos pueblos en el siglo XVII, producto además de la guerra y exceso de trabajo, de las enfermedades, escasas de alimentos, pestes y plagas recurrentes (Rina Cáceres, 2020, p. 35).

La baja demográfica indígena propició que se continuara acudiendo a la esclavitud de personas de origen africano como mano de obra. Es así como los españoles y sus descendientes, en los centros coloniales y otros pueblos contaron con indígenas y personas esclavizadas “negras” como se denominan en las fuentes. Es conocido que, en las exploraciones de Gil González Dávila, Fernández de Córdoba,

Sánchez de Badajoz y Diego Gutiérrez llevaron en sus campañas de exploración una cantidad no definida por las fuentes de españoles y esclavos africanos. Misma situación se dio cuando Juan de Cavallón entró al Valle Central e inicia el asentamiento permanente en la provincia (Rina Cáceres, 2020, p. 2)

Existen algunas aproximaciones sobre la cantidad de personas en Costa Rica, sin embargo, los datos se manejan con cautela, ya que las fuentes no son precisas, como se señaló anteriormente. Por ejemplo, para el obispo Bernardo Augusto Thiel (1921), en 1569 había 170 mulatos y 30 negros⁷³, pero para este año los datos corresponderían a los del corregimiento de Nicoya y de la costa (territorio administrado por Nicaragua) (*Ibidem*).

Sin embargo, según Claudia Quirós, este corregimiento había sido creado en 1550 con siete pueblos de indios y no había asentamientos ladinos ni españoles hasta la segunda mitad del siglo XVIII, por lo que hay dudas sobre esta cantidad de africanos y africanas y sus descendientes. De igual manera, Thiel señala la existencia de 250 mulatos y 25 negros en 1611 y 2291 mulatos y 154 negros en 1700, mientras que para 1720 registra 2193 mulatos y 168 negros. Pero para este último año es posible que la cantidad de negros no incluyera a esclavos que fueron introducidos ilegalmente, ya que las autoridades reportaron más cantidad de personas decomisadas por la introducción ilícita a la provincia (Rina Cáceres, 2020, p.3)

Para 1741 se indica la presencia de 3065 personas mulatas y 200 negras. En 1751 2987 mulatas y 62 negras; en 1778 6053 mulatos y 94 negras y finalmente, en 1801 8925 mulatos y 30 negros. Otro aspecto para considerar al consultar estas cifras es que los datos proceden fundamentalmente de los libros parroquiales, y en estos se consignaba la información según la valoración personal de cada cura y para los censos de 1777 y 1778 se sobredimensionaban la cantidad de españoles en detrimento de los mestizos (según Thiel los españoles representaban el 22% y los mestizos el

⁷³ La categoría de “negro” alude a personas nacidas en África o América, es posible que más al segundo caso. Hay una tendencia a puntualizar su extraterritorialidad con la palabra bozal, o adscripción a la región africana de procedencia: negro de casta de los ríos, negro de Cabo Verde, etc. Lo importante es que la categoría señala la ausencia de “mezcla” de las gentes de origen africano que no han entrado en el proceso de mestizaje. Para estos últimos se estableció la categorización de mulatos, zambos y pardos. Por su parte cuando mencionan “criollo” se indica que nacieron en determinado lugar, por ejemplo, criollo de Cartago, criollo de Granada, criollo de Angola, denotando más que hablaban español y estaban cristianizados, más que en aludir a que estaban mezclados. Por ende, la categorización es étnica, geográfica y cultural (Rina Cáceres, 2020, p. 71).

52% de la población, pero según los padrones los españoles eran el 10% y los mestizos el 60% respectivamente). Es por esto por lo que los mulatos y negros podrían estar representando el 14% y 18% del total de las personas de Costa Rica, mientras que los indígenas el 12%, en lugar del 11% asignado por Thiel (Rina Cáceres, 2020, p.3)

Estas personas fueron consumidas para tres actividades principales: servicios domésticos y artesanales en las ciudades y trabajo agrícola y ganadero en el campo. Hubo un importante grupo de libertos que a partir de 1655. Se concentraron en la parte oriental de Cartago, en La Puebla de Pardos, lugar en donde 20 años antes se rendía culto a una imagen en piedra que posteriormente se declaró patrona de Costa Rica (la Virgen de Los Ángeles), por lo que la religión pudo haber sido crucial en la concentración de mulatos, negros y zambos en esta zona. Para el siglo XVIII (entre 1690 y 1740) la presencia de estas personas se asocia con la producción cacaotera en el Caribe, en la zona Norte y el Valle Central. Para el siglo XVIII el origen de los esclavos era predominantemente de minas y en menor cantidad bantú (en relación 3 a 2) (Rina Cáceres, 2020, p. 4)

Poco a poco los mulatos, mestizos y castas en general de los barrios de la capital, Arrabal, Chicagres, Tejar, Taras y Aguascalientes, se convirtieron en importantes proveedores de productos básicos: maíz, trigo, frijoles. Para finales del siglo XVIII los mulatos habían logrado afianzarse en la actividad cacaotera como propietarios o arrendatarios y poco a poco se incorporaron a las actividades artesanales, fomentadas entre otros por las medidas de colocar hijos de madres solteras a prender oficios en los talleres. Se dio muchas veces una complementariedad entre las labores agrícolas y las artesanales, entre el trabajo doméstico y productivo, sin ser extraños los esclavos que fungían como sastres y sirvientas como hilanderas... (*Ibid.*, p. 5)

En Costa Rica, para el siglo XVII las características de los esclavos según género varió respecto a otros lugares. Un 40% de las personas esclavas eran mujeres, un 36% eran hombres y un 24% de sexo desconocido o no especificado por las fuentes. Esto distaba de los centros urbanos donde se empleaba a más mujeres y de los lugares de plantación (como en las Antillas) en donde la mayoría eran hombres. Los hombres eran más vendidos, mientras que las mujeres tuvieron más movilización en las dotes (se otorgaba a las hijas de las familias de élite una esclava para su servicio cuando contraían matrimonio (Rina Cáceres, 2020, p. 73).

Si bien es cierto existió una diferenciación social, étnica y económica muy marcada, en algunos momentos cuando así lo requirieron las élites, se “atenuaron” las diferencias. Tal fue el caso de la incorporación de las “castas” como parte de las milicias en el siglo XVIII. Para contextualizar el papel de las milicias en los distintos pueblos de origen hispánico en América, se debe comprender el proceso de ordenamiento territorial y obras para la defensa, distribución de mano de obra y recursos, así como ordenamiento urbano de los poblados que se implementaron desde la conquista y posterior colonia.

En este sentido, entre las principales actividades ingenieriles de los siglos XVI y XVII estuvo la construcción de fortificaciones para la protección de los lugares esenciales para la economía de la Corona. Se protegían del ataque fundamentalmente de piratas⁷⁴, siendo los más importantes los de las Antillas, Nueva España, Nueva Granada y el Golfo de México y mar Caribe (José Omar Moncada, 2011, pp. 6-7). Sin embargo, este tipo de seguridad no era suficiente.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, las colonias españolas, entre ellas las centroamericanas, experimentaron una serie de revueltas, conflictos y reformas que agudizaron las relaciones entre el imperio y las poblaciones locales (entre ellos: mulatos, zambos, negros libres y pardos, conocidos como castas). Esto motivó la implementación de milicias para lograr un mejor control de la población. Aunado a lo anterior, entre las reformas borbónicas se encontraban las militares, que dieron con la creación de milicias de españoles, mestizos y castas. Estas milicias “inclusivas” generaron, por primera vez, un estatus de igualdad entre las poblaciones de diferentes orígenes étnicos (Aaron Arguedas, 2003, p. 1).

La mayoría de las personas quienes conformaron esas milicias fue enrolada a la fuerza, aunque las castas no se opusieron. Por primera vez, se les iba a contemplar en las compañías e iban a tener los mismos privilegios que los militares españoles y mestizos⁷⁵, lo que les permitía un avance social y defensa de sus derechos. Así, las

⁷⁴ Sólo para el siglo XVII se reportaron en Nicoya en los años 1686 (por Cook) y 1687 (Grognet). En Esparza en 1681 (Sharpe) y en 1685 y 1686 (sin dato). En 1666 en Turrialba (Mansfield y Morgan) y en Matina en los años 1676, 1677, 1678, 1681 y 1687 (solamente para el último año se conoce el autor: Lorencillo) (Carmela Velázquez, 2016, p. 31).

⁷⁵ Si bien es cierto, los milicianos no son militares, se les coloca en una misma categoría dado el papel que cumplieron en un inicio como “fuerzas” de reserva y apoyaban al control de espacios que a las

castas que conformaron estas milicias comenzaron a utilizar su investidura para defender sus derechos de los abusos de los españoles (y criollos) lo que generó muchos conflictos entre las partes (Aarón Arguedas, 2003, pp-2-4). El 22 de mayo de 1802, el Gobernador de Costa Rica, Tomás de Acosta, declaró que las *“compañías de pardos de esta Provincia, quedan en la clase de Milicia Urbana, sin el goce de ningún fuero... sujetos de la jurisdicción Real ordinaria y sumisos a los Alcaldes de Barrios o Zeladores”* (ANCR, Serie Cartago Colonial, doc. 943, fol. 34, citado en Aarón Arguedas, 2003, p. 12).

En resumen, en 45 años hubo cuatro reformas militares. Se inicia con un leve reconocimiento de ciertos derechos a los milicianos, los cuales, en la segunda reforma, se intentaron ocultar, pero fueron reconocidos en el Reglamento de las Milicias de Infantería y Caballería de la isla de Cuba en 1767. En la tercera, no solo se reafirmaron dichos derechos, sino que, también, se les dio comunicación directa con el Capitán General para resolver sus problemas, mientras que, en la cuarta, en 1799, se anuló por completo lo anterior, devolviendo la exclusividad de las milicias a los españoles, lo que provocó una serie de revueltas con elementos revolucionarios (Aarón Arguedas, 2003, p. 12).

Para comprender lo anteriormente señalado, es útil el concepto de colonialismo, no sólo como un fenómeno internacional que se lleva a cabo entre pueblos y naciones distintas como lo señaló Pablo González-Casanova. Si bien durante la colonia se formó parte de una economía complementaria a las metrópolis (con la consecuente explotación de los recursos naturales y humanos en función de la demanda externa y local de las élites), lo anterior generó un desarrollo dispar entre los sectores y regiones, según los intereses de dichas metrópolis o el imperio. La falta de integración económica y social en el interior de la colonia, la disparidad en las comunicaciones entre las distintas zonas de la colonia y entre las colonias vecinas, también responden a una falta de integración cultural (Pablo González-Casanova, 2015, pp. 130-142).

La estructura colonial está estrechamente ligada con la sociedad plural y el interés de las estructuras en este caso coloniales en mantener las relaciones de

autoridades españolas se les dificultaba, además de los beneficios que adquirieron (hasta que decidieron usar su poder para reivindicar sus derechos).

dominio y explotación entre y sobre los grupos heterogéneos y culturalmente distintos, por lo que se está ejerciendo a la vez una colonialidad del poder y del ser a la vez (Pablo González-Casanova, 2015, pp. 130-142).

Retomando a Ramón Grosfoguel (2011, p. 99), en el mundo imperial y del capitalismo inicial la categoría de raza atravesó las relaciones de opresión de clase, sexualidad y género, lo que se conoce como “colonialidad del poder” (Aníbal Quijano, 2000), en estos casos al ser personas que se encontraban bajo la línea de ser (Frantz Fanon) vivían una opresión al ser racializados como inferiores, lo cual daba pie a ultrajes de clase, sexualidad y género.

Debido a lo anterior, las posibilidades de “movilidad social” mediante la incorporación en las milicias, fuesen limitadas, temporales y a conveniencia de los intereses coloniales y sus necesidades de defensa ante ataques foráneos, fue un aliciente para la incorporación de personas que podrían ser disidentes, dentro del discurso de opresión colonial.

Antiguos pobladores según la información biodemográfica (800 al 1560 d. C.)

Una de las particularidades a tomar en cuenta en el análisis de la paleopatología antigua, es el estado de conservación de los restos óseos presentes en los monumentos arqueológicos. En el caso costarricense, al tener un clima tropical, es casi imposible encontrar los contextos más antiguos con una adecuada conservación, por lo que las inferencias se basan en una cantidad limitada de datos.

Debido a lo anterior, no se puede hablar de la paleodemografía para las diversas épocas de ocupación de la actual Costa Rica (que inician cerca del 12 000-10 000 a. C.), ya que no se cuenta con contextos con restos óseos para todas las épocas, ni procedentes de todo el territorio, ni con colecciones osteológicas que representen todas las edades (incluyendo infantiles), así como los sexos para los distintos rangos etarios.

Si bien, profesionales en antropología demográfica suelen trabajar con muestras de unos pocos cientos de personas, reconocen los problemas de contar con muestras pequeñas como sucede en la antropología biológica. Además de lo

señalado, las muestras dependen de las prácticas culturales relacionadas con los distintos tipos de muertes (muertes buenas y malas y cómo se enterraban a estas personas), así como de la conservación de restos óseos, la cual no es favorable en la mayoría del país, aunque se presentan dos excepciones principales, una relacionada con las materias primas utilizadas en la construcción de las sepulturas (tumbas de cajón con lajas calcáreas) en la región arqueológica Central y la segunda en concordancia con el ambiente, específicamente en el Pacífico Norte que se caracteriza por tener un clima más seco.

Tomando en cuenta lo anterior, en el caso de los datos paleopatológicos, es posible identificar diferencias entre los grupos numerosos, no así con colecciones pequeñas. De igual manera, se dificulta la estimación precisa de ciertos parámetros demográficos de interés (*e.g.* las tasas de mortalidad confiables). No obstante, los pequeños tamaños de muestra pueden corresponder a pequeños tamaños de población en general, a factores culturales (*e. g.* huaquerismo), ambientales (poca conservación), o a consecuencias metodológicas por parte de quien investiga e inclusive, a falta de presupuestos para la investigación (Denise Hodges y Lawrence Schell, 1988, p. 175, Stephen Whittington (1991, en Sharon DeWitte, 2018, p. 894).

A pesar de lo anterior,

Es importante destacar que la mayoría de las poblaciones humanas que han existido alguna vez fueron pequeñas, por lo que comprender la demografía de poblaciones pequeñas es crucial para comprender nuestra historia compartida y las fuerzas que han dado forma a la variación en la biología y la cultura humanas que podemos observar hoy (Sharon DeWitte, 2018, p. 894).

Otros factores que incidieron en el tamaño de las poblaciones son los socioculturales, entre ellos los conflictos y las guerras que pueden influir en la proporción de la población según sexo y edad, el infanticidio selectivo, aborto, la retención de recursos, el acceso o no a atención médica, la migración, entre otros (*Ibid.*, p. 893).

En la interpretación de las condiciones de salud de la antigüedad, se valora tanto los restos óseos, como diversos tipos de evidencia, entre ellos, los artefactos fundamentalmente hechos en cerámica, piedra y orfebrería, así como las fuentes etnohistóricas.

Otros tipos de datos “indirectos” que pueden brindar pistas, son los lugares donde vivían estas personas o los asentamientos. En ellos, se puede analizar datos relacionados con las prácticas de aseo de las aldeas, sus respectivas casas y espacios de uso colectivo, el consumo y procesamiento de los alimentos. Es posible identificar también la escultórica y algunos artefactos cerámicos que brindan información sobre la existencia de especialistas en el cuidado de la salud colectiva o comunitaria, entre otros aspectos.

Por ejemplo, el estudio de los asentamientos ha sido crucial para distintas ciencias sociales, ya que permite la comprensión de la relación y aprovechamiento que las personas han establecido con el medio en el que se desenvuelven.

Los espacios habitados son la expresión física del poblamiento y evidencia la sabiduría del colectivo en la resolución de una necesidad básica como es el techo. Por medio de su estudio, además, es posible acceder a información sobre la creación y uso de tecnología, organización social, economía e inclusive ideología.

Las características de los asentamientos y de la vida cotidiana, el ambiente habitado, las prácticas económicas de subsistencia, de higiene entre otras, inciden en el bienestar de las personas y pueden dejar huella también en los restos óseos.

En este apartado en particular, se aborda la información procedente de estudios osteológicos. Los datos que se exponen corresponden a la evidencia de enfermedades, traumas, infecciones, entre otras, que se manifestaron en los restos óseos que se lograron conservar y excavar científicamente. Por lo tanto, estas características son específicas para los sitios y tiempos en que vivieron esas personas, no pueden extrapolarse, aunque algunas poblaciones pudieron vivir en condiciones semejantes. Se hace esta aclaración, debido a que las condiciones de vida que podrían incidir en el bienestar de las personas pueden cambiar en el tiempo y en los diversos espacios geográficos, además, van a estar condicionadas por las prácticas culturales.

Generalidades sobre la evidencia de las poblaciones previo al proceso de conquista y colonia

En Costa Rica no se han excavado monumentos arqueológicos asociados a la época del paleoindio (cerca del 15 000 al 8000 a. C.) ni del arcaico (8000-2000 a. C.) con presencia de restos óseos humanos. No obstante, es posible conocer algunos aspectos básicos relacionados con la salud de las poblaciones de estas épocas por datos comparativos con otros lugares.

No existe un consenso a la interrogante de si el aumento de la población humana durante el Holoceno (cerca del 11 700-2000 a. C.) pudo incidir en la domesticación de plantas o si fue el inicio de la agricultura el que dio paso a ese aumento de la población. Lo que sí se ha logrado establecer, es que esta accesibilidad a los alimentos, el cambio en la forma de prepararlos, y, por ende, en la dieta, incidió en el aumento de la tasa de nacimientos, ya que pudo facilitar el destete de infantes más temprano y con ello, la disminución del intervalo de nacimientos (Clark Larsen, 1995, en Juliana Gómez, 2011, p. 198).

Se ha documentado con base en datos comparativos que, con la llegada de la agricultura se dio un deterioro de la salud bucodental de las poblaciones. Esto se evidencia no sólo en que hay una mayor cantidad de caries, sino también en la gravedad de estas (Juliana Gómez, 2011, p. 201).

Estas caries pueden ocasionar otros problemas como la pérdida de piezas dentales antes de la muerte de las personas (*antemortem*), infecciones-abscesos, etc. lo que incide directamente en el grado de aprovechamiento de los nutrientes que se consumen (*Ibidem*), aspecto que también pudo afectar a las poblaciones presentes para esas temporalidades en la actual Costa Rica.

En el espacio que actualmente se conoce como Costa Rica, los sitios arqueológicos que han sido investigados y que cuentan con evidencia osteológica datan del año 500 a. C. en adelante. La evidencia de restos osteológicos humanos más antigua es la recuperada en el sitio La Regla (500 a. C.- 1 d. C.) ubicado en el Golfo de Nicoya, lugar en donde se reportaron 16 enterramientos secundarios⁷⁶

⁷⁶ En este tipo de práctica funeraria, primero se preparó el cuerpo y se dejó en un espacio especial donde pudiera perder las partes blandas y tiempo después cuando se tenían los huesos limpios, se hicieron “paquetes” con ellos para enterrarlos.

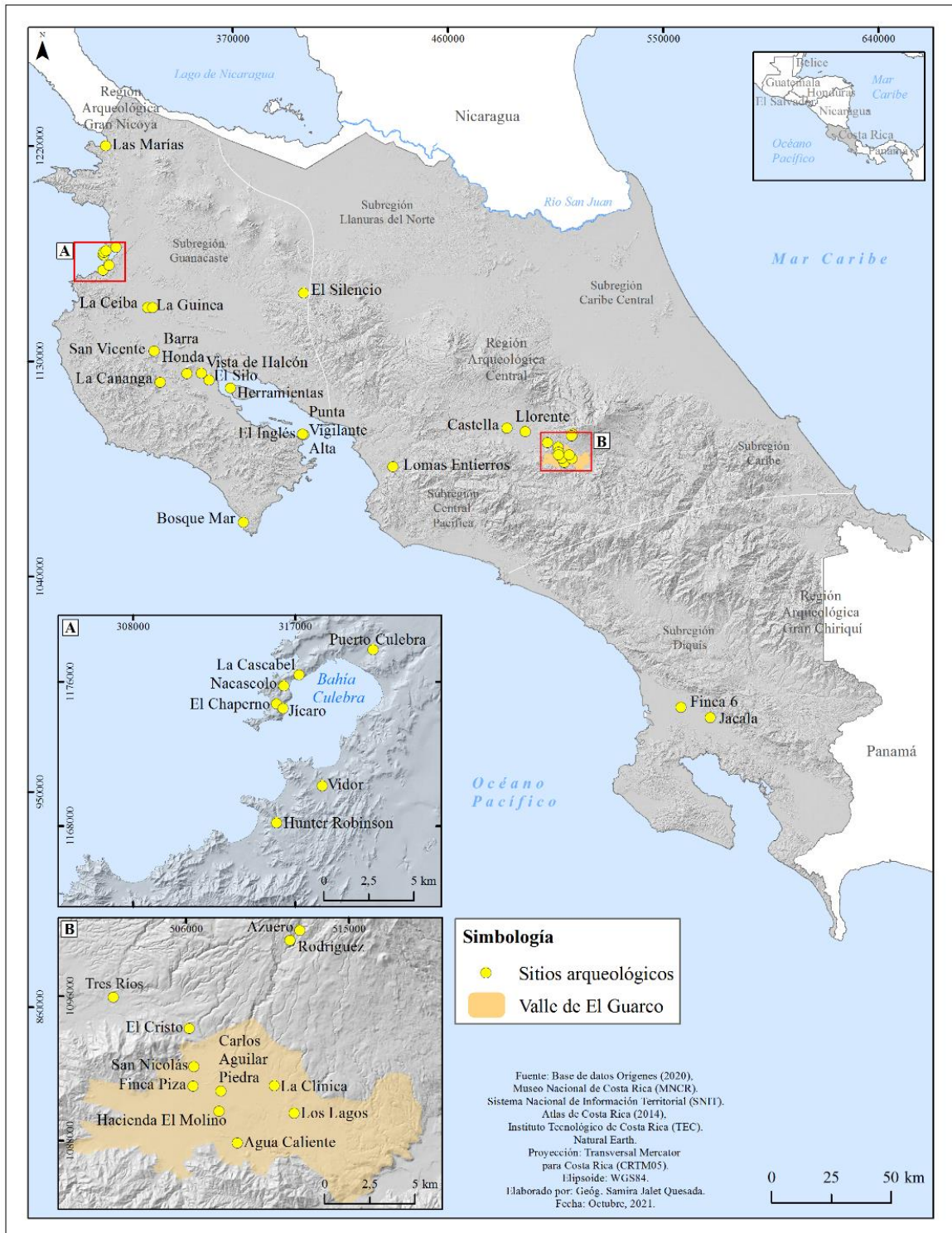
(paquetes de huesos con sus ofrendas), de personas con edades de entre 6 meses y los 35 años según Ricardo Vázquez, Juan Vicente Guerrero y Federico Solano (1991).

En las siguientes fases de ocupación correspondientes a los siglos III al XVI (o del 300 al 1560 d. C.), se cuenta con restos óseos con distintos grados de conservación. La mayor concentración de estos se ubica en la zona de Guanacaste, fundamentalmente los recuperados de las investigaciones en Bahía Culebra, así como en el Valle del Guarco en Cartago. En ambos lugares, para fechas posteriores al 300-500 d. C. se cuenta con evidencia de sitios arqueológicos que albergaron concentraciones demográficas, sobre todo, entre el 800 y 1560 d. C.

Las razones que hacen de estos lugares idóneos para la conservación de los restos óseos son, en el caso de Bahía Culebra, contar con un clima favorable (al ubicarse en Bosque Tropical Seco), aunado a una edafología que favorece la conservación. Para el Valle del Guarco, la conservación se potencia con el uso cultural que se dio de las lajas calcáreas con las que se construyeron las tumbas de cajón donde se inhumaron a las personas entre el 700-1560 d. C. (ver Figura 15).

Figura 15

Mapa con los monumentos arqueológicos con presencia de restos óseos de personas fallecidas entre el 800-1560 d. C. que fueron excavados y analizados científicamente



El uso de las lajas calcáreas permitió que los restos óseos pudiesen tener más oportunidad de conservarse (ver Figura 16). Al mismo, tiempo, esta característica pudo favorecer el reaprovechamiento y reutilización de los cajones en diversos momentos (ya que se podían abrir y volver a tapar las tumbas con cierta facilidad, lo que permitía enterrar a varias personas en ellas en distintos momentos. Desde un punto de vista de salubridad, estos cajones, además, pudieron ayudar a controlar los malos olores y la presencia de animales en los espacios con cementerios.

Figura 16

Fotografías de tumbas de cajón elaboradas con lajas calcáreas, monumento arqueológico Agua Caliente C- 35 AC, Valle del Guarco



Fuente: Fotografía Ricardo Vázquez, 1984, Museo Nacional de Costa Rica.

No obstante, como se ha indicado, en la mayor parte del actual territorio nacional no cuenta con una adecuada conservación de restos óseos. Otro aspecto que incide en la identificación tanto demográfica, como paleopatológica es el tipo de hueso recuperado, así como el si éste presenta o no con alguna alteración o morfología atípica.

La recuperación de restos óseos no garantiza que sea posible conocer el estado de la salud de las personas. Lo anterior se debe a que la presencia de lesiones en el tejido óseo está supeditada a que la persona viviera con un tipo de estrés crónico (durante el tiempo suficiente como para dejar huella en los huesos), o a que tuviese algún tipo de trauma (*e. g.* golpe, fisuras, quebraduras).

Por lo señalado, el no observar huellas de estrés crónico en los huesos, no significa que las personas estuvieran sanas al morir o no hubiesen vivido con una o varias enfermedades, fuesen temporales o permanentes. Por el contrario, es posible que estuviesen enfermas y fallecieran durante un episodio agudo sin haber llegado al crónico (Juliana Gómez, 2011, pp. 197-198).

También pudieron vivir con parásitos, e infecciones de diversos tipos, algunas de las cuales podrían dejar huellas en los huesos si se tienen por mucho tiempo. Sin embargo, por episodios agudos se hace referencia a enfermedades transmitidas por diversos virus y bacterias, como las traídas por los europeos, para la cual la población autóctona no tenía defensas y por ende, disminuía su posibilidad de sobrevivencia. Por lo que, se recalca que las inferencias expuestas en el presente apartado se hacen únicamente con base en los datos a los que se puede acceder hoy día y mediante el análisis macroscópico de los restos óseos.

Información de la población presente en la actual Costa Rica entre el 800-1560 d. C.

Como se señaló en la metodología, para la presente investigación, se utilizó la información contenida en informes arqueológicos, tesis u otros trabajos finales de graduación (TFG), así como publicaciones. El requisito para su inclusión fue que especificaran la presencia y el análisis osteológico de personas inhumadas en monumentos arqueológicos datados en la última fase de ocupación antigua que va del 800 al 1560 d. C. Si bien en algunos contextos arqueológicos podrían haberse reportado más cantidad, se incluyeron solamente los que contaban con los datos señalados.

Se buscó identificar ¿cómo fue la salud de las personas previo al arribo ibérico?, para indagar los posibles cambios acaecidos por el proceso de conquista y colonia, así como el impacto sobre la salud de las poblaciones nativas americanas

ocasionado por la exposición a las nuevas enfermedades e imposición de nuevos los estilos de organización, producción, asentamientos, además de la consecuente desestructuración de los tipos de organización tradicionales.

Así las cosas, para la sub región sur de la Gran Nicoya, se revisó la documentación de los sitios Vidor los datos correspondientes con los enterramientos entre el 500 al 1250 d. C. (Kelly E. Gillis, 2002, Ricardo Vázquez y David Weaver, s.f.); de Jícaro (Jane Catherine Wankmiller, 2016); de Hunter Robinson (Geissel Vargas y María Ramírez, 2018); de Coyotera (Ricardo Vázquez y Nancy Solano, s.f.); de Vista de Halcón (Paulo Barquero y Ricardo Vázquez, 2005; Dereck Congram, 2005); de Las Marías (James Faulwell, 1970); de El Silo (Geissel Vargas, 2016); de La Ceiba (Aida Blanco y Juan Vicente Guerrero, 1987; Floryzul Cruz y Patricia Obando, 1987); de San Vicente (Ricardo Vázquez a, s.f.); de La Guinea (Claude Baudez, 1967; John Hoopes, 1980 y Ricardo Vázquez, 1994); de Nacascolo (Ellen Hardy, 1992 y Ricardo Vázquez, 1993); de Bosque Mar (Paulo Barquero y Ricardo Vázquez, 2008); de El Inglés, Vigilante Alta y Herramientas (Winifred Creamer, 1983); de El Silencio (John Bradley, 1994); La Cananga (Melania Pérez y Carolina Barrientos, 2005; Mónica Aguilar, 2021); de El Chaperno sector Playa Prieta (Mónica Aguilar, 2009); de La Cascabel (Cristina Aguilar, 2012) y de Puerto Culebra (Geissel Vargas, 2013 b), todos los cuales se ubican entre el 800-1520 d. C.

Para la región arqueológica Central se revisó la documentación correspondiente a los monumentos arqueológicos: Agua Caliente (Ricardo Vázquez s.f., a – a.2.; Floryzul Cruz y Ricardo Vázquez, 1984; Patricia Obando y Ricardo Vázquez, 1984; Tatiana Hidalgo y Ricardo Vázquez, 1994 y 1995; Alez Corella, 1999; Luciana Mendiola y Ricardo Vázquez, 2006; Paulo Barquero, Anders Westenberg y Ricardo Vázquez, 2006; Anders Westermberg y Ricardo Vázquez, 2006; Paulo Barquero y Ricardo Vázquez, 2006; Edder Ortiz, Vanessa de la O y Ricardo Vázquez, s. f.; Edder Ortiz, Nancy Solano, Vanessa De La O y Ricardo Vázquez, s.f.; Jeffrey Peytrequín y Mónica Aguilar, 2007; Magdalena León, 2010; Milena Salazar, 2013; Geissel Vargas 2020 c.-d. y Geissel Vargas 2020 en Luis Sánchez, 2021). El monumento El Cristo (Aida Blanco, 1982); en Carlos Aguilar Piedra (informes de Tatiana Hidalgo y Ricardo Vázquez, 1997; Ricardo Vázquez, 1997); para La Clínica (Ricardo Vázquez, Karla Jinesta y Luis Felipe Fernández, 2002). Para el monumento

Hacienda El Molino (Ricardo Vázquez, 1982); del sitio Rodríguez (Floryzul Cruz y Patricia Obando, 1987); de los monumentos Azuero y Rosa María (William Kennedy, 1968); San Nicolás (Ricardo Vázquez, 1982); para los Lagos (hojas de análisis de Nancy Solano, Vanessa De La O y Ricardo Vázquez, s.f.; Ricardo Vázquez y Vanessa De La O, 2003); de Llorente (Ricardo Vázquez y Paulo Barquero, 2005); para Lomas Entierros (Anayensy Herrera y Luis Felipe Solís, 1988); de Castella (Magdalena León, 2021); para el sitio Tres Ríos (Geissel Vargas, 2012) y para Finca Piza (Geissel Vargas, 2013a).

Tres monumentos de la subregión arqueológica Diquís en el Pacífico Sur cuentan con evidencia osteológica: los sitios Jalaca, Finca 6 y Curré. Lamentablemente, aunque se informa de la presencia de al menos 6 personas en el monumento arqueológico Jalaca (Doris Stone, 1963) y 2 en Finca 6, para el primer caso no se cuenta con análisis osteológicos para conocer mayor detalle de estas.

En Curré Francisco Corrales y Uriel Rojas (2021) reportó el enterramiento de 3 personas en un sector habitacional del sitio, las cuales conservaron un buen estado de conservación y un cementerio con tumbas de cajón. La persona del enterramiento 1 presentó solamente restos dentarios y de la mandíbula. El enterramiento 2 estaba conformado por el cráneo y parte de las costillas, ya que el rasgo 3 (enterramiento 3) destruyó el resto del esqueleto. El enterramiento 3 era un hombre que evidenció osteomielitis crónica no supurativa y tenía una edad al morir de entre 17 y 35 años (Francisco Corrales, 1985, pp. 12-17).

Finalmente, en el monumento Finca 6 la evidencia osteológica corresponde a piezas dentales de dos personas distintas. La primera identificada por coronas de molares, premolares, caninos e incisivos, entre otros fragmentos dentales. La edad estimada fue de 6 años \pm 24 meses, mientras que la 2da persona inhumada fue identificada mediante un molar y fragmentos de otros molares caducos sin huellas de desgaste. En este caso se trató de un infante de 1 año \pm 4 meses. Para las dos personas Ricardo Vázquez indicó que no se observó ningún tipo de patología en los huesos reportados (Ricardo Vázquez, 2010, citado en Adrián Badilla y Francisco Corrales, 2012, p. 84).

De esta manera, los datos que se exponen proceden de 20 monumentos arqueológicos de la subregión Sur de la Gran Nicoya (Guanacaste, el Golfo de Nicoya

y parte de Puntarenas) que datan entre el 580 y 1520 d. C. así como una cuya temporalidad se ubica entre el 500 y 1250 d. C. (monumento arqueológico Vidor), para un total de 1264 personas.

En el caso de la Región arqueológica Central se utilizó los datos disponibles para 15 monumentos arqueológicos, la mayoría ubicados en la provincia de Cartago con 563 personas. En ambas regiones la información procede de contextos que cuentan con análisis, aunque no necesariamente dichos análisis son de todas las personas que fueron exhumadas de los sitios, ni tampoco con el mismo nivel de detalle. En algunos casos corresponden únicamente a inventarios básicos.

En la sistematización que se presenta en este apartado, las edades identificadas en los análisis osteológicos fueron agrupadas en quinquenios a partir de los 5 años. Si los y las autoras de los informes daban rangos más amplios se contemplaban entre varios de los quinquenios en los que se encontraban.

Las personas menores a 5 años fueron separadas en: fetos, de recién nacidos a 1.5 años y de 1.5 años a 5 años. Lo anterior con la finalidad de precisar las posibilidades de sobrevivencia en los años más tempranos. Si alguna persona desea los datos específicos de las edades, podrán revisar el Anexo 3 en donde se especifica por sitio.

De esta manera, en relación con la edad de defunción, para las personas inhumadas en la subregión Sur de la Gran Nicoya, casi $\frac{1}{4}$ parte correspondieron a infantes menores de 10 años, así como niños(as) de edades indeterminadas N: 296 (24.92%). Este valor relacionado con la mortalidad infantil es semejante para los sitios presentes en el Intermontano Central de la Región arqueológica Central con N: 139 personas (24,68%) (Ver Tablas 8 y 9).

Tabla 8

Cuadro de rangos de edades al morir según monumento de procedencia de la región arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur) entre el 800- 1520 d. C.
(Valores nominales)

| Monumentos arqueológicos | Total | Feto | 0 a 1.5 años | 1.5 a 5 años | 5 a 10 años | Infantes NI | 10 a 15 años | 15 a 20 años | Jóvenes NI | 20 a 25 años | 25 a 30 años | 30 a 35 años | 35 a 40 años | 40 a 45 años | 45 a 50 años | 50 a 55 años | 55 años o más | NI Adulto | NI |
|-------------------------------|-------------|-----------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------|------------|
| Vidor ¹ | 200 | 16 | 30 | 18 | 22 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 98 |
| Jícaro | 433 | 0 | 26 | 28 | 45 | 4 | 10 | 0 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 34 | 0 | 12 | 0 | 86 | 156 |
| Hunter Robinson | 28 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| Coyotera | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vista Halcón | 29 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 20 |
| Las Marías | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| El Silo | 133 | 0 | 0 | 0 | 15 | 4 | 10 | 4 | 0 | 31 | 6 | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 41 | 15 |
| La Ceiba | 104 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 97 |
| San Vicente | 10 | 0 | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| La Guinea | 25 | 0 | 0 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 4 |
| Nacascolo | 122 | 0 | 24 | 2 | 7 | 5 | 4 | 9 | 1 | 6 | 8 | 0 | 6 | 16 | 1 | 0 | 6 | 11 | 16 |
| Bosque Mar | 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| El Inglés | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vigilante Alta | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Herramientas | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| El Silencio | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Puerto Culebra | 36 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 18 | 3 |
| La Cananga | 48 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 | 27 |
| La Cascabel | 40 | 0 | 0 | 4 | 2 | 1 | 3 | 6 | 2 | 7 | 1 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| El Chaperno, Se. Playa Prieta | 2 | 0 | 0 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 1254 | 16 | 87 | 64 | 105 | 24 | 31 | 26 | 20 | 55 | 56 | 4 | 19 | 61 | 2 | 13 | 7 | 196 | 446 |

Para el monumento arqueológico Vidor la cronología es del 500 al 1250 d. C.

Fuente: Elaboración propia basado TFG, publicaciones, e informes y hojas de análisis del Dr. Ricardo Vázquez, éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020.

Tabla 9

Cuadro de rangos de edades al morir según sitio arqueológico de procedencia para la región arqueológica Central (subregión Intermontano Central) entre el 800- 1560 d. C.

(Valores nominales)

| Monumentos arqueológicos | Total | 0 a 1.5 años | 1.5 a 5 años | 5 a 10 años | Infantes NI | 10 a 15 años | 15 a 20 años | Jóvenes NI | 20 a 25 años | 25 a 30 años | 30 a 35 años | 35 a 40 años | 40 a 45 años | 45 a 50 años | 50 a 55 años | 55 años o más | NI Adulto | NI |
|--------------------------|------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------|-----------|
| Agua Caliente | 386 | 20 | 39 | 34 | 18 | 19 | 32 | 5 | 43 | 32 | 18 | 7 | 4 | 5 | 3 | 0 | 67 | 40 |
| El Cristo | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Carlos Aguilar Piedra | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Clínica | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Hacienda El Molino | 54 | 4 | 6 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 1 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 5 | 12 | 0 |
| Rosa María | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Rodríguez | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 |
| Azuero | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Los Lagos | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| San Nicolás | 7 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Llorrente | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Lomas | 25 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 |
| Entierros | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Castella | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Finca Piza | 41 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 | 1 | 3 | 5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 12 | 6 |
| C. f. Chinchilla | 10 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 563 | 24 | 48 | 43 | 24 | 25 | 50 | 8 | 59 | 41 | 21 | 16 | 5 | 7 | 4 | 5 | 108 | 75 |

Fuente: elaboración propia basado en TFG, publicaciones, e informes y hojas de análisis del Dr. Ricardo Vázquez, éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020.

La mortalidad en infantes de la Gran Nicoya es significativa, ya que en cantidad es superior a las demás mortalidades identificadas.⁷⁷ Los primeros 10 años de vida fueron tan críticos para la sobrevivencia, si se compara con la mortalidad en otros rangos etarios, que se tienen que sumar las defunciones de las personas entre los 10 años y hasta los 55 o más años N: 263 (21,34%) para asemejar los valores. Aunque dichos valores pudieron cambiar, ya que al resto de la población no le fue identificada su edad al morir (N: 176 correspondientes a “no identificados adultos” y N: 446 no identificados del todo) (Ver Tabla 8).

A diferencia de la Gran Nicoya, en el Intermontano Central el grueso de personas cuya edad al morir fue estimada, falleció entre los 10 y 40 años N: 220 (39.07%). Aunque como se mencionó estos valores se deben manejar con cautela, ya que para la Región Arqueológica Central no se le pudo estimar la edad al morir a N: 75 (13.32%) (Ver Tabla 9). Para realizar la caracterización poblacional, se procedió a ordenar la información según el rango etario de las personas (Tabla 8 y 9), así como el sexo para los casos que permitían dicha inferencia (Tabla 10 y 11).

A continuación, en la Tabla 10 se presentan los datos para los monumentos arqueológicos de la subregión Sur de la Gran Nicoya.

Tabla 10

Cuadro de personas inhumadas en la región arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur-Guanacaste), según sexo entre el 800- 1520 d. C. (Valores nominales)

| Monumentos arqueológicos | Total | Hombres | Mujeres | NI |
|--------------------------|-------|---------|---------|-----|
| Vidor | 200 | 15 | 11 | 174 |
| Jícaro | 433 | 85 | 90 | 258 |
| Hunter Robinson | 28 | 0 | 1 | 27 |
| Coyotera | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Vista Halcón | 29 | 0 | 0 | 29 |
| Las Marías | 11 | 4 | 5 | 2 |
| El Silo | 133 | 16 | 12 | 105 |
| La Ceiba | 104 | 8 | 9 | 87 |
| San Vicente | 10 | 2 | 1 | 7 |
| La Guinea | 25 | 4 | 6 | 15 |
| Nacascolo | 122 | 27 | 26 | 69 |
| Bosque Mar | 9 | 1 | 3 | 5 |
| El Inglés | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Vigilante Alta | 8 | 2 | 2 | 4 |

⁷⁷ Esto es lo esperado. De hecho, 24% del total (aproximadamente) sigue siendo bajo para poblaciones pre-antibióticas (Andrea Cucina, comunicación personal, 2023).

| Monumentos arqueológicos | Total | Hombres | Mujeres | NI |
|-------------------------------------|--------------|----------------|----------------|------------|
| Herramientas | 3 | 1 | 0 | 2 |
| El Silencio | 11 | 0 | 0 | 11 |
| Puerto Culebra | 36 | 1 | 1 | 34 |
| La Cananga | 48 | 2 | 2 | 44 |
| La Cascabel | 40 | 18 | 10 | 12 |
| El Chaperno sector Playa Prieta | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 1254 | 186 | 180 | 866 |

Fuente: Elaboración propia basado trabajos finales de graduación, publicaciones, informes y hojas de análisis del archivo del Dr. Ricardo Vázquez Leiva, éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020-2021.

En la Tabla 11 se presenta la distribución según sexo de las personas identificadas en los análisis osteológicos de los monumentos de la región arqueológica Central, específicamente del Intermontano Central, con una concentración en contextos del Valle del Guarco, espacio donde se han realizado diversas investigaciones arqueológicas y los restos óseos presentan algún nivel de conservación.

Tabla 11

Cuadro de personas inhumadas en la región arqueológica Central (subregión Intermontano Central), según sexo entre el 800- 1560 d. C.

(Valores nominales)

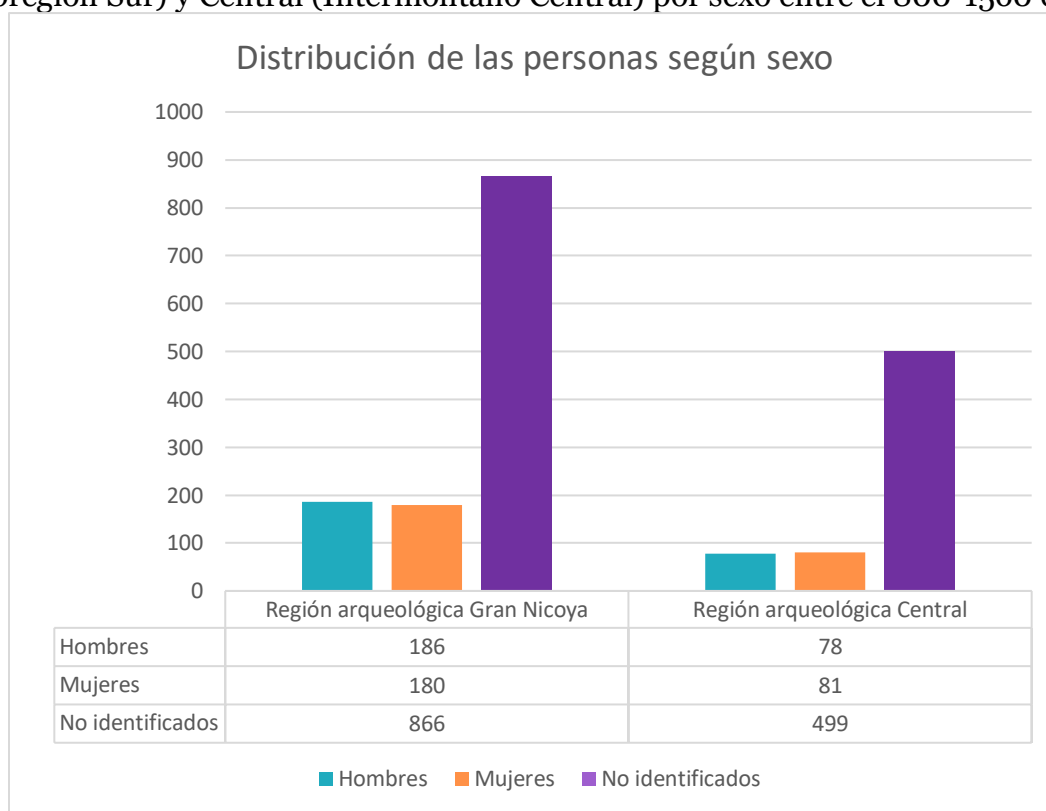
| Monumentos arqueológicos | Total | Hombres | Mujeres | NI |
|-------------------------------------|--------------|----------------|----------------|------------|
| Agua Caliente | 386 | 47 | 52 | 287 |
| El Cristo | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Carlos Aguilar Piedra | 2 | 1 | 0 | 1 |
| La Clínica | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Hacienda El Molino | 54 | 6 | 12 | 36 |
| Rosa María | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Rodríguez | 11 | 6 | 0 | 5 |
| Azuero | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Los Lagos | 2 | 0 | 0 | 2 |
| San Nicolás | 7 | 0 | 0 | 7 |
| Llorente | 13 | 6 | 4 | 3 |
| Lomas Entierros | 25 | 0 | 2 | 23 |
| Castella | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Finca Piza | 41 | 6 | 7 | 28 |
| C. f. Chinchilla | 10 | 6 | 3 | 1 |
| Tres Ríos | 95 | 0 | 1 | 94 |
| Total | 658 | 78 | 81 | 499 |

Fuente: Elaboración propia basado trabajos finales de graduación, publicaciones, informes y hojas de análisis del archivo del Dr. Ricardo Vázquez Leiva, éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020-2021.

Como se observa en los cuadros anteriores, la variable de sexo en este caso no es confiable, debido a que tanto para los monumentos presentes en la subregión Sur de la Gran Nicoya, como en los ubicados dentro del Intermontano Central de la región arqueológica Central, la mayoría de las personas inhumadas (más del 70%) se catalogan con sexo no definidos (ver Figura 17). No obstante, en los que sí fueron identificados, la proporción es cercana al 50%.

Figura 17

Gráfico de distribución de la población de la Región Arqueológica Gran Nicoya (subregión Sur) y Central (Intermontano Central) por sexo entre el 800-1560 d.C.



Fuente: Elaboración propia basado trabajos finales de graduación, publicaciones, e informes y hojas de análisis éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020-2021.

El estado de conservación, los huesos recuperados, así como los intereses presentes en los diferentes tipos de análisis, inciden en el reconocimiento o no de la variable: sexo. Es por lo anterior, que no se hacen inferencias concluyentes al respecto. A pesar de esto, para los casos en que sí se identificó el sexo de las personas, la proporción entre mujeres y hombres tanto para la Gran Nicoya, como para la

región arqueológica Central es muy similar (15,09% de hombres y 14,61% de mujeres en el primer caso y 11,85% hombres y 12,31% de mujeres para la segunda región arqueológica).

Con base en la frecuencia de los sextos identificados tanto para La Gran Nicoya (subregión Sur) como en la región arqueológica Central (Intermontano Central- Oriental), la relación entre hombres y mujeres es muy cercana al 50% (siendo en la región Gran Nicoya un 50,8% de hombres y 49,2% mujeres y en la Central de 49,35% de hombres y 50,65% de mujeres respectivamente).

Información sobre la salud de los antiguos habitantes del actual territorio costarricense

El estrés como factor que incide en la salud y el bienestar de las personas

Para el análisis de los restos óseos de las poblaciones antiguas, se han utilizado modelos de interpretación de distintas variables que permiten la comprensión de algunos factores causantes del estrés, o condiciones externas que pueden alterar al organismo (ver Figura 18), aunque este es capaz de reaccionar físicamente a los estreses de forma favorable o desfavorable (Juliana Gómez, 2011, p. 196).

Figura 18

Esquema del modelo de estrés adoptado para analizar colecciones óseas



Fuente: Modificado de Alan Goodman *et al.*, 1988, en Juliana Gómez, 2011, p. 196).

La respuesta al estrés que ocasiona una presión externa se conoce como “síndrome general de adaptación” (planteado por el endocrinólogo Hans Selye). El conocimiento sobre este estrés le permitió a Alan Goodman, *et al.*: (1988) plantear el modelo biocultural para las poblaciones antiguas.

En dicho modelo se analizan aspectos ambientales que inciden en la adaptación, por ejemplo, se dividen en recursos limitados necesarios para sobrevivir (comida, agua, refugio, etc.), si había extremos climáticos que repercutían en la salud como los microorganismos, depredadores, así como los sistemas culturales (en los que se incluye la tecnología, aspectos sociales, ideológicos, entre otros), que intervienen en los procesos de extracción de los recursos del medio. Estos sistemas culturales pueden servir tanto de amortiguadores, como en generadores de nuevos agresores y restricciones (Juliana Gómez, 2011, p. 197).

Estas respuestas biológicas al estrés generan cambios fisiológicos que buscan que el organismo se pueda ajustar a esas tensiones, las cuales varían según la edad, la salud de la persona, la cultura, etc. Las respuestas suelen iniciar en los tejidos blandos los cuales se afectan más rápidamente, pero si ese estrés se mantiene en el tiempo (es un estrés crónico), los tejidos óseos se pueden ver afectados y generan diferentes respuestas como las reacciones periósticas, hipoplasias del esmalte, hiperostosis porótica, pérdidas óseas, entre otras. El estudio de la adaptación humana permite comprender las respuestas culturales y biológicas de las poblaciones, las cuales incluyen componentes bioquímicos, fisiológicos y de comportamiento. El grado de adaptación adquirido se refleja en las condiciones de salud, siendo la nutrición importante para el análisis de la calidad de vida y estatus de salud (Silvia Cornero y Rodolfo Puche, 2007, p. 80).

Por ejemplo, las enfermedades infecciosas también pueden causar anomalías en los restos óseos. *En la mayoría de los casos de estudio en paleopatología, como la etiología es desconocida y por eso se les denominan como “infecciones inespecíficas”*. Este tipo de lesiones se presentan como reacciones periósticas (o de la superficie del hueso, así como osteomielitis y osteítis, cuando la lesión involucra tejido cortical y la médula) (Goodman Alan, *et al*; 1988).

Las infecciones pueden ingresar al sistema óseo de múltiples maneras. Donald Ortner y Walter Putschar (1985) proponen tres: 1) desde lesiones traumáticas o quirúrgicas; 2) por extensión de tejidos blandos adyacentes infectados; 3) por vía sanguínea, el sistema arterial transporta los focos sépticos (*Ibid.*, pp. 87-88). Las infecciones pueden ser sistémicas o localizadas. Las sistémicas

se manifiestan simétricamente en diferentes partes del esqueleto, como en las diáfisis o articulaciones, y las localizadas se centran en un área específica, generalmente producto de una lesión traumática, entre ellas heridas y fracturas expuestas infectadas (*Ibidem*).

Identificación de la población que vivió entre el 800 y 1560 d. C. según la información bioarqueológica

A pesar de todas las posibilidades que brinda el análisis de los restos óseos, la evidencia paleopatológica deja por fuera los eventos agudos y otras afecciones en la piel, órganos y tejidos blandos. No obstante, haciendo uso de los datos que se disponen es posible indicar las lesiones en los restos óseos, con la finalidad de comprender la calidad y condiciones de vida y muerte de quienes fueron sepultadas en Costa Rica entre el 800 y 1560 d. C. A continuación, se hace un recuento de las principales paleopatologías observadas por las diversas personas que analizaron los restos óseos tanto de la subregión Sur (Guanacaste) de la Gran Nicoya (ver Tabla 12), como los contemplados en la Región Arqueológica Central principalmente el Intermontano Central (ver Tabla 13).

Respecto a la identificación de las paleopatologías y condiciones, es preciso recordar los siguientes aspectos:

- a. No todos los análisis osteológicos revisados incluyeron la identificación paleopatológica.
- b. No todas las personas inhumadas presentan en los huesos conservados algún tipo de seña que permita la identificación de anomalías en el tejido óseo.
- c. Muchas personas fueron identificadas exclusivamente por piezas dentales, razón por la cual las condiciones de salud oral pueden ser más frecuentes que otras presentes en huesos con poca o nula conservación.
- d. Una sola persona puede presentar diversas enfermedades, desgastes, traumas u otras anomalías en sus huesos.
- e. Debido a todo lo anterior, la contabilidad global (totales) varía en relación con las tablas 10 y 11, aunque se consultó la información para la misma población y muestra (para mayor detalle se puede consultar el Anexo 3).

Tabla 12

Cuadro con las paleopatologías, traumas y condiciones genéticas en la población de la región arqueológica Gran Nicoya, subregión Sur entre el 800-1520 d. C. según sitio arqueológico de procedencia

Valor nominal

| Patología/ condición | Total | Monumentos arqueológicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------------------|--------|--------------------|----------|--------------------|---------------|---------|---|--------------|-----------|---------------|--------------|-------------------|--------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|----|
| | | Vidor | Jícaro | Hunter Robinson | Coyotera | Vista de Halcón | Las Marías | El Silo | 1. ^a Ceiba San Vicente | La Guinea | Nacascolo | Bosque Mar | El Inglés | Vigilante Alta | Herramientas | El Silencio | Puerto Culebra | La Cananga | La Cascabel | |
| Craneales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caries | 154 | 1 | 72 | 1 | 0 | 0 | 3 | 18 | 4 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 20 | 23 |
| Desgaste/atrición/ práctica cultural | 80 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 8 | 6 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| Puntos con exposición de dentina | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 |
| Lóbulo <i>Carabelli</i> | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Hiperostosis porótica | 73 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 19 |
| Hipoplasia de esmalte | 69 | 1 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Criba orbitaria | 39 | | 25 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Infecciones por caries y abscesos | 37 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Cálculo y sarro dental | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 16 | |
| Limadura/modificació n dental | 34 | 0 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | | |
| Exostosis auditiva | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Termino alteración | 11 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermedad periodontal | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| Pérdida dental <i>antemortem</i> | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| Hípercementosis | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Manchas en dientes | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | | |

Monumentos arqueológicos (continuación)

| Patología/ condición | Total | Vidor | Jícaro | Hunter Robinson | Coyotera | Vista de Halcón | Las Marías | El Silo | La Ceiba | San Vicente | La Guinea | Nacascolo | Bosque Mar | El Inglés | Vigilante Alta | Herramientas | El Silencio | Puerto Culebra | La Cananga | La Cascabel |
|---|--------------|--------------|---------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------|-----------------|--------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|
| Modificación craneal | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Incisivos en forma de pala | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Fractura dental | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cráneo con cortes | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cráneo muy delgado | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sub craneales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periostitis | 45 | 0 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Periostitis- Osteomielitis | 27 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 |
| Osteoporosis | 17 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Fracturas o traumas | 11 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Patología espinal (vértebras) | 9 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Líneas transversales en tibias | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteoartritis | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteomielitis | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tuberosidad bicipital marcada | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Treponema o sífilis | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fémures torcidos <i>c.f.</i> escorbuto | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Osteofitosis vertebral | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Afectación endosteal | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Infección en clavícula | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Condotistrodias foetalis | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Monumentos arqueológicos (continuación)

| Patología/ condición | Total | Vidor | Jícaro | Hunter Robinson | Coyotera | Vista de Halcón | Las Marías | El Silo | La Ceiba | San Vicente | La Guinea | Nacascolo | Bosque Mar | El Inglés | Vigilante Alta | Herramientas | El Silencio | Puerto Culebra | La Cananga | La Cascabel |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------|----------------------------|-----------------|------------------------|-------------------|----------------|-----------------|--------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Perforación en fosa oleo craneana | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Posibles cortes y/o agujeros | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Desgastes en huesos largos | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tibia curva | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Juanete | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Artritis | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NI | 569 | 145 | 0 | 13 | 1 | 26 | 2 | 94 | 95 | 10 | 24 | 100 | 8 | 0 | 3 | 1 | 11 | 29 | 22 | 7 |
| Total | 1400 | 223 | 298 | 27 | 1 | 29 | 24 | 143 | 116 | 10 | 25 | 125 | 9 | 1 | 12 | 5 | 11 | 38 | 85 | 144 |

Fuente: Elaboración propia basado trabajos finales de graduación, publicaciones, informes y hojas de análisis del Dr. Ricardo Vázquez Leiva, éstas últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020.

Como se aprecia en la tabla 12, las poblaciones de la subregión Sur de la Gran Nicoya, presentaron anomalías óseas fundamentalmente por razones que se pueden agrupar en:

1. Causas relacionadas con la alimentación: esta se subdivide en enfermedades causadas por deficientes prácticas de aseo (*e.g.* cálculo dental, caries, abscesos, enfermedad periodontal, etc.) y otras relacionadas con inseguridad alimentaria, falta de suficientes nutrientes o su adecuada absorción (criba orbitaria, hiperostosis porótica, osteoporosis y la hipoplasia de esmalte, aunque esta última definida como una disrupción en el proceso de formación del esmalte dental, se puede deber a diferentes factores tales como 1. el desequilibrio hereditario, 2. traumas locales, y 3. factores sistémicos (Christian Angélica Méndez Collí y Andrea Cucina, 2011, pp. 133-135,) así como es un indicador de deficiencias nutricionales.
2. Causas culturales: no corresponden a enfermedades o condiciones genéticas (*e. g.* desgastes dentales, modificación o limaduras dentales y termo alteración). No obstante, son valoradas ya que permiten inferir prácticas culturales específicas.
3. Causas infecciosas: estas infecciones se pueden presentar por diversas vías, las focalizadas debido a algún trauma, las indefinidas, las presentes en el corriente sanguíneo, entre otras (*e.g.* periostitis, osteomielitis, fracturas). Más adelante se profundizará en las diferentes paleopatologías.

Tabla 13

Cuadro con las paleopatologías, traumas y condiciones genéticas en la población de la región arqueológica Central entre el 800-1560 d. C. según sitio arqueológico de procedencia

Valor nominal

| Patología/ condición | Total | Monumentos arqueológicos | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--------------------------|-----------|-----------------------|---------|--------------------|------------|-----------|--------|-----|-------------|----------|-----------------|----------|-------|-----------------|-----------|
| | | Agua Caliente | El Cristo | Carlos Aguilar Piedra | La Cruz | Hacienda El Molino | Rosa María | Rodríguez | Azuero | Los | San Nicolás | Llorente | Lomas Entierros | Castella | Finca | C.f. Chinchilla | Tres Ríos |
| Craneales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caries | 84 | 62 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 5 |
| Cálculo y sarro dental | 43 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 |
| Desgaste/atrición por prácticas culturales | 37 | 12 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Enfermedad periodontal | 29 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| Pérdida dental <i>antemortem</i> | 24 | 8 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | 7 | 0 |
| Hipoplasia de esmalte | 17 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Hiperostosis porótica | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Fractura dental | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Infecciones por caries y abscesos | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| Manchas en dientes | 7 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Incisivos en forma de pala | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ausencia congénita del tercer molar | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Exostosis auditiva | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Criba orbitaria | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Dientes rotados o invertidos | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Raíces fusionadas | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Opérculo en diente | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malformación <i>Peg tooth</i> | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Decoloración Dental | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sutura woniana/hueso Inca | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Perla de esmalte | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Monumentos arqueológicos (continuación) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|----------------------|------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-----------------|---------------------------------|-------------------|------------------------|------------------|-----------|
| Patología/ condición | Total | Agua Caliente | El Cristo | Carlos Aguilar Piedra | La Clínica | Hacienda El Molino | Rosa María | Rodríguez | Azuero | Los Lagos | San Nicolás | Llorente | Lomas Entierros Castella | Finca Piza | C.f. Chinchilla | Tres Ríos | |
| Craneales (continuación) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lóbulo <i>Carabelli</i> | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Incisivos deciduos fusionados | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Orificio/ perforación en dientes | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Sub craneal | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osteofitosis vertebral | 18 | 12 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Periostitis | 13 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| Osteoporosis | 12 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteoartritis vertebral | 8 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteoartritis | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 |
| Fracturas o traumas | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Posibles cortes | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 13 |
| Fémures torcidos <i>c.f.</i> escorbuto | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteomielitis | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Termino alteración | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Treponema o sífilis | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tuberosidad bicipital marcada | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NI | 360 | 278 | 4 | 1 | 5 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 | 11 | 24 | 1 | 23 | 0 | 0 |
| Total | 736 | 483 | 4 | 2 | 5 | 38 | 1 | 37 | 1 | 2 | 7 | 14 | 25 | 1 | 54 | 50 | 20 |

Fuente: Elaboración propia basados en trabajos finales de graduación, publicaciones, informes y hojas de análisis del Dr. Ricardo Vázquez Leiva éstos últimos consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica, 2020-2021.

En el siguiente apartado se exponen las características de algunas enfermedades, condiciones y anomalías que se identificaron en los restos óseos analizados procedentes en contextos antiguos y coloniales (expuestos en las tablas 12 y 13), con la finalidad de que se comprenda mejor en qué consisten y posibles causas/ contextos (físicos y sociales) que podrían incidir en que se presenten.

Características de las enfermedades, condiciones, anomalías y prácticas culturales identificadas en los análisis osteológicos de los monumentos antiguos y coloniales

Enfermedades orales

Como se observa en las tablas 12 y 13 las aflicciones más frecuentes son las relacionadas con la salud oral. Las caries dentales son de las principales paleopatologías identificadas en las muestras óseas de La Gran Nicoya y la región arqueológica Central.

Si bien se aclaró que esto se podía deber, entre otras causas, a una mayor identificación de personas exclusivamente por piezas dentales, no deja de brindar datos importantes sobre las poblaciones antiguas que habitaron Costa Rica entre el 800 y 1560 d. C.

Las caries estuvieron presentes en N: 151 personas de la Gran Nicoya y N: 84 de la región arqueológica Central (ver Anexo 3). Ésta es una patología producida por la actividad bacteriana presentes en determinadas condiciones orales. Entre los principales factores que las propician se encuentra la composición y textura de los alimentos. Así, la dieta es determinante en la incidencia de caries en una población. La ingesta de carbohidratos y azúcares favorecen la presencia de esta enfermedad, por lo que la frecuencia de caries en una comunidad o pueblo está determinada por el tipo de economía asociada.

Las poblaciones de economía horticultora y agrícola presentan una mayor incidencia de caries respecto a los grupos que sustentan una economía cazadora-pescadora-recolectora. Lo anterior se respalda en estudios comparativos con evidencia procedente de poblaciones de cazadores-recolectores, las cuales tenían una frecuencia baja de caries moderadas, en contraste con pueblos de economías mixtas, horticultoras y agricultoras, quienes evidenciaron una mayor frecuencia de

lesiones severas de caries (Clark Larsen, 1987 y 1997; en Silvia E. Cornero y Rodolfo C. Puche, 2007, p. 83; Hugo Sotomayor, 2007, p. 41).

La variabilidad relacionada con la cantidad e intensidad de las caries evidenciadas entre los distintos sitios puede responder a varios factores. La edad de las personas al morir, el sexo (ya que las mujeres son más propensas a desarrollar caries debido tanto a los roles sociales relacionados con la preparación de alimentos y, por ende, mayor frecuencia en su ingesta, como a factores hormonales que predisponen a las mujeres a la insurgencia de caries) (Elma María Vega Lizana y Andrea Cucina, 2011, p. 116) prácticas de aseo oral, el que se estuviera consumiendo menos carbohidratos, o que estos se consumieran crudos.

En este último caso, la presencia de tejidos fibrosos y duros (que también puede inferirse en el desgaste o en las facetas de atrición presentes) pudo modificar la acción del carbohidrato, proporcionándole acción detergente que reduce su estancamiento en fosas y fisuras (Gina María Murillo, 1982, p. 70).

Las causas señaladas previamente pueden estar vinculadas a que la mayoría de las caries fueran grado 1 a 3, siendo generalmente las más significativas las presentes en los molares⁷⁸. Aunque algunas personas mostraron grados más severos y éstas les ocasionó diversos tipos de enfermedades bucales.

Relacionado también con la salud bucodental y las prácticas de higiene, se encuentra la presencia de cálculos dentales. Éstos estuvieron presentes en N: 35 personas de la Región Arqueológica Gran Nicoya y N: 45 de la región arqueológica Central.

Los cálculos son el resultado la placa mineralizada, como consecuencia de la acumulación de placa dental (placa bacteriana, colonias micro bacterianas) depositada y adherida a la superficie de los dientes durante la vida de la persona (Simon Hillson 1996; Gina María Murillo, 1982), estas concreciones se encuentran generalmente en el extremo proximal de las piezas dentales y cercanas a las encías.

Es preciso aclarar que las caries y la presencia de los cálculos no son procesos asociados. La mineralización de la placa dentaria requiere de un medio alcalino para

⁷⁸No se indican los porcentajes de los tipos de caries en las diversas muestras, ya que no todas las personas que analizaron los restos óseos especificaron al respecto, los datos de quienes sí lo hicieron se encuentran en el Anexo 3.

desarrollarse, en tanto la desmineralización que causa las caries requiere de un medio ácido, por lo que son incompatibles. No obstante, estas patologías pueden coexistir, de manera que cuando se forma el cálculo se puede producir una disminución de la concentración de acidez (Tony Waldron, 2009), en tanto que los cálculos requieren de la saliva para suministrar los minerales necesarios para el crecimiento del mineral (cristal) y la caries necesita de la placa para proporcionar ácidos necesarios para la disolución del cristal (Simon Hillson, 2008), la saliva contiene inhibidores de ambos procesos (en Susana Gómez, 2012, pp. 59-60).

Por su parte, las enfermedades periodontales estuvieron presentes en N: 9 personas de la Gran Nicoya y N: 29 de la región arqueológica Central. Es una afectación progresiva de los tejidos que dan soporte a los dientes. Esta enfermedad se manifiesta generalmente como una inflamación en el hueso alveolar (*Ibidem*), lo que degenera el periodonto o tejido que rodean y soportan los dientes, aunque también afecta a la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento.

Generalmente estas enfermedades periodontales inician con una gingivitis (o inflamación de las encías) y progresan hasta la periodontitis (correspondiente a un proceso avanzado de gingivitis que conlleva la inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sostienen a los dientes, donde se presentan sangrados y en ocasiones caída de las piezas dentales, así como al inicio de la pérdida del hueso de soporte de los dientes). Estas lesiones son causadas por agentes etiológicos como la placa bacteriana, el cálculo, y potenciada por traumas de la oclusión⁷⁹ (Gina María Murillo, 1982, p. 26; Dicciomed, 2021).

Estas enfermedades bucodentales pueden presentar o desencadenar infecciones y abscesos que comprometen los huesos de la maxila y mandíbula (N: 8 personas evidenciaron esta patología en la región arqueológica Central).

Por su parte, el desgaste dental severo, se manifestó en N: 80 personas de la Gran Nicoya y N: 37 de la región arqueológica Central. Corresponde a la pérdida progresiva de los tejidos dentales (esmalte, cemento y dentina).

⁷⁹ Clínicamente se interpreta como una migración apical del agarre epitelial o sea la formación de bolsas periodontales (verdaderas) o profundización patológica del surco gingival. Los tipos de reabsorciones óseas más sugestivas de periodontitis son los verticales y/u horizontales (Gina María Murillo, 1982, p. 26).

La Atrición es un proceso de envejecimiento fisiológico que se compensa con la erupción de continua migración mesial de los dientes. El grado de atrición depende de la relación oclusal y estructura de los dientes, la calcificación del esmalte, el desarrollo de los músculos masticatorios, los hábitos de masticación y del contenido abrasivo de los alimentos (Gina María Murillo, 1982, p. 16)

El desgaste no es una enfermedad en sí, sino el resultado natural del estés masticatorio. En otras palabras, el desgaste que se va presentando por las actividades cotidianas alimentarias (Mary Lucas Powell, 1985). También se incluye las causadas por la bruxomanía o rechinar de los dientes durante el sueño (Gina María Murillo, 1982, p. 16), mordedura cruzada, así como actividades tecnológicas o productivas al utilizar los dientes como herramientas. En estos últimos casos los desgastes son focalizados y puede identificarse también por la diferenciación que presentan las otras piezas dentales en una misma persona. En algunos casos este desgaste o erosión fue tan severa que expuso la pulpa (o tejido blando a lo interno de los dientes donde se encuentra el tejido nervioso y vasos sanguíneos).

La debilitación del esmalte de los dientes por desgaste o atrición, los golpes o traumas por su uso como herramientas o en el procesamiento de alimentos que pudieran tener abrasivos (*e. g.* fragmentos de los metates, morteros, etc. que se van desgastando con la molienda), así como golpes de diverso tipo, pudo generar fracturas de algunas piezas dentales. En la región arqueológica Gran Nicoya N: 2 personas presentaron fracturas dentales, en tanto para la Central se evidenció en N: 9.

Las pérdidas *antemortem* o en vida de las personas, es una fuente importante de información como indicador para inferir la intensidad de las enfermedades dentales, la dieta y factores biológicos, socioeconómicos y conductuales relacionados con la patología oral (Mario Henríquez, 2006, p. 29).

Cuando hay exposición de la cámara pulpar por factores como las caries u otros, se produce una inflamación de la pulpa. Esto ocasiona que las bacterias atraviesen el foramen y se dé una reacción en los tejidos (inflamación periapal) que termina convirtiéndose en un absceso. Estos abscesos pueden llevar a una osteítis y luego a la destrucción del hueso alveolar, condiciones que favorecen a la pérdida de piezas dentales (Elma María Vega y Andrea Cucina, 2011, p. 119). En las personas

analizadas para el 800-1560 d. C., fue posible identificar la pérdida de piezas dentales *antemortem* en las maxilas o mandíbulas de N: 6 presentes en la región arqueológica Gran Nicoya y N: 24 de la Central.

En relación con las manchas en los dientes, Marcos Moradas y Beatriz Álvarez (2018, p. 61) señalan que en la superficie del diente se pueden encontrar 2 tipos de manchas:

...las intrínsecas, que pueden ser clasificadas según su naturaleza en congénitas, asociadas normalmente a alteraciones estructurales en el momento de formación del diente, y adquiridos, que pueden subdividirse en preeruptivos y posteruptivos. Entre las preeruptivas, la más común es aquella debida al uso de tetraciclinas, y entre las posteruptivas, los traumatismos dentales, asociados a la necrosis o no, suelen ser las etiologías más comunes. El otro grupo de manchas son las extrínsecas, que son pigmentos que se adhieren a la superficie a la superficie del diente y que provienen de la alimentación, una higiene oral deficiente, hábitos como el tabaco... (Marcos Moradas y Beatriz Álvarez, 2018, p. 61).

Es muy probable que en el caso de las manchas presentes se deban a razones culturales relacionadas con la alimentación, el consumo del tabaco y prácticas de higiene. Para los sitios de la Gran Nicoya, se logró identificar a N: 4 personas con esta característica. Mientras que en la región arqueológica Central a N: 7.

Algunos de los “defectos” más comunes que se pueden observar en el esmalte dental son las opacidades o hipocalcificaciones que suceden con la interrupción del proceso de mineralización del esmalte durante la maduración del tejido; las decoloraciones o depósitos de pigmento producto de desórdenes metabólicos o deficiencias en la mineralización del esmalte y finalmente, del esmalte que corresponde a una deficiencia en el grosor de este tejido producto de alguna disrupción durante la formación de la superficie de la corona (Christian Angélica Méndez y Andrea Cucina, 2011, p. 134).

De esta manera, entre las enfermedades relacionadas con la nutrición y estrés metabólico, se encuentran la hipoplasia de esmalte dental, la cual podría ser resultado de anomalías genéticas, de un trauma o golpe localizado, aunque también se les asocia al estrés o carencias alimenticias causadas por una nutrición deficiente, lo que provocaba que se hicieran surcos alrededor de la circunferencia de las coronas dentales. Esta hipoplasia se caracteriza por deficiencias en la cantidad o grosor del

esmalte de los dientes. En ocasiones se pueden ver como pequeños agujeros, surcos grandes o líneas horizontales. Las líneas de hipoplasia de esmalte brindan información sobre la severidad, y el estrés temporal que las personas vivieron durante la infancia y la niñez. Estas líneas se observan con mayor frecuencia en poblaciones agrícolas que en cazadoras recolectoras (Clark Larsen, 1995, 1997, Alan Goodman, *et. al*, 1988, en Juliana Gómez, 2011; Hugo Sotomayor, 2007, p. 41). La hipoplasia de esmalte estuvo presente en N: 69 de la región arqueológica Gran Nicoya y en N: 17 de la región arqueológica Central.

Si bien como se ha señalado previamente, diversos factores pueden causar las líneas de hipoplasia, la presencia o no de esta lesión brinda insumos para la comprensión de datos sociales.

Tanto para la región arqueológica Gran Nicoya, como para la Central, son relativamente pocas las personas que las presentaron. Esto podría responder al interés social por el cuidado de infantes, suministrándoles alimentos o garantizándoles -en la medida de lo posible- los alimentos necesarios para su sobrevivencia. En edades muy tempranas, mediante la leche materna, y más adelante, por medio de atoles, purés sopas y otros, los cuales pudieron complementarse con grasas de proteínas y conforme fueron creciendo con carne.

Como se indicó en apartados anteriores, la población infantil fue la que presentó una mayor representación entre las personas fallecidas, no obstante, la ausencia de líneas de hipoplasia de esmalte dental -en relación con la población sobreviviente- permite inferir de condiciones apropiadas para no generar el nivel de estrés fisiológico en las edades en las cuales se estaban formando las piezas dentales permanentes. Como se verá adelante, esto podría deberse al consumo de múltiples recursos, entre ellos los costeros para el caso de la Gran Nicoya, sin embargo, se deben realizar más estudios, principalmente isotópicos y análisis químicos de las placas dentales, para corroborar esta interpretación.

De igual manera, como se apreciará en las siguientes páginas, hubo una mayor presencia de hiperostosis porótica, la cual, entre otras razones, puede ser ocasionada por la anemia. La mayor representación de esta lesión en relación con la hipoplasia de esmalte dental podría deberse a varios factores, entre ellos, el tipo de hueso afectado (mayor propensión a que se afecten los huesos planos y esponjosos y menos

en caso de la dentina-dada su dureza), que la población esté experimentando la anemia y tensión alimentaria en los primeros años de infancia y por ende, cuando se mudan los dientes, esta etapa está siendo superada, por lo que las lesiones se observan en el cráneo y no en los dientes permanentes una vez que aparecen en el registro arqueológico como personas mayores, entre otras posibles.

Por otra parte, las líneas transversales conocidas como líneas de Harris también corresponden a líneas de detención del crecimiento. Estas líneas de opacidad se extienden a través de la cavidad medular de los huesos largos y en ocasiones también en los huesos irregulares. Algunas personas consideran que se forman por interrupciones nutricionales durante el crecimiento y para otros son indicadores de recuperación del estrés, más que de interrupción (Kelly Gillis, 2002, p. vi).

El estudio de este tipo de líneas en los huesos largos en una persona ayuda a brindar evidencia importante sobre su salud y el de toda la población esquelética en general. Su identificación debe hacerse radiográficamente o seccionando el hueso. Dichas líneas se forman de manera simétrica en el esqueleto. En los huesos redondos y planos como el calcáneo, ilion e isquion, las líneas siguen el contorno de la placa de crecimiento epifisiaria. Sin embargo, son más comunes las transversales, que se presenten en la tibia distal y proximal, el fémur y radio distal y los metacarpianos (Ted Steinbock, 1976, p. 43).

Kelly Gillins (2002, p. 26), analizó las líneas de Harris presentes en una colección de tibias de N: 7 del sitio Vidor. Sin embargo, por no contar con los datos precisos sobre la procedencia de las personas, no pudo concluir que estas tuviesen las líneas debido a procesos de cesación del crecimiento, aunque es posible que sea así, ya que como señalan Ricardo Vázquez y Weaver, 1980, p. 101, N: 45 de las 192 personas exhibían hiperostosis porótica activa al momento de su muerte. Siendo este un número considerable, en comparación a lo que se reportó en otros sitios arqueológicos tanto de la Gran Nicoya, como de la región arqueológica Central.

La hipercementosis se evidenció en N: 4 personas de la Gran Nicoya. También se identificó incisivos deciduos fusionados N: 1 y perla de esmalte N: 1, ambos en la

región arqueológica Central. La perla de esmalte es una anomalía del desarrollo dental en donde se presentan glóbulos ectópicos de esmalte en la superficie radicular fundamentalmente en molares, los cuales se desarrollan por la presencia de remanentes de la vaina epitelial radicular y adquieren relevancia debido a que se asocian como factor retentivo de placa subgingival y enfermedad periodontal localizada (Ignacio Roa, 2017).

Hiperostosis porótica lesión multicausal

La presencia de hiperostosis porótica y de criba orbitaria se ha abordado tradicionalmente desde una interpretación anémica. Estas lesiones en esqueletos humanos constituyen un indicador útil en la reconstrucción de los sistemas de salud de las personas de la antigüedad. Están asociadas a distintas causas, entre ellas, la más generalizada es la vinculada con anemias por deficiencia en el consumo de hierro o por presencia de parásitos intestinales (en el caso del continente americano previo al proceso de conquista y colonia).

La hiperostosis porótica puede ser causada por la deficiencia de hierro y en las reservas de vitamina B 12 y la criba orbitaria es ocasionada por la deficiencia de la vitamina C. Ambas enfermedades se manifiestan como lesiones que se presentan en el cráneo (lóbulos frontales, parietales y occipitales en el caso de la hiperostosis porótica), así como en la órbita ocular para la criba orbitaria. (Phillip Walker, *et al.* 2009, en Juliana Gómez, 2011, p. 203).

El espongio hiperostosis, es una enfermedad originada por desórdenes de tipo hematológico, y causada por la anemia debido a deficiencia de hierro. Se presenta con un adelgazamiento y en ocasiones con la destrucción de la tabla externa del cráneo (lóbulos previamente indicados), así como posibles engrosamientos en las áreas más afectada (Ted Steinbock, 1976, p. 216).

Thomas Holland y Michael O´Brien (1997) proponen 3 modelos etiológicos que ayudan a explicar la presencia de la anemia en poblaciones antiguas. Incluyen variables de índole genética, aspectos ambientales y culturales relacionados con la dieta y el acceso a los alimentos, así como la presencia de parásitos. Sin embargo, para el continente americano previo al siglo XVI la perspectiva genética no aplica.

Lo anterior se debe a que en esta se contempla a las anemias hereditarias (talasemia y de células falciformes) como parte de procesos adaptativos ante una persistente invasión protozoaria del *Plasmodium* (4 especies de este género parasitan al ser humano y son transmitidas por la hembra del mosquito *Anopheles*, del cual existen más de cien especies) (Charles F. Merbs, 1992; Patty Stuart-Macadam, 1992; Malcolm Smith, 1993 Anthony Polednak, 1987, en Cornero y Puche, 2007, p. 84). De acuerdo con Charles Merbs (1982) el *falciparium* (malaria) no estuvo presente en el continente americano sino hasta aproximadamente el año 1542, cuando arribaron en las embarcaciones que transportaban a la población ibérica y africana⁸⁰.

Así las cosas, los modelos que aplican en el continente americano son el dietético y el relacionado con el parasitismo. El primero sostiene que la anemia se pudo dar debido a una dieta con bajas cantidades de hierro o que incluyeron algunos procedimientos de preparación o alimentos que interfieren en la absorción de este (la eficiencia de absorción del hierro dietario depende de su estado en los alimentos, por ejemplo, algunos vegetales contienen sustancias que inhiben la absorción (fitatos) o la estimulan (ácidos ascórbico y cítrico) (Cornero y Puche, 2007, pp. 84-85). Los cereales, especialmente el maíz, poseen además de un bajo contenido en hierro, fibras y sustancias que interfieren en la absorción de éste.

No obstante, Philip Walker (1986) indica que el modelo dietético basado principalmente en el consumo de maíz no puede causar las lesiones poróticas, ya que esta condición no se basa solo en la deficiencia de hierro y proteínas. La pérdida de nutrientes puede estar asociada a diarreas crónicas producto de la contaminación de agua y exposición a parásitos, entre ellos los transmitidos por los recursos marinos (en Raúl Alejandro López, 2016, p. 35). De igual manera, las prácticas culturales relacionadas con la ingesta de alimentos específicos, la forma de consumo (crudo o cocinados, etc.), la diferenciación sexual y etaria del consumo de alimentos, entre otros factores, pudieron inferir en la presencia de dichas lesiones craneales.

⁸⁰Según Charles Merbs (1992), las hemoglobinas polimórficas como talasemia, HbS, HbC, HbD, HbE y G6PD, se encuentran en África, Asia y Europa, donde *falciparium malaria* está o estuvo antiguamente presente (Silvia Elena Cornero y Rodolfo Puche, 2007, p. 84).

Para la evidencia recuperada en el monumento arqueológico Vidor, se contemplaron tanto los modelos dietéticos como parasitarios, Ricardo Vázquez y David Weaver señalaron para el primero, las deficiencias por prácticas culturales difundidas en pueblos agricultores tales como:

...haber dirigido las anemias hacia edades específicas, exacerbando los problemas nutricionales de los individuos jóvenes. Primero, los agricultores tienden a destetar a sus niños antes que los cazadores recolectores. Segundo, cuando los niños están destetados suelen aceptar atoles y potages (Aberle y otros, 1932; Stone, 1948; González 1972) que son pobres en grasas de todo tipo (principalmente grasas de animales), pobres en minerales y vitaminas, y ricos en calcio y en fitatos. La carne no se ofrece intencionalmente a los niños, porque ocasiona diarreas y es difícil de masticar y tragar. Este tipo de dieta posterior al destete puede fomentar anemias, las cuales serían evidenciadas por lesiones en los huesos. Tercero, los moluscos llegan a los niños pequeños con frecuencia en forma de sopas, las cuales serán ricas en calcio y fósforo, pero contendrán pocas de las raras grasas y vitaminas presentes en los moluscos crudos (Parmalee y Klippel, 1974). Así, los niños tendrán muchas más desventajas que las personas adultas en un régimen dietario dependiente del maíz y algunos productos marinos (Ricardo Vázquez y David Weaver, 1980, pp. 102-103).⁸¹

Por su parte, el modelo parasitario propone que la deficiencia de hierro pudo darse por infecciones causadas por dichos organismos. Por ejemplo, la parasitosis intestinal tiene una amplia distribución sobre todo en lugares subtropicales. Ésta provoca la pérdida de sangre, que a su vez incide en la capacidad o no del cuerpo de resistir a otras infecciones. La parasitosis por *Ancylostoma duodenale*, *Giardia lamblia* o *Necator americanus* producen anemia, aun cuando la ingesta de hierro sea adecuada (Peter Hotez y David Pritchard, 1995). Es conocido que las personas neonatas e infantes son más sensibles a estos problemas que los y las adultas (Silvia Cornero y Rodolfo Puche, 2007, p. 85).

El modelo parasitario se basa en la suposición en el bajo consumo de hierro encontrado en la dieta, el destete, las enfermedades infecciosas, y la helmintiasis intestinal actúan de forma sinérgica para producir anemia y derivar una explicación en la ocurrencia de la HP (Thomas Holland y Michael O'Brien 1997, p.186). Patricia Stuart-Macadam (1982) sostiene que la HP

⁸¹ En zonas tanto de la Gran Nicoya, como de la región arqueológica Central este déficit de grasas en infantes más grandes podría ser suplida mediante alimentos como los pejibayes (*Bactris gasipaes* Kunth), el aguacate (*Persea americana*) entre otros, sus semillas se han documentado en contextos arqueológicos domésticos.

[hiperostosis porótica] podría ser causada por la secuestación del hierro durante la infección, esta misma autora hace un nexo entre el consumo del maíz y esta patología con la finalidad de apoyar su argumento, sin embargo, este modelo aún sigue estando en debate (Raúl Alejandro López, 2016, p. 53).

No obstante, estas no son las únicas causantes de las lesiones supracitadas. En 1972 Frank Saul logró diferenciar entre las lesiones producidas por anemias y escorbuto⁸² en la colección de Altar de Sacrificios en Guatemala (en Raúl Alejandro López, 2016). Las manifestaciones de hiperostosis porótica por escorbuto permite registrar otro tipo de lesiones provocadas por esta enfermedad, entre ellas la pérdida *antemortem* de dientes y reacciones periostales en huesos largos (Raúl Alejandro López, 2016, pp. 32, 41).

Los estudios atribuyen una etiología a la hiperostosis porótica al origen anémico, escorbútico, por raquitismo⁸³, osteomielitis, afectaciones hemorrágicas, inflamatorias y meningitis. Algunas porosidades en la lámina externa pueden ser provocadas por procesos hemorrágicos-traumáticos y hemorrágicos-inflamatorios (Michael Schultz, 1993, 2001, 2003; Ulrike Wapler y Michael Schultz 1996; Ulrike Wapler, Erick Crubézy y Michael Schultz, 2004, en Raúl Alejandro López, 2016, pp. 33, 41).

En la muestra contemplada se presenta un gran contraste en la cantidad de personas inhumadas en la Gran Nicoya N: 73 y la región arqueológica Central N: 10 que evidenciaron hiperostosis porótica, así como criba orbitaria N: 39 en la primera región y N: 2 en la segunda. Esta discrepancia se puede deber a factores previamente señalados, relacionados con las múltiples causas que generan la lesión. No obstante, también hay que tratar con cautela la frecuencia en la que se presentan, ya que

⁸² El escorbuto es una consecuencia de la ausencia o deficiencia en la absorción de la vitamina C. Los humanos y algunos mamíferos son incapaces de sintetizar el ácido ascórbico por lo que su obtención depende exclusivamente de la dieta (Olivier Fain 2005, Tony Waldron 2009, en Raúl Alejandro López, pp. 44-45), esto produce vasos sanguíneos débiles y osteones deficientes que provocan hemorragias internas, con síntomas como resequead en la piel, hemorrágicas subcutáneas en extremidades, encías inflamadas y púrpuras, y en etapas más avanzadas, cambios musculoesqueléticos (*Ibid.*, p. 54).

⁸³ Una enfermedad sistémica que en la infancia afecta al esqueleto, sin que con ello cause altos índices de mortalidad. Se produce por deficiencia de la vitamina D, así como por problemas genéticos en la absorción y retención de minerales. La ausencia de vitamina D impide la mineralización de la proteína ósea (osteóide). La ausencia de esta vitamina es poco común en poblaciones con niveles nutricionales adecuados (*Ibid.*, p. 47).

también está condicionada a la diferencia en que se da la conservación de los restos óseos entre una región arqueológica y la otra, así como a la representatividad en la muestra excavada y analizada para cada sitio.

En este caso particular, es posible que también incidieran factores ambientales en la cantidad y disponibilidad de agua, así como la fertilidad de los suelos, posibilidad de prácticas agrícolas, acceso a proteínas, entre otros factores, que pueden determinar si existió o no seguridad alimentaria. Es conocido, en términos generales, que es más favorable para la producción los ambientes tropicales húmedos, que el bosque seco con un menor régimen de lluvias y con ello disponibilidad de agua.

Igual nivel de importancia hay que dar a la comprensión de las prácticas culturales de ingesta de alimentos y las distinciones que se pudieron dar según rango o estatus social, por edad, sexo y las decisiones alimenticias en épocas de escases de recursos (entre ellas prohibiciones de clanes a consumir determinado tipo de alimentos). Así como a la presencia de agentes parasitarios, infecciones y hemorragias, estas últimas, como se mencionó previamente, también se pueden deber a múltiples aspectos, entre los que se destaca para esta época en concentración de mayor cantidad de personas en aldeas o poblados principales, el ejercicio de la dominación de unas poblaciones sobre otras y el control de las rutas de comercio, entre otros factores.

Artritis, osteoartritis y osteofitosis vertebral

La artritis es un término general que se utiliza cuando las articulaciones son el foco principal de la enfermedad reumática, sin embargo, incluye diversas patologías. En los estudios con huesos, un caso de artritis puede diagnosticarse como: 1. Osteoartritis (enfermedad degenerativa de las articulaciones); 2. Osteofitosis vertebral; 3. Artritis traumática; 4. Artritis reumatoide; 5. Espondilitis; 6. Artritis infecciosa y 7. Gota. (Ted Steinbock, 1976, p. 277).

La artritis (osteoartritis y osteoartritis vertebral) se identifica generalmente por la presencia de acumulación de osteofitos (proliferación anormal del tejido cercano a una inflamación) a lo largo del margen de las vértebras (Douglas Ubelaker,

1978, p. 78). Esta se observa como un ligero reborde alrededor de la cabeza, por ejemplo, de los húmeros. Entre las lesiones óseas evidenciadas en las tablas 12 y 13 se mencionan la artritis, osteoartritis y la osteofitosis vertebral. Siendo la artritis identificada en N: 5 personas de la Gran Nicoya y N: 15 en la región arqueológica Central.

La artritis degenerativa se presenta cuando el tejido óseo intenta reparar el daño en las coyunturas. Entre los factores que contribuyen en los cambios degenerativos de los cartílagos articulares se encuentran: la pérdida de vascularidad (irrigación) en esas áreas, así como la incapacidad biológica de los huesos para repararse por sí mismos (Ted Steinbock, 1976, p. 278).

La osteoartritis es una enfermedad degenerativa de las articulaciones, artrosis, artritis deformantes, siendo la forma más común de la artritis. Después de los 50 años, son visibles los cambios óseos en poblaciones modernas, por lo que se asocia a una enfermedad de adultos mayores y suele ser más frecuente en hombres. Constituye un trastorno de las articulaciones diartrodiales que se caracteriza por el deterioro y abrasión del cartílago articular y la formación del hueso nuevo sobre las superficies articulares. Se puede producir debido a la edad por la disminución simultánea de la vascularización ósea y la capacidad del hueso por repararse a sí mismo, por traumatismos menores repetidos o desgaste en el cartílago articular y también puede estar condicionado por factores genéticos (Ted Steinbock, 1976, p. 279).

Por su parte, la osteofitosis vertebral, espondilosis deformante o hipertrofia espondilitis, es una enfermedad degenerativa de las articulaciones de la columna. Implica 2 sistemas articulares intervertebrales separados. Las articulaciones intervertebrales son cartilaginosas sin membrana sinovial, por eso se definen como una entidad separada: osteofitosis vertebral. Esta osteofitosis vertebral no es diferente de la osteoartritis, está presente en casi todas las personas mayores de 60 años, con mayor incidencia en hombres. Esta puede afectar cualquier parte de la columna (*Ibid.*, p. 287). Se observan como cambios hipertróficos en los bordes de los cuerpos vertebrales.

El clima también es un factor que incide en el desarrollo de la artritis degenerativa. Se ha aceptado que el clima frío y húmedo ayuda a propiciar el problema, mientras que el caliente tiene el efecto contrario (James Miles, 1975, p. 15).

Infecciones indeterminadas

Las enfermedades infecciosas han sido de las principales causas de morbilidad en las poblaciones, pero no siempre dejan huellas en los huesos. En el caso de las infecciones agudas, generan respuesta fisiológica antes de que el hueso se vea afectado, de lo contrario la persona muere, mientras que las infecciones crónicas persistentes no son letales, pero pueden dejar huellas en los huesos (Alan Goodman y Debra Martin, 2002, en Juliana Gómez, 2011, p. 203).

Las infecciones fueron menos frecuentes en poblaciones de cazadores recolectores que en las agricultoras, se presenta más en regiones ecuatoriales y zonas con mayores índices de parasitosis y problemas intestinales, teniendo más prevalencia en zonas bajas y costeras. Es importante resaltar como lo han hecho Clark Larsen (1995) y Juliana Gómez (2011), que el aumento de las enfermedades infecciosas específicas en poblaciones agrícolas, no responden al cambio de dieta, sino al incremento del sedentarismo, al crecimiento poblacional, el estrés ambiental y aspectos culturales como la forma de procesamiento de los alimentos y las prácticas de higiene, por mencionar algunas.

En el caso de la respuesta ósea inespecífica (periostitis), ésta se relaciona con las infecciones crónicas bacterianas. Está asociada a diferencias en el contacto de bacterias y el nivel de resistencia a éstas. Las enfermedades infecciosas por *Staphylococcus*, *Streptococcus*, tuberculosos y treponemosis tienden a presentar reacciones periósticas generalizadas, destructivas y usualmente afectan múltiples huesos; son responsables de múltiples casos de periostitis en los registros óseos (Arthur Aufderheide y Conrado Rodríguez-Martin, 2021; Hugo Sotomayor, 2007, p. 41).

También ha sido posible identificar algunos procesos infecciosos. Estos se pueden presentar por fracturas o quebraduras expuestas, otras son reacciones

subperiólicas (o de las membranas adherida a los huesos), otras corresponden a enfermedades bacterianas crónicas. En algunas ocasiones los huesos evidencian traumatismos como fracturas parciales y fracturas completas que afectaron su contorno (Ted Steinbock, 1976; Hugo Sotomayor, 2007, Silvia Cornero y Rodolfo Puche, 2007, pp. 87-88).

La osteomielitis es una infección de larga data en el hueso o la médula ósea. De acuerdo con Ted Steinbock (1976, p. 60) corresponde a una infección del hueso por varios tipos de microorganismos, y generalmente se refiere a una inflamación de la cavidad de la médula, pero también puede incluir inflamación del periostio (periostitis) e inflamación del hueso (osteítis). Los patógenos a menudo alcanzan el hueso a través de la sangre (osteomielitis hematógena), o el hueso puede infectarse por a través de un trauma grave como una fractura compuesta o quemadura. Estas infecciones óseas primarias no pueden orientar focos secundarios por diseminación hematógena a otros huesos (Ted Steinbock, 1976 pp. 61-78; Ellen Hardy, 1992 p. 170).

La osteomielitis es un término para referirse a una infección en el hueso ocasionada por varios tipos de microorganismos. Es una inflamación de la cavidad estrecha pero también incluye periostitis (inflamación del periostio) y osteítis (inflamación del hueso) (Ted Steinbock (1976, pp. 60, 216-217). Muchas de las infecciones localizadas comúnmente en las metáfisis o diáfisis de los huesos largos o en áreas coyunturales del esqueleto (*Ibid.*, p. 63), son evidencias de fases secundarias de este tipo de infección, formados de manera indirecta al propagarse los microorganismos desde un foco primario por vía sanguínea (osteomielitis hematógena). Bajo condiciones normales, el foco primario de una osteomielitis piogénica o supurativa sobreviene a causa de la exposición del hueso al ambiente, a través de un trauma severo (fractura, penetración, quemadura, etc.). En casos granulomatosos el foco de infección puede ser un forúnculo, una lesión en la piel o un absceso subcutáneo (*Ibid.*; p. 217).

Así las cosas, la osteomielitis evidencia hoyos o cloacas de supuración o drenaje de pus producto de la infección en los huesos. Este grado de infección puede ocasionar serios trastornos, inclusive llegar en estados críticos a causar la muerte, por afectar de órganos vitales. En esto se diferencia de la periostitis que casi nunca

resulta fatal, aunque en muchos casos suele volverse crónico (Clark Larsen, 1997, Silvia Cornero y Rodolfo Puche, 2007, pp. 87-88).

En la muestra de la Gran Nicoya se evidenció N: 45 personas con periostitis, N: 27 con periostitis-osteomielitis (se respetó las agrupaciones y denominaciones dadas por diversos investigadores), N: 3 con osteomielitis y N: 1 con una infección en la clavícula. En tanto para la región arqueológica Central, se presentaron N: 13 personas con periostitis y N: 4 con osteomielitis.

Infección por *Treponema*, sífilis, bejel y yaws

En el caso particular de las infecciones treponémicas humanas, es importante señalar que la treponematosi son un conjunto de enfermedades infecciosas endémicas producidas por una bacteria. Actualmente se conocen 4 formas clínicas: la sífilis adquirida o venérea y sífilis congénita producidas por el *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*; Bejel o sífilis endémica, típica de regiones áridas, secas y calientes como el este del Mediterráneo y el oeste de África, producida por el *T. pallidum* subsp. *endemicum*; *Yaws*, que prevalece en climas lluviosos y húmedos, producido por *T. pallidum* subsp. *pertenue*; y (4) Pinta, que es endémica de áreas tropicales de América que produce apenas lesiones cutáneas inidentificable desde el punto de vista paleopatológico, pues no produce lesiones óseas, ésta es producida por el *T. pallidum* subsp. *careteum* (en José Filippini, Luis Pezo-Lanfranco y Sabine Eggers, 2019, p. 404).

Solo la sífilis se transmite por vía venérea, mientras las otras lo hacen por vía cutánea, por contagio con personas infectadas o con objetos contaminados. En Norteamérica la treponematosi está bien documentada al menos desde 3000 años a. C. (Mary Powell y Della Collins Cook, 2005) y la sífilis adquirida alrededor de 500 a. C. (*Ibidem*). En Mesoamérica, se ha reportado *yaws* y sífilis entre 300 a. C. y 700 d. C. (Josefina Mansilla y Carmen María Pijoan, 2000; Bruce Rothschild, 2005). En los Andes Centrales se ha reportado *yaws* alrededor de 500 a. C. (Luis Pezzo y Sabine Eggers, 2013) y en los Andes del sur, para la cultura arcaica costera Chinchorro y otras poblaciones de agricultores del norte de Chile, con dataciones entre 3000 a.C. y 1200 años d. C. (Vivien Standen, Marvin Allison y Bernardo Arriaza, 1984; Vivien

Standen y Bernardo Arriaza 2000). En los Andes septentrionales, las treponematosi han sido detectadas desde 3 000 a. C. hasta el siglo XVI. En Brasil está presente desde hace aproximadamente 4500 a. C. (Sayra Aldana, 2005; Javier Burgos, Gonzalo Correal y Carmelo Arregocés, 1994; José Rodríguez, 1998 a.; Bruce Rothschild y Christine Rothschild 1995; Clark Larsen 2015, en José Filippini, Luis Pezo-Lanfranco y Sabine Eggers, 2019). Fuera de estos lugares, los datos son aún escasos (Mercedes Okumura y Sabine Eggers, 2005, en José Filipini, Luis Pezo-Lanfranco y Sabine Eggers, 2019, p. 405).

La sífilis se reporta en restos del Valle del Cauca, e igualmente en casos procedentes de Palmira, Valle del Cauca y Sabanalarga, Atlántico (José Rodríguez, Carlos Rodríguez y Fernando Bernal, 1998). En el sitio El Salado, en el municipio de Salamina (departamento del Magdalena), ha sido fechado entre los siglos VII a VIII d. C. (José Rodríguez, 2002, p. 214, en Gonzalo Correal, 2005, p. 16).

Para la Costa Rica del 800 y 1560 d.C. se ha identificado huesos con posibles evidencias de *Treponema* o sífilis en la Gran Nicoya en N: 2 personas y N: 1 en la región arqueológica Central. Sin constar aún en informes arqueológicos también se reporta en el sitio Palo Blanco ubicado en el Parque Nacional Palo Verde, en la colección osteológica excavada y custodiada por la Universidad de Costa Rica. Es posible que los restos óseos de algunas de las personas que tuviesen esta enfermedad hayan sido clasificados dentro de categorías como la osteomielitis. Por ejemplo, Ellen Hardy (1992, pp. 390-391) observó que un hombre entre 18 y 20 años del monumento arqueológico Nacascolo presentaba ambos fémures arqueados e hinchados, la inflamación se localiza en la diáfisis, y evidenciaban una osteomielitis severa, posiblemente resultado de una infección ocasionada por *treponema-sífilis*, semejante a la patología del enterramiento 72.

Es posible que los distintos tipos de *treponema* no significaran una enfermedad significativa entre las poblaciones americanas ya que al ocupar el continente americano pudieron arribar portándola, por lo que poco a poco fueron adquiriendo una mayor capacidad física para contrarrestarla. Este mismo fenómeno es reportado para el continente europeo y asiático posterior al proceso de conquista y colonia, siendo el impacto más de índole o connotación social.

Como señala William McNeil, la treponema no causó una devastación demográfica, algunas personas de las casas reales la tuvieron (los Valois en Francia 1559-1589 y la turca otomana a partir de 1566), entre otros aristocráticos. Lo mismo sucedió entre las personas del estamento basal de dichas sociedades, quienes a pesar de no estar físicamente preparados para contrarrestar a la sífilis (adaptación al patógeno) se beneficiaron cuando las cepas más benignas de espiroqueta desplazaron a las que mataban al huésped con más rapidez. Además, dado el aumento poblacional que se dio durante el siglo XVI, la enfermedad no ocasionó grandes bajas demográficas (1984, p. 221). Sin embargo, sí fue socialmente reconocido por el tipo de afectación física que se daba en las personas, principalmente en el rostro y con las “bubas”.

Traumas

Por otra parte, en algunas ocasiones los huesos evidencian traumatismos. Las lesiones traumáticas pueden clasificarse en fracturas, aplastamientos, heridas óseas causadas por instrumentos punzo cortantes y dislocaciones (Ted Steinbock, 1976, p. 17), así como golpes e impactos varios. Estos traumatismos se reconocen por el tipo de huella que dejan en el tejido óseo, ya que se modifica el contorno de este.

El estudio de patologías de origen traumático ha permitido una aproximación al estilo de vida, comportamiento, estrategias de subsistencia, ocupación, violencia interpersonal, diferenciación sexual del trabajo, condiciones de salud y tratamiento terapéutico de las poblaciones humanas antiguas, así como las condiciones vinculadas al grado de hostilidad ambiental y a la relación con el medio (Charlotte Roberts y Keith Manchester, 1995; Charles Merbs, 1989; Ted Steinbock, 1976; Clark Larsen, 1987 y 1997; en Silvia Cornero y Rodolfo Puche, 2007, p. 89).

De igual manera, se pueden presentar debilitamiento del hueso por cualquier tipo de trastorno metabólico, infeccioso o neoplásico que lo vulnerabiliza a las fracturas. Estas fracturas en particular se denominan patológicas y pueden ser inducidas por tensiones muy leves en los huesos debilitados. La infección del hueso expuesto con frecuencia ocurre produciendo osteomielitis piógena. Las fracturas simples rara vez se infectan. Por lo tanto, en una muestra arqueológica de fractura

ósea complicada por osteomielitis, la misma fue probablemente compuesta (Ted Steinbock, 1976, p. 17).

En el caso de las fracturas, existen muchos tipos y éstos están determinados por la dirección e intensidad de la fuerza que las causa, así como por las propiedades físicas del hueso que afectan. Una completa se presenta cuando los dos extremos que se rompen están completamente separados. Estas pueden ser transversales u oblicuas, depende de si la dirección de la fuerza fue angular o rotatoria. Por su parte, en las fracturas incompletas, los dos extremos del hueso aún están conectados, este tipo suele ocurrir en huesos elásticos de infantes pequeños (conocidas como de “tallo verde”). De igual manera, cuando el hueso está débil, sea a causa de un trastorno metabólico, infeccioso o neoplástico, está más susceptible a una fractura, en este caso se les denomina patológicas y pueden ser inducidas por tensiones muy leves sobre los huesos débiles. Las fracturas conminutas se presentan cuando el hueso se rompe en más de 2 fragmentos. También se puede presentar el astillado donde la reparación es lenta. Cuando los extremos del hueso quedan expuestos a través del músculo y la piel, se suele denominar una fractura abierta o compuesta, en estos casos es frecuente que se produzca la infección del hueso y se dé una osteomielitis piógena. (Ted Steinbock, 1976, pp. 17-18).

Otros traumas señalados por las personas investigadoras en sus análisis son las heridas en los huesos causadas por instrumentos afilados. Entre estos se encuentran, por ejemplo, por flechas y lanzas, éstas suelen inferirse con certeza cuando el proyectil aún se encuentra en el hueso (no parece ser el caso para la reportada en Costa Rica). Sin embargo, las heridas por flechas se encuentran con mayor frecuencia en los huesos más cercanos a la superficie de la piel como vértebras, costillas y el cráneo (*Ibid.*, p. 24).

Se debe recordar que el patrón de cicatrización de fracturas de aparición súbita puede relacionarse en contextos arqueológicos con actividades cotidianas, los conflictos bélicos y la violencia interpersonal. En tanto como se verá más adelante, la osteoartritis indica el grado de las actividades cotidianas de gran esfuerzo, con efectos acumulativos a través de la edad y la calidad de vida. Esta afectación muestra

diferencias según los oficios desarrollados por ambos sexos (Hugo Sotomayor, 2007, p. 41).

Así, los cortes corresponden a otra modalidad de trauma. Éstos se pueden presentar por accidentes, en conflictos bélicos, en prácticas rituales, entre otros, tanto cuando la persona se encuentra con vida, así como después de fallecida. Por ejemplo, para el monumento arqueológico Vidor, Ricardo Vázquez y David Weaver (1980) resaltaron que en los restos óseos de una adolescente femenina (72) que se encontraba en posición extendida y decúbito supino, con las manos en el abdomen evidenció una cortadura de 1.1 cm y 1 mm de ancho en el lado anterior de la tibia izquierda, causada posiblemente por una hoja de obsidiana al momento de cortar las ataduras que sostenían las piernas juntas durante el acarreo del cadáver (pp. 97-98).

Sin embargo, para el caso de la muestra en cuestión, este tipo de evidencia se presentó de manera muy reducida, N: 11 fracturas o traumas y N: 1 corte en la Gran Nicoya y N: 6 fracturas o traumas, N: 1 impacto por punta de proyectil y N: 4 posibles cortes y 1 trauma en los restos óseos de las personas analizadas procedentes de la región arqueológica Central.

Problemas endocrinos

En Vidor, Vázquez y Weaver (s.f.) identificaron un infante de cerca de 2 años que probablemente murió por una mala distribución del calcio, debido a problemas endocrinos. Como señala el médico Alex Jiménez (2021), el sistema endocrino, es responsable de regular el cuerpo mediante la liberación de hormonas que son secretadas por las glándulas⁸⁴, y viajan a través del torrente sanguíneo a varios órganos y tejidos, controlando algunas de las funciones corporales (metabolismo, el crecimiento y el desarrollo del cuerpo, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal, el apetito y los ciclos de sueño y vigilia).

En ocasiones, los problemas endocrinos pueden manifestarse con osteoporosis. Este proceso patológico es inespecífico, que se identifica por la formación insuficiente de matriz ósea. En circunstancias relacionadas con

⁸⁴ Hipotálamo, pituitaria, pineal, tiroides, paratiroides, timo, suprarrenal, así como el páncreas.

problemas endocrinos, su causa se *puede derivar de insuficiencia de estrógenos necesarios para una actividad osteoblástica normal (Osteoporosis menopáusica)* [así como] *de factores como la desnutrición, la inmovilidad, estados similares conatofia generalizada de todos los tejidos o disfunciones de carácter endocrino como el hipertiroidismo* (Gonzalo Correal, 2012, p. 44).

Relacionado con los problemas endocrinos, entre ellos los tiroideos se encuentran otros como la proptosis ocular que es una protrusión del globo ocular hacia adelante, hacia afuera de la órbita (el globo ocupar se ve grande y saltón desplazado hacia adelante). El término proptosis se utiliza cuando son unilaterales debido al aumento del volumen orbitario, también se conoce como exoftalmos: cuando son bilaterales y afectan a ambas órbitas, aunque sea de manera desigual (en tamaño y momento en el que aparece) y es exorbitismo cuando la protrusión ocular se da por una disminución de la capacidad orbitaria, no por aumento del globo ocular, como sucede en las malformaciones cráneo-faciales, como algunas de las representadas en las figurillas como se verá más adelante. Cuando esta característica ocular se presenta al nacer *puede ser causada por una alteración en el proceso de osificación normal de la órbita como ocurre en los síndromes caracterizados por craneosinostosis. En adultos, generalmente se asocia a patologías endocrinológicas, o a fenómenos que aumentan la presión intraorbital como neoplasias, o hemorragias* (Harry Pachajoa y Carlos A. Rodríguez 2017, pp. 32-35).

Acondroplasia

Sobre la acondroplasia James Faulwell, (1970, pp. 6-20) identificó en el sitio Las Marías a una persona muy “atípica” respecto a los demás por su anatomía y tamaño. Presentaba abscesos dentales, *condrodistrofias foetalis* -fetal- (persona pequeña de frente amplia, disposición facial diferente y pequeña, área abdominal pequeña), cálculos, desgaste dental. Sin embargo, en la nota 2 del mismo texto el profesor Thor Lemin discute con James Faulwell, e indica que esta persona tenía 6 años y que murió como resultado de infecciones crónicas por periodos prolongados de inanición. Si bien, se desconoce si la persona era acondroplásica o no, como se verá más adelante, esta condición fue representada en la cultura material antigua para Costa Rica con relativa frecuencia.

Escorbuto

El escorbuto es una enfermedad ocasionada por el déficit de ácido ascórbico (vitamina C 1). Tras 6 semanas de carecer de este ácido, las personas se tornan débiles, pero tras un mes, se presentan petequias (pequeñas hemorragias bajo la piel) y manchas en la piel, que se ubican sobre todo de la cintura hacia abajo. Otros síntomas son la presencia de edemas, dolor e hinchazón de articulaciones, hemorragias subperiósticas y fracturas patológicas. La piel se seca y adquiere una apariencia “acartonada”, la persona también puede tener las encías hinchadas y con sangrado al contacto, así como halitosis, “aliento de muerto” (por cambios en la flora bucal) (Milton Rizzi, 2010, pp. 52-53).

A los 4 a 5 meses de iniciada la supresión del ácido ascórbico comienza los síntomas y signos terminales: disnea, hipotermia, epistaxis, hemorragias internas y la muerte. El organismo humano carece de la capacidad de sintetizar el ácido ascórbico, dado que no posee la enzima L-gulonolactona oxidasa. El ácido ascórbico es indispensable para la generación y la reparación del colágeno. Este es sustrato indispensable de todos los tejidos orgánicos y su alteración explica las lesiones cutáneas, la dilatación cardíaca y las hemorragias viscerales que son habituales hallazgos necrópsicos en estos desafortunados pacientes (*Ibid.*, p. 53).

En los restos osteológicos, se observa que la disminución del colágeno reduce la formación de osteoide o la matriz orgánica del tejido óseo por lo que se debilita este último. Esta suele afectar más a infantes que presentan una gran actividad osteogénica, principalmente en la metafisis de los huesos largos. El daño disminuye con la edad, ya que las personas adultas cuentan con reservas del ácido ascórbico, por lo que esta deficiencia tarda más en comprometer el tejido óseo. En adultos se puede ver en señales como fracturas transversales en las articulaciones costales, en la disminución del hueso cortical y formación periosteal en el cráneo y huesos largos, así como con la periodontitis. Suele asociarse a estresores culturales como guerras, viajes largos, hambrunas y dietas carentes de vitamina C⁸⁵ (Marcos Plischuk, 2012 pp. 89-90), asimismo, a poblaciones navegantes que pasan mucho tiempo en el mar.

⁸⁵ La vitamina C está presente además de los cítricos, en vegetales verdes sin cocinar, en las papas cocidas, tomates, chiles entre otros productos que estaban presentes en el continente americano.

En la muestra osteológica se presentan N: 2 personas en la Gran Nicoya y N: 4 en la región arqueológica Central que presentan fémures torcidos, es posible que en algunos de ellos sea como consecuencia del escorbuto (ver Anexo 3).

Prácticas culturales que pueden modificar la forma de los huesos

Tuberosidad bicipital marcada

En las investigaciones se ha podido identificar cambios en los huesos ocasionados por un mayor uso, por ejemplo, en los brazos, se puede identificar un mayor desarrollo muscular mediante la inserción de los músculos como en el caso del bíceps braquial en el hueso, esto podría relacionarse con prácticas u oficios que requirieran ese esfuerzo mayor.

Ese desarrollo muscular evidenciado en la inserción en el hueso fue observado en N: 3 personas de la Gran Nicoya y en N: 1 de la región arqueológica Central, aunque posiblemente esté presente en más personas y este indicador no se buscase en algunos de los análisis realizados.

Exostosis del canal auditivo externo

Otro ejemplo es la exostosis del canal auditivo externo. Ésta consiste en el crecimiento extra de hueso en el interior del canal auditivo (Vivien Standen, Alison, Marvin y Calogero Santorio, 1997). Según la literatura esta alteración se suele desarrollar en la adolescencia tardía y aumenta de tamaño en la edad adulta (David Frayer, 1988). Tal modificación ósea se ha vinculado a actividades físicas repetitivas de sumergirse en el agua (por lo que está relacionado con prácticas culturales en ambientes específicamente de agua fría, temperatura atmosférica y el viento) (Juliana Gómez, 2011, p. 206). En los sitios arqueológicos costarricenses, está asociado a práctica del nado y buceo posiblemente para la extracción de recursos marinos como fauna invertebrada y perlas.

La exostosis del canal auditivo fue reconocida en N: 12 personas presentes en monumentos del Sur de la Gran Nicoya y en N: 3 de la región arqueológica Central (Intermontano Central).

Modificaciones craneales

Las modificaciones craneanas encontradas en restos y representaciones artísticas del cuerpo humano en el continente americano han sido las tabulares erectas, las fronto-occipitales, anulares, trigonocefálicas y cónicas (Hugo Sotomayor, 2007, p. 147).

Vera Tiesler 2005 señala que las modificaciones craneales o craneanas (también conocidas en la literatura como deformaciones craneanas o cefálicas) son prácticas culturales que involucran *procedimientos cuidadosamente establecidos que no estaban exentos de dolor o riesgo para la salud* (p. 635).

Dichas prácticas se realizaron principalmente durante los primeros 2 años de vida y podría señalar afiliación familiar. Aunque algunos autores han indicado que las modificaciones encefálicas pudieron responder a distinciones de género o simbolización de nobleza, la autora señala que la evidencia analizada, no permite asociar dichas modificaciones con las variables de sexo y estatus (pp. 636-637). Esta práctica fue generalizada entre las personas mayas de los periodos Clásico y Posclásico⁸⁶, aunque se remonta a principios del Preclásico medio (*Ibid.*, 2005, pp. 636-638).

Para la modificación de la forma de las cabezas los mayas utilizaron cunas, aparatos cefálicos e instrumentos relacionados; algunas veces estas técnicas se combinaron con bandas de compresión y, posiblemente, masajes (Ibid., p. 637), aunque en épocas cercanas al proceso de conquista española, solamente se realizaba con cunas como medio de compresión, aspecto que documentaron los ibéricos. Dicha autora pudo identificar variedades de modificación en el periodo clásico, por ejemplo, en el Bajo Usumacinta con variedades oblicuas, así como formas erectas en las tierras altas (Vera Tiesler, 2005, p. 638).

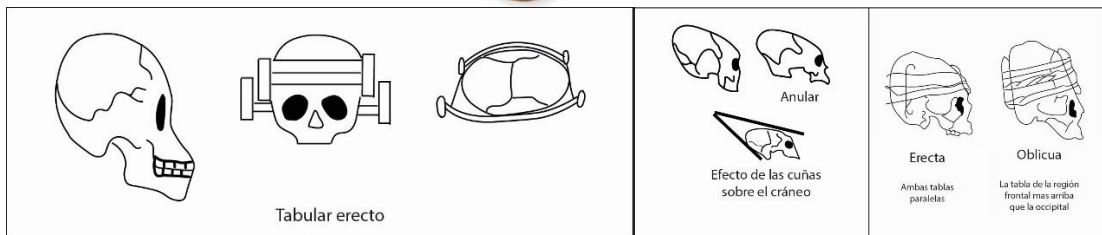
Las modificaciones craneales se presentaron en diversas culturas antiguas presentes en el continente americano inclusive previo a su uso en mesoamérica (ver Figura 19). Por ejemplo, se cuenta con representaciones artefactuales con

⁸⁶ El Periodo Clásico Temprano inicia aproximadamente en el 250 d. C. y el Clásico Tardío finaliza cerca del 900 d. C. El posclásico se ubica entre el 900 y el 1200 d. C.

representaciones de modificaciones tabulares erectas y fronto-occipitales, anulares, trigonocefálicas y cónicas en la cerámica asociada a la cultura Tumaco-La Tolita (aprox. 700 a. C. -350 d. C.) en Colombia-Ecuador, siendo la representación más frecuente la fronto-occipital (Hugo Sotomayor, 2007, p. 147).

Figura 19

Idealización con los diversos tipos de modificación craneal presentes en el continente americano



Idealización de las diversas técnicas reportadas para la modificación craneal en América Dibujos: Omar Mena, 2021 y Erick Rojas, 2024.

De igual manera, en el norte de la Patagonia, específicamente en Neuquén, Nicolás Wigggenhauser identificó variaciones en las modificaciones artificiales del cráneo en tiempo y espacio durante el Holoceno medio y tardío. *Las modificaciones anteroposteriores presentan los fechados más tempranos, alcanzando los ca. 4.500-3.500 años AP para el área neuquina y los ca. 3.000-2.500 años AP para el valle inferior del río Negro.* Asimismo, analizó información más tardía. Con este

estudio sugirió una práctica compartida, aunque en continuo cambio por más de 4500 años (2016, p. 137).

En todos los casos, los tipos de modificaciones dependían de la parte de la cabeza que se presionaba, así como la intensidad con la que se ejercía esta presión. No obstante, no toda variedad en la forma de los cráneos responde a modificaciones culturales. Existen condiciones en las cuales se presentan cierres atípicos de las suturas de los cráneos, como sucede con la craneosinostosis, así como síndromes como el de *Crouzon Apert* o *Carpenter* (Laura Celia Rojas, 2013) de los cuales se hará referencia más adelante en el presente documento. La modificación craneal fue evidenciada en N: 1 persona de la región arqueológica Gran Nicoya.

Modificación dental

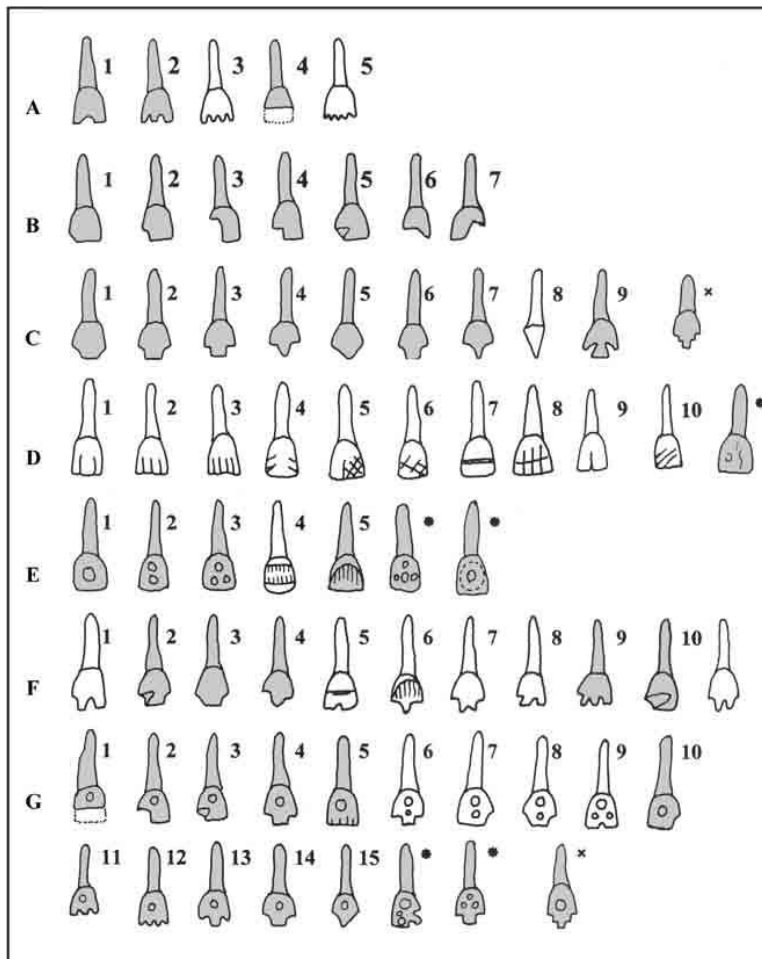
El estudio de las modificaciones dentales en Mesoamérica en poblaciones mayas ha evidenciado que eran personas adolescentes y adultas⁸⁷ quienes modificaban las formas de sus dientes por medio del limado sobre todo de los bordes de los incisivos, para el periodo Clásico. Esta práctica se conoce desde el Preclásico y se extiende y diversifica hasta principios del Posclásico (Vera Tiesler, 2005, p. 638). En arqueología se cuenta con un sistema de clasificación que utiliza como base los criterios de ubicación y extensión de las modificaciones (*Ibid.*, p. 190), como se observa en la figura 20

Para la realización de las modificaciones probablemente se usaron piedras abrasivas para limar y reducir el diente (como señaló Fray Diego de Landa). Esta abrasión era sistemática con un instrumento lítico filoso o plano, de igual manera, se pudo utilizar cuerdas de cuero o alguna fibra vegetal, sustancias abrasivas como el polvo de cuarzo mezclado con agua, entre otras, que desgastaban la superficie del diente mediante un frotamiento continuo (Tiesler, 2011, pp. 189-190).

⁸⁷ Según la autora, las características propias del crecimiento y maduración dental favorecía a que esta práctica se hiciera en personas adultas medias o maduras, más que en infantes mayores o adolescentes, ya que el desarrollo del diente por edad, permitía una mayor penetración en la pieza sin dañar las estructuras internas de los dientes, por lo que dichas modificaciones coinciden con la edad casadera, más allá de los 15 años; aunque existe una excepción reportada por Rosa María Peña (1989, 1992) de un limado en un niño de 5 años procedente de Tamaulipas (Vera Tiesler, 2011, p.188).

Figura 20

Clasificación de modificaciones dentales propuesta por Javier Romero y modificada por Vera Tiesler



* Los asteriscos señalan tipos adicionales reportados y las cruces identifican tipos recientemente encontrados en área maya. Aparecen en gris todos los tipos documentados en área maya Fuente: Vera Tiesler, 2011, p. 190.

En las tablas 12 y 13 se incluyen la información sobre las prácticas culturales relacionadas con la modificación dental cultural (ver Figura 21). Se identificaron modificaciones de piezas dentales de origen cultural como un orificio o perforación y limadura o modificación dental. El primero puede estar relacionado con el uso de la pieza dental como parte de un colgante (collar, pulsera u otro). Para el caso costarricense, entre el 800 y 1560 d.C. se ha identificado esta práctica cultural en 34 personas procedentes de la región arqueológica Gran Nicoya y de manera aún no documentada, al menos una persona procedente del sitio Palo Blanco también cuenta con modificación dental (Sergio Chávez, comunicación personal 2000).

Figura 21

Fotografía de incisivo con modificaciones dental tipo A 1



Fuente: Cráneo 17, Operación 9, enterramiento 1. Monumento arqueológico La Cananga G 108 LC. Fuente: fotografía propia, colección Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica.

Henry Wallace y Richard Accola (1980) asocian la modificación dental a contextos que datan del periodo Sapoá (800-1200 d. C.). Señalan que un cráneo presentaba dientes afilados, con ranuras simples, denominados como *mutilación dental* tipo A-1 (en la nomenclatura de Javier Romero, 1958), un tipo de modificación conocido para Mesoamérica. Se conoce también en entierros del mismo periodo en La Guinea (John Hoopes, 1980); Doris Stone (1977, p. 86) lo reportó en contextos funerarios asociados al periodo Sapoá en contextos de El Moral de San Blas. En el Intermontano Central Peter Ryder (1978) encontró un incisivo con una limadura A-1 en el fondo de un hueco de huaquero en el cementerio del sitio La Fábrica para la fase Curridabat entre el 500-800 d.C. (Ellen Hardy, 1992, pp. 171-172).

Tanto en el caso de la modificación craneal como dental, la tradición puede responder a una connotación de valoración positiva dándole distinción y belleza (entre otras) a las personas que la practicaban. Esta fue una distinción que socialmente debió tener diversos significados según la población, zona y cultura a la que respondió, pues, como se verá más adelante, las concepciones de estética han cambiado en el tiempo y el espacio, no obstante, las modificaciones corporales de carácter cultural han estado presentes en diversas culturas alrededor del mundo hasta el presente, sólo que no todas dejan su huella en los tejidos óseos.

De esta manera, cada población en las distintas épocas ha codificado distintas experiencias del mundo y construye las relaciones sociales específicas. Toda realidad es representada y apropiada por las distintas personas que conforman el colectivo,

sea un pueblo étnico, un grupo conformado por distintos pueblos, una sociedad, según los sistemas de creencias, valores morales, la historia y origen, el contexto social, económico, etc. del que forma parte y a su vez, dichas codificaciones también están permeadas por las relaciones de dependencia y poder

Como consecuencia de lo anterior, se establecen formas de relaciones diferenciadoras que dotan a las distintas personas de estatus o no, los roles específicos (según etnia, género, edad, entre otras variables establecidas socialmente). Físicamente es posible distinguir a las personas mediante su comportamiento, corporalidad y en este caso la modificación de sus cuerpos, siendo aparentemente la más prolongada en el tiempo, la relacionada con las modificaciones en la forma de las cabezas.

La condición de salud de las personas en la época colonial

A partir del siglo XVI se cuenta con otro tipo de evidencia como son algunos textos escritos por quienes participaron del proceso de conquista y colonización, por lo que, aunque hay que leerlos con cautela, son documentos importantes para comprender lo que representó el choque entre las culturas originarias locales, con los foráneos que buscaron dominarlos, en el caso particularmente nos interesa las repercusiones que tuvo este proceso en la salud de las personas.

Como se ha mencionado previamente, en la salud puede incidir tanto las condiciones genéticas, como las ambientales y sobre todo los estilos de vida. Por ejemplo, los lugares donde hay mayor conglomeración de personas son más propensos a que sean espacios donde circulen distintos tipos de patógenos, si además en estos lugares se presentaran condiciones de higiene pobres se incrementan las posibilidades de enfermarse por distintas causas, por lo que las formas de organización social, las características de los asentamientos, entre otras prácticas culturales, también inciden en la salud.

La identificación de patologías, condiciones y/o traumas que permitan hacer inferencias de las condiciones de vida de los antiguos pobladores de este sitio, así como sus posibles causas de muerte son limitadas fundamentalmente por el estado de conservación de restos óseos que en su mayoría presentaron alteración.

La evidencia osteológica a la que se tuvo acceso para la presente investigación procede de 6 sitios arqueológicos: Nicoya G-114 Nc; Colina Santiago A-510 CS, El Calvario C- 139 EC y Catedral Metropolitana SJ- 75 CM. En la presente investigación se reanalizó parte de la colección osteológica del sitio Nicoya presente en el Departamento de Protección al Patrimonio Cultural del Museo Nacional de Costa Rica

Debido a la situación acaecida por la pandemia por SARS-Cov 2, y las restricciones que se presentaron en el año 2020, hubo un atraso significativo en el cronograma de análisis propuesto para la presente investigación. Por esta razón, solamente se pudo analizar los restos óseos del sitio arqueológico Nicoya presentes en el Departamento de Protección al Patrimonio Cultural⁸⁸ entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021. Para el caso de los otros sitios con evidencia colonial, y que contaban con análisis detallados, se tomó en cuenta esta información previa generada por múltiples profesionales en arqueología. Para el sitio Colina Santiago (Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Ronny Jiménez, 2015), el Calvario y Catedral Metropolitana los documentos del Dr. Ricardo Vázquez (Ricardo Vázquez, 2008 y 1995). En relación con los materiales del sitio Nicoya presentes en el Departamento de Antropología e Historia los cuales no pudieron ser analizados por mi persona, se contó con la información generada por las Lic. Carolina Barrientos y Melania Pérez en su trabajo final de graduación, para la temporada del 2015-2016 a cargo del Lic. Fernando Camacho, se utilizó el informe de análisis elaborado por Geissel Vargas (Fernando Camacho y Geissel Vargas, 2016).

⁸⁸ Al inicio de la investigación, se consideraba que todos los materiales del sitio arqueológico Nicoya se encontraban en el Departamento de Protección al Patrimonio Cultural (DPPC) del Museo Nacional, ya que proceden de investigaciones realizadas por un arqueólogo extranjero y otros dos arqueólogos nacionales independientes. Según la normativa nacional se debe entregar los materiales producto de las investigaciones a dicho departamento, al menos que se establezcan convenios de préstamo específicos. No obstante, se desconoce en qué momento, la colección osteológica excavada por John Lawrence quedó separada (inclusive partes de las mismas personas) entre el DPPC y el DAH. Debido a esto, la jefa del DPPC realizó las gestiones para que se trasladara la otra parte de la colección presente en el DAH a su departamento para que el presente análisis. Sin embargo, según informó la jefatura del DAH al no contar este departamento con un protocolo para tales efectos, no fue posible realizar dicho traslado, ni acceder al análisis respectivo de la evidencia en el DAH. Es por esta razón, que la información relacionada con esas personas presentes en el DAH fue tomada de la investigación de licenciatura de las arqueólogas Carolina Barrientos y Melania Pérez (2005), quienes amablemente me la facilitaron.

Datos generales de los monumentos arqueológicos contemplados en la presente investigación

Para la presente investigación se incluyó la información osteológica presente en los pocos contextos coloniales que han sido excavados científicamente en donde se recolectaron restos humanos y se procedió a su contabilidad y/o análisis.

En total se registraron 4 contextos arqueológicos, 3 de ellos corresponden a cementerios y 1 a una tumba de manufactura tradicional autóctona o indígena (tumba de cajón) donde se reportaron varias personas inhumadas (sitio Colina Santiago). De los cementerios, 1 presenta una tradición constructiva indígena, compuesta por tumbas de cajón y fosas y se ubica cronológicamente en la última fase de ocupación antigua y las primeras décadas del contacto o conquista española. De los 3 cementerios restantes, 2 corresponden a cementerios ubicados dentro y en las inmediaciones de iglesias católicas (Nicoya y Catedral Metropolitana) y 1 es un cementerio individual (El Calvario) (ver Figura 22).

Figura 22

Mapa con la ubicación de los monumentos arqueológicos con evidencia osteológica de la época colonial en Costa Rica



El monumento arqueológico Nicoya se ubica en la Iglesia colonial San Blas y sus inmediaciones en el centro de Nicoya. Este lugar es de interés histórico ya que se considera que fue el asiento de la mayor comunidad indígena en la costa noroeste de

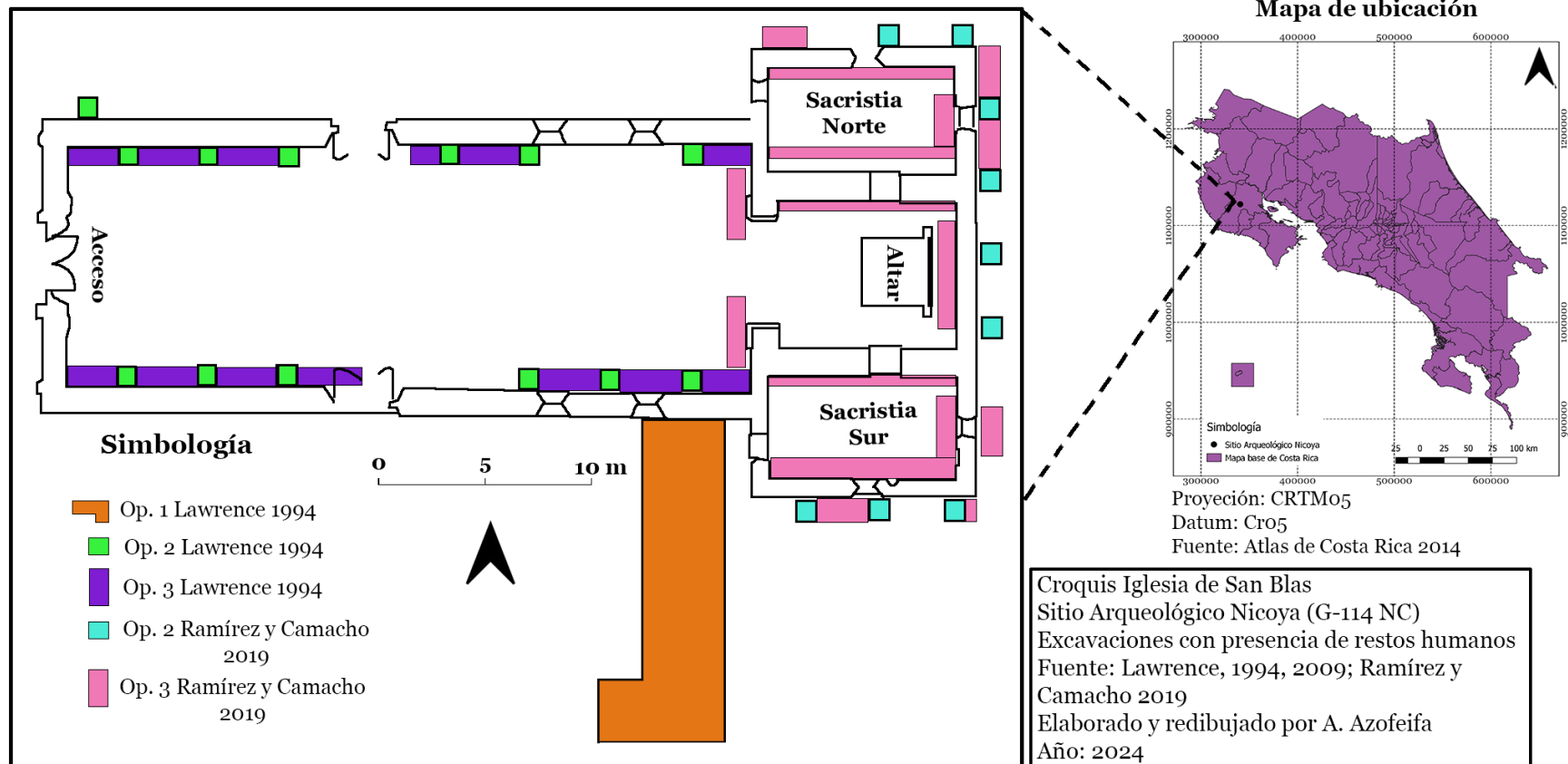
Costa Rica a la llegada de los españoles en el año 1519. Su población fue incorporada rápidamente desde el proceso de conquista y colonia y persistió como pueblo de indios durante casi 300 años (John Lawrence, 2009, p. 65).

Las excavaciones de donde procede la evidencia se hicieron dentro y fuera de la iglesia por parte de los arqueólogos John Lawrence (1989, 1991⁸⁹), Fernando Camacho y Geissel Vargas (2016) y Jorge Ramírez (2019), quienes realizaron excavaciones puntuales como parte de las acciones preventivas requeridas legalmente para poder realizar los procesos de restauración del inmueble en la última década (ver Figura 23).

⁸⁹ Ambas temporadas son las más significativas ya que la mayor parte de la información del sitio se recuperó en ellas.

Figura 23

Planimetría con la ubicación de las distintas operaciones con presencia de restos óseos en el monumento arqueológico Nicoya G 114 Nc



Por su parte, el sitio Colina Santiago, corresponde a un contexto con una tumba de cajón que se encuentra 3 Km al suroeste de la ciudad de San Ramón de Alajuela (Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2013, p. 13). Esta sepultura presentó los cuerpos desarticulados e incompletos de 12 personas. Los fechamientos realizados los ubican en un lapso temporal entre 1450 y 1635 d.C. Además de los restos óseos, cuenta con ofrendas vinculadas al contacto con europeos. Los investigadores proponen que:

El grupo de artefactos de ultramar perfila un encuentro de Contacto ignoto en documentos coloniales, quizá con un líder local entre 1530 y 1560 d.C., cuando los españoles ya operaban en el golfo de Nicoya. Se conjetura la substitución de los restos del personaje de alto estatus con los huesos de las 12 personas, dejando los artefactos europeos. Todo ello como reacción al impacto y las secuencias de la presencia española (Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2015, p. 11).

Las excavaciones realizadas en Colina Santiago se circunscriben dentro de un rescate arqueológico. Su hallazgo fue fortuito, se presentó al nivelar un terreno para la construcción de una casa (Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2015, p. 13).

El monumento Catedral Metropolitana, como lo indica su nombre, se encuentra en los terrenos donde se ubica dicha catedral y sus inmediaciones en el centro de San José (Avenida Segunda, Calle Central). El inicio de su construcción data del año 1776 cuando se concluye la edificación de una ermita de adobe y teja para trasladar la parroquia a este lugar. La ermita fue demolida en 1825 y en su lugar se erigió poco a poco, una edificación más amplia y construida con otros materiales. Esta nueva edificación a su vez ha sido sometida a reparaciones y renovaciones en diversos momentos. Sin embargo, como era la costumbre durante la mayor parte de la época colonial, la ermita contó desde 1776 con un cementerio adjunto (Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo, 1995; Ricardo Vázquez, Tatiana Hidalgo y Felipe Sol, 1999, pp. 56-57).

Las investigaciones arqueológicas en el sitio Catedral Metropolitana se desarrollaron en el año 1993. En este entonces, se presentó una perturbación en el

sitio, cuando se excavaba una fosa para la colocación de una placa sísmica como parte de las obras de consolidación estructural efectuadas en la remodelación del inmueble, cerca de la base del muro norte (Ricardo Vázquez, Tatiana Hidalgo y Felipe Sol, 1999, pp. 53-54). Esta perturbación expuso gran cantidad de restos óseos humanos, lo que llevó a la intervención por parte del Museo Nacional. Se identificó material de épocas antiguas (300 a.C.- 300 d.C. asociadas a la fase Pavas o su correspondiente en el Caribe Central, El Bosque), así como materiales post hispánicos como porcelana, metal, entre otros (*Ibid.*, pp. 58-64).

Por otra parte, el monumento El Calvario C- 139 se encuentra en Ujarrás, Cartago. En este lugar, las fuentes etnohistóricas ubican un asentamiento indígena que se mantuvo hasta las épocas coloniales. El sitio corresponde a un cementerio. Las excavaciones exploratorias estuvieron asociadas a la investigación que llevó a cabo Ericka Amador, como parte de su Trabajo final de Graduación para optar por el título de licenciada en Antropología con énfasis en Arqueología (2009). Los análisis osteológicos y paleopatológicos fueron realizados por el Dr. Ricardo Vázquez en el año 2008. Vázquez identificó piezas dentales maxilares y mandibulares asociadas a 2 personas: una adolescente entre 16 y 20 años y la otra adulta joven entre 21 y 35 años (2008, pp. 2-6). A nivel general, la cantidad de personas presentes en los 5 sitios arqueológicos que datan de la época colonial e inicios de la republicana es de 265 personas.

Distintas razones afectan el pobre estado de conservación de los restos óseos de la época colonial. Entre los principales factores se encuentran las características climáticas donde los lugares donde ubican los contextos, el nivel de acidez de los suelos, incorporar cal en los cementerios para minimizar los malos olores, entre otros. De igual manera, inciden en el tipo de información al que se puede acceder, los objetivos y metodologías aplicadas a los análisis previos, así como el nivel de detalle de quienes excavan y analizan los materiales. Para la muestra de 265 personas, solamente se conoce el sexo para el 13% del total de la muestra (ver Tabla 14).

Tabla 14

Cuadro de contabilidad de personas inhumadas en los monumentos arqueológicos asociados a la época colonial que cuentan con investigaciones científicas (Valores nominales)

| Monumentos arqueológicos | Total | Hombres | Mujeres | NI |
|---------------------------------|--------------|-----------------|----------------|------------|
| Catedral Metropolitana | 49 | 3 | 2 | 44 |
| Colina Santiago | 12 | 2 ⁹⁰ | 1 | 9 |
| El Calvario | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Nicoya (1989) | 50 | 4 | 15 | 31 |
| Nicoya (2016) | 48 | 1 | 5 | 42 |
| Nicoya (2019) | 9 | 0 | 0 | 9 |
| Tres Ríos | 95 | 1 | 2 | 92 |
| Total | 265 | 10 | 25 | 230 |

Fuente: Elaboración propia basados en trabajos finales de graduación, publicaciones, e informes y hojas de análisis del Dr. Ricardo Vázquez Leiva éstas últimas consultados en el Departamento de Antropología e Historia, Museo Nacional de Costa Rica.

Como se observa en el Mapa 7 solamente el sitio Nicoya se ubica en el Pacífico Norte del país, lugar que cuenta con un clima tropical seco. No obstante, es conocido que, en los enterramientos en este y otros templos católicos durante la época colonial, a las personas difuntas se les colocaba cal para minimizar los malos olores, acelerar el proceso de descomposición, así como la presencia de animales en las iglesias y alrededores de los cementerios. Lo anterior repercute en el estado de conservación de los huesos siendo en muchos casos de regular a pobre.

En otras zonas del país, las muestras óseas se reducen considerablemente (ver Tabla 15), como sucede en El Calvario, en donde la principal evidencia está conformada por restos dentales como se indicó previamente.

⁹⁰ Se menciona que, entre las 8 personas adultas, 1 es mujer, hay más cantidad de hombres y NI (Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2015, pp. 26-27.), al no brindarse un dato exacto, se pone el mínimo de hombres.

Tabla 15

Cuadro con los rangos de edades al morir de las personas según sitio arqueológico colonial de procedencia. (Valores nominales)

| Sitio | Total | Feto | 0 a 1.5 años | 0 a 5 años | 5 a 10 años | Infantes NI | Jóvenes NI | 10 a 15 años | 15 a 20 años | 20 a 25 años | 25 a 30 años | 30 a 35 años | 35 a 40 años | 40 a 45 años | 45 a 50 años | 50 a 55 años | 55 años o más | NI Adulto | NI |
|-----------------------------|--------------|-------------|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------|
| Catedral Metropolitana | 46 | 0 | 6 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | 2 | 18 ⁹¹ | 4 | |
| Colina Santiago El Calvario | 12 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nicoya ⁹² 1989 | 50 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 17 | | 6 | | 3 | 1 | | 1 | 9 | 11 | |
| Nicoya 2016 ⁹³ | 48 | 0 | 0 | 9 | | | 10 | | 9 | | | | 14 | | | 0 | 0 | | 6 |
| Nicoya 2019 ⁹⁴ | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 |
| Total | 167 | 0 | 18 | 7 | 11 | 4 | 1 | 35 | 21 | 7 | 18 | 2 | 3 | 31 | 24 | | | | |

Fuente: Ricardo Vázquez, 1995; Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo, 1995; Ricardo Vázquez y Felipe Sol, 1995; Ricardo Vázquez, 2015; Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2015; Ricardo Vázquez, 2008; Carolina Barrientos y Melania Pérez, 2005; Mónica Aguilar 2021; Fernando Camacho y Geissel Vargas, 2016; Jorge Ramírez, 2019.

⁹¹ Personas adultas mayores de 19 años.

⁹² Incluye la temporada de John Lawrence 1989 (Anexo 4, Carolina Barrientos y Melania Pérez, 2005) y análisis realizados por Mónica Aguilar durante el 2019 y 2021 en la presente tesis.

⁹³ Temporada a cargo de Fernando Camacho, análisis osteológicos de Geissel Vargas (Fernando Camacho y Geissel Vargas, 2017).

⁹⁴ Temporada de excavación a cargo de Jorge Ramírez y Fernando Camacho (2019).

Es posible que, en el futuro, con mayores muestras, así como análisis especializados, sea posible conocer más sobre las personas que habitaron en el momento de conquista y colonia en el actual territorio costarricense. Si bien, a pesar del tamaño relativamente reducido de la muestra procedente de estos 6 sitios, se logró conocer información de interés sobre las paleopatologías evidenciadas en los restos óseos.

Población inhumada y patologías, traumas o condiciones evidenciadas en restos óseos de monumentos arqueológicos coloniales durante la época colonial

Catedral Metropolitana

Para el sitio Catedral Metropolitana, Ricardo Vázquez, Tatiana Hidalgo y Felipe Sol (1999, pp. 73, 76) reportan que la tibia de una persona presente en el Entierro 8, BD, presentaba alteraciones patológicas en el tejido superficial del hueso (periostio), según los autores, estas alteraciones podrían concordar con las ocasionadas por la sífilis (*Ibid.*, 76), sin embargo, se requiere identificar más huesos con ese tipo de lesiones y estudios para corroborarlo.

El expediente de análisis osteológico de Ricardo Vázquez detalla la información según su procedencia. Para las 5 personas identificadas en la muestra de huesos dispersos no se identificó paleopatologías, condiciones o anomalías. En el grupo de huesos procedentes del osario (Operación B, enterramiento 8), se identificó al menos 7 personas, 6 de ellas adultas y 1 sub adulta. Las vértebras lumbares recuperadas de las personas adultas presentan un grado leve de osteoporosis en las superficies articulares de los cuerpos vertebrales. Los fémures izquierdos de 2 personas evidenciaron inflamación en la diáfisis y osteoporosis leve. En tanto una tibia presentó exostosis e inflamación de la diáfisis (Ricardo Vázquez, 1995.).

En dicha operación B enterramiento 8, también se observó un fémur con osteomielitis posiblemente ocasionada tras una fractura. Las tibias de una persona de talla pequeña. Huellas de corte en 2 húmeros derechos, 3 fémures izquierdos y 1 tibia derecha. Hiperostosis porótica en huesos parietales de una persona, 1 fémur izquierdo curvado y 1 fémur izquierdo y 1 tibia izquierda con osteomielitis (Ricardo Vázquez, 1995; Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo, 1995).

En la operación Ch, correspondiente con el enterramiento 9, se identificaron N: 9 personas. 7 de ellos son adultos NI y N: 2 adultos mayores. De estas, 2 de las 3 mandíbulas presentes evidenciaron pérdidas dentales *antemortem*, varias piezas dentales de al menos 4 personas tenían afectaciones por caries. De igual manera, los 9 premolares y 1 primer molar recuperados contaban con concreciones posiblemente cálculo dental. En todos los cuerpos de las vértebras y el sacro que se recuperó se observan lesiones por osteofitosis y leve osteoporosis. Algunos huesos presentaron termo alteración: 1 húmero derecho y 3 fragmentos de ilion (Ricardo Vázquez, 1995; Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo, 1995).

En el enterramiento 14 de la operación B se identificó los restos óseos de al menos 5 personas, correspondientes a N: 1 persona infante de 6 meses, +- 3 meses, otra persona de 5 años +- 6 meses y N: 3 jóvenes entre 16 y 24 años. Los huesos evidenciaron en una tibia izquierda osteoporosis, en un fémur NI una inflamación de la diáfisis, N: 2 personas tenían caries y concreciones en todas las piezas dentales de N:1 persona. También se recuperó un paquete correspondiente a un enterramiento secundario donde se ubicaban los huesos de N:1 persona recién nacida +-2 meses y otros de 7.5 a 9.5 años. El infante más grande evidenció osteoporosis en las extremidades inferiores e hiperostosis porótica (*Ibidem*).

Finalmente, se identificaron a 18 personas en 14 enterramientos primarios. En una persona infante de 1 año se observó una torsión de la diáfisis femoral arqueada, N: 1 mujer de entre 45 y 55 años y otra entre 35 y 40 años presentaron pérdidas dentales *antemortem*, torsión en un fémur y osteofitosis en vértebras cervicales, la última, también reportó hiperostosis porótica, 1 absceso, criba orbitaria y caries. Un infante de 7 años +- 24 meses era una posible persona pequeña, ya que su talla correspondía a la de una persona con edad entre 3.5 y 4 años, evidenció un incisivo superior izquierdo supra numerario, caries, concreciones y exposición de la dentina. Otro infante de 9 años +- 24 meses evidenció lesiones por caries (Ricardo Vázquez, 1995; Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo, 1995).

Colina Santiago

Para el caso de las personas reportadas en el sitio Colina Santiago, no se cuenta con información de enfermedades, condiciones o anomalías. Solamente se indican marcas de corte en un fémur derecho, fémur izquierdo y una mandíbula para las cuales no se descartaron su origen cultural, *a la par de desmembramientos, algunos de los huesos dan indicios que apuntan hacia la manipulación y acciones impactantes sobre ellos ya secos, de previo a la depositación en la tumba*, además, un hueso fue expuesto al fuego (Ricardo Vázquez, 2015; Ricardo Vázquez; Javier Fallas y Ronny Jiménez, 2015, p. 26). Las osamentas enterradas en la tumba de Colina Santiago no incluyeron la totalidad de los huesos de cada persona, se presentaron dientes incisivos con forma de pala lo que indica la presencia de indígenas en la tumba, por lo que se plantean varias líneas de interpretación para este contexto, que las personas enterradas fueran cautivos, esclavos o personas objeto de rito, un lugar alejado para depositar huesos o que los restos humanos correspondieran a personas de alto rango que fueron resguardados *dejando en la tumba huesos substitutivos con respecto al evento o episodio de inhumación original* (Ibid., p. 41)

El Calvario

Para el sitio El Calvario, si bien la muestra es escasa, las piezas dentales evidenciaron estrés en la salud oral. Las personas cuyos restos analizó Ricardo Vázquez, contaban con pocas caries, manchas y poca concreción calcárea o cálculo. Sin embargo, la atrición es fuerte para la edad, posiblemente debido a una dieta abrasiva que incluyó fibras y carbohidratos complejos, aunque se resalta que es relativamente poca la prevalencia de caries para las edades estimadas (Ricardo Vázquez, 2008, pp. 5-6).

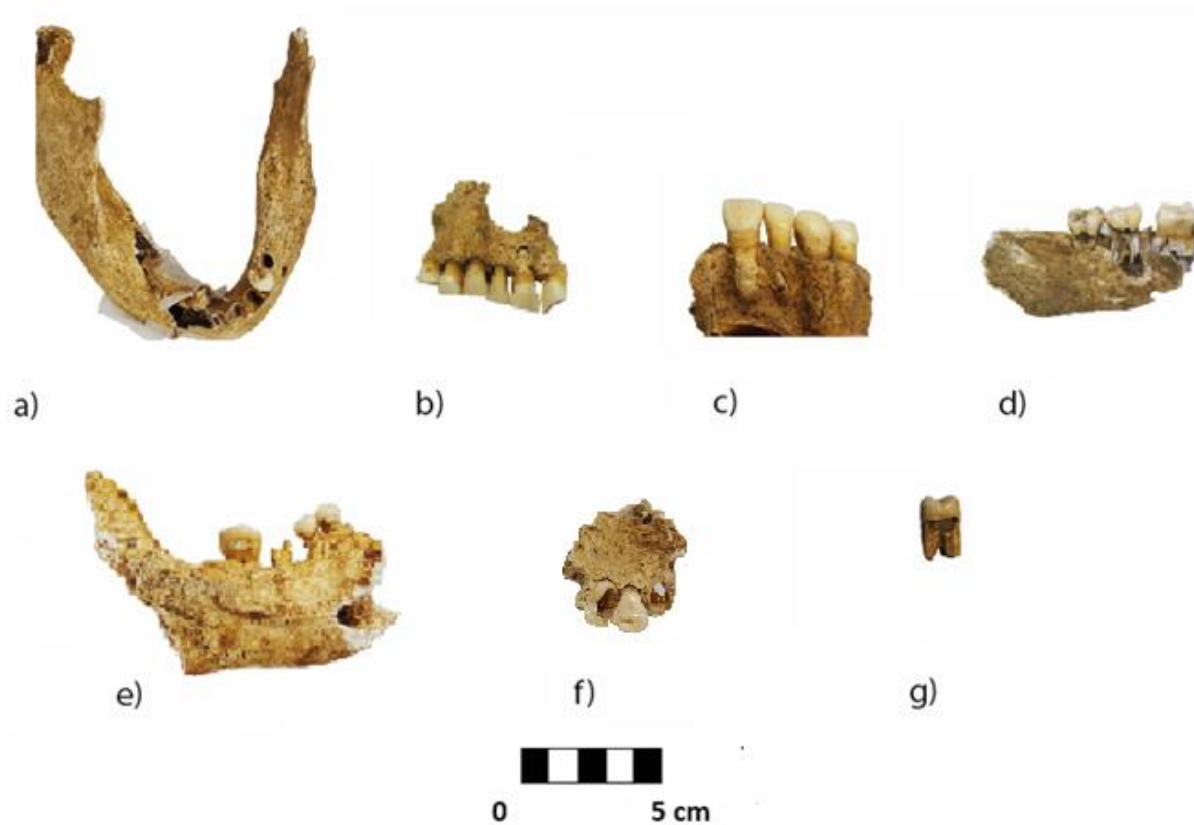
Nicoya

El monumento nacional Nicoya es uno de los sitios asociados a la época colonial con mayor cantidad de información. En sus análisis se ha podido reconocer afecciones orales, infecciones, traumas, entre otras (ver la Tabla 15 y para mayor

detalle el Anexo 4). Entre las lesiones se encuentran las relacionadas con la salud oral que abarcan el 51.77% del total de las identificadas (ver Figura 24). Corresponden a las caries, cálculo y sarro dental, enfermedad periodontal y manchas cafés en los dientes (ver Figura 25).

Figura 24

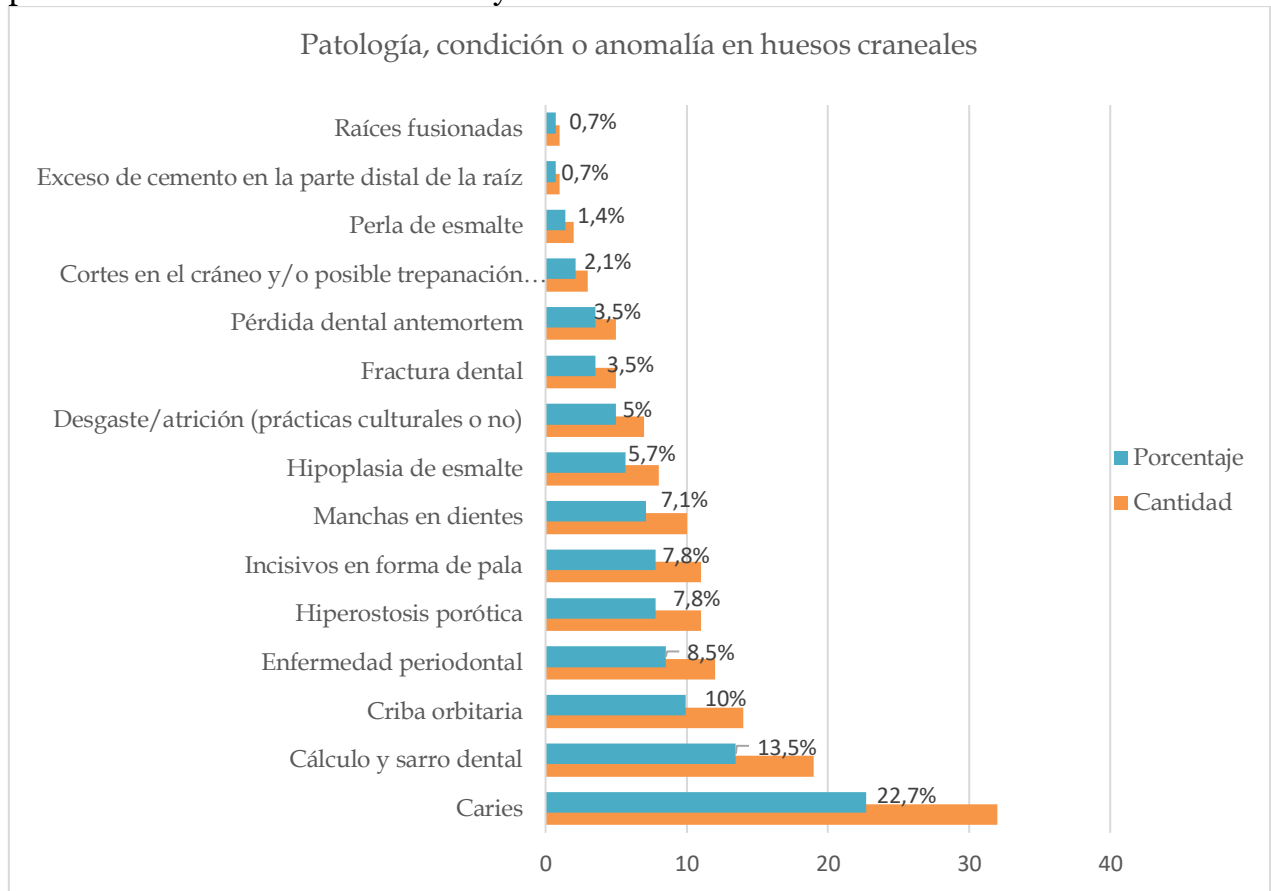
Fotografías de ejemplos relacionados con la salud dental



a. Pérdidas dentales *antemortem* (Operación 1, enterramiento 1); b. y c. enfermedad periodontal (Rasgo cultural 7, enterramiento 8); d. absceso (Operación ID, enterramiento 24); cálculo dental (Operación 1D, enterramiento 27); f. y g. caries dental (Operación 1, enterramiento 1, Rasgo cultural 3). Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Figura 25

Gráfico de patología, condición o anomalías identificadas en huesos craneales de las personas inhumadas del sitio Nicoya

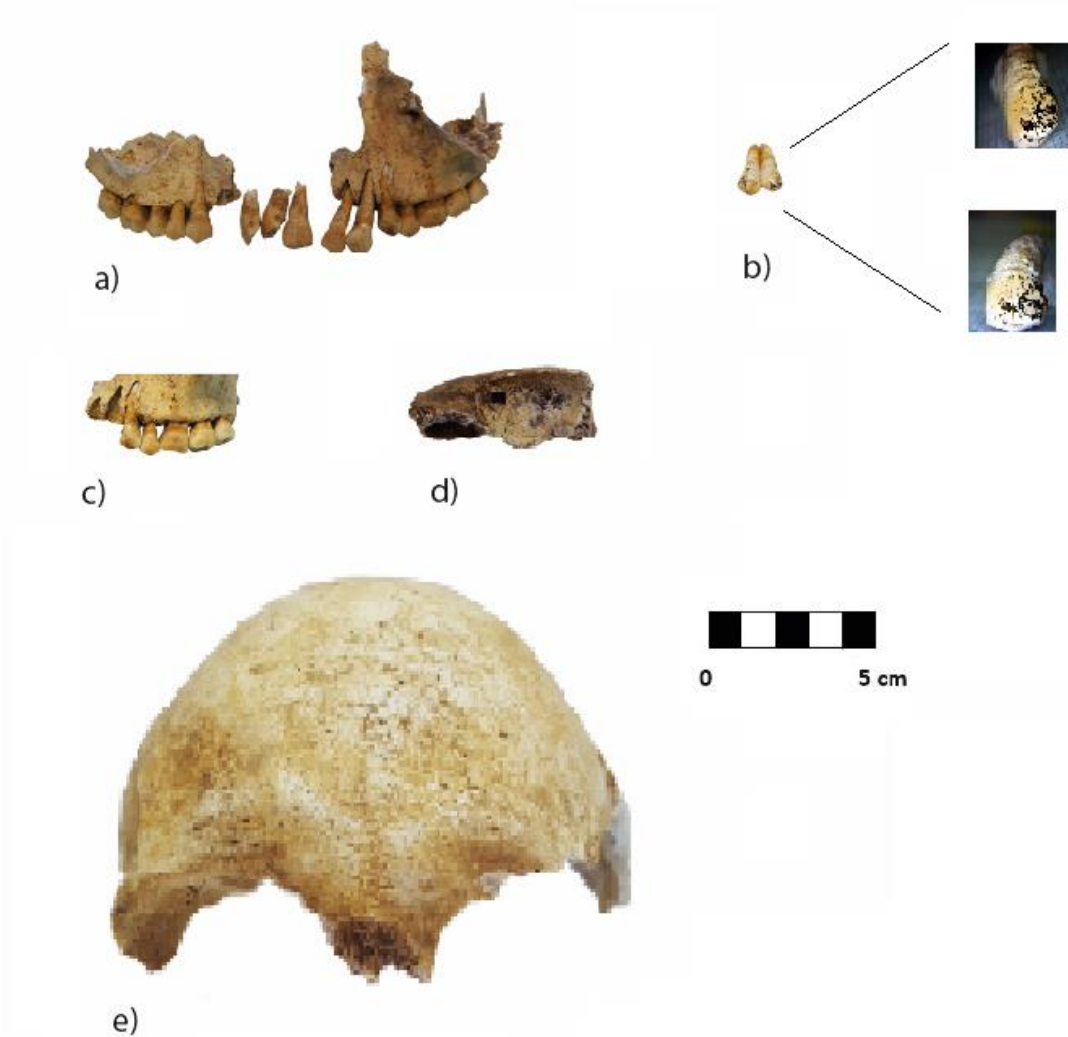


Fuente: Elaboración propia con base en Carolina Barrientos y Melania Pérez, 2005 y Mónica Aguilar 2021.

El porcentaje que le sigue agrupa a enfermedades que reflejan situaciones como el estrés producido por posible inseguridad alimentaria, pérdida de hierro por presencia de parásitos, infecciones u otras causas que serán explicadas más adelante. Estas afecciones abarcan el 24,82% de las presentes en la muestra. Incluyen la criba orbitaria, hiperostosis porótica e hipoplasia de esmalte.

Figura 26

Fotografías de ejemplos de hipoplasia de esmalte, criba orbitaria e hiperostosis porótica



a., b. y c. defectos hipoplásicos (Operación 1D, enterramiento 32; Operación 1, enterramiento 3 Rasgo cultural 4); d. Criba orbitaria (Operación 1D, enterramiento 22) y e. hiperostosis porótica (Operación 1D enterramiento 27). Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

El 10,63% corresponden a las abrasiones, cortes y fracturas dentales (algunas posiblemente por procesos tafonómicos). Para el caso de los cortes en huesos craneales se ha contemplado la posibilidad de que sean producto de trepanaciones craneales (*ante y perimortem*) o cortes *postmortem* por prácticas rituales (ver Figura 26). Por otra parte, en esta categoría se incluye el desgaste dental/atrición por prácticas culturales o no.

Figura 27

Fotografía de fragmentos de cráneo con cortes



Operación 1 enterramiento 4 Rasgo cultural 4. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Las raíces fusionadas y el exceso de cemento en la parte distal de la raíz estuvo cada uno en una persona, representando un 2,82% en conjunto. Se hace la aclaración que el señalamiento de exceso de cemento se hizo solamente en el análisis realizado por Geissel Vargas en la temporada del 2016 (a cargo de Fernando Camacho). Lo anterior, debido a que al ser el sitio Nicoya un contexto colonial, se presentan mayores posibilidades de conservación del cemento en las raíces dentales, por lo que esto no fue contemplado para señalarlo en los análisis realizados para la presente investigación, aunque sí se observó en la colección excavada por John Lawrence.

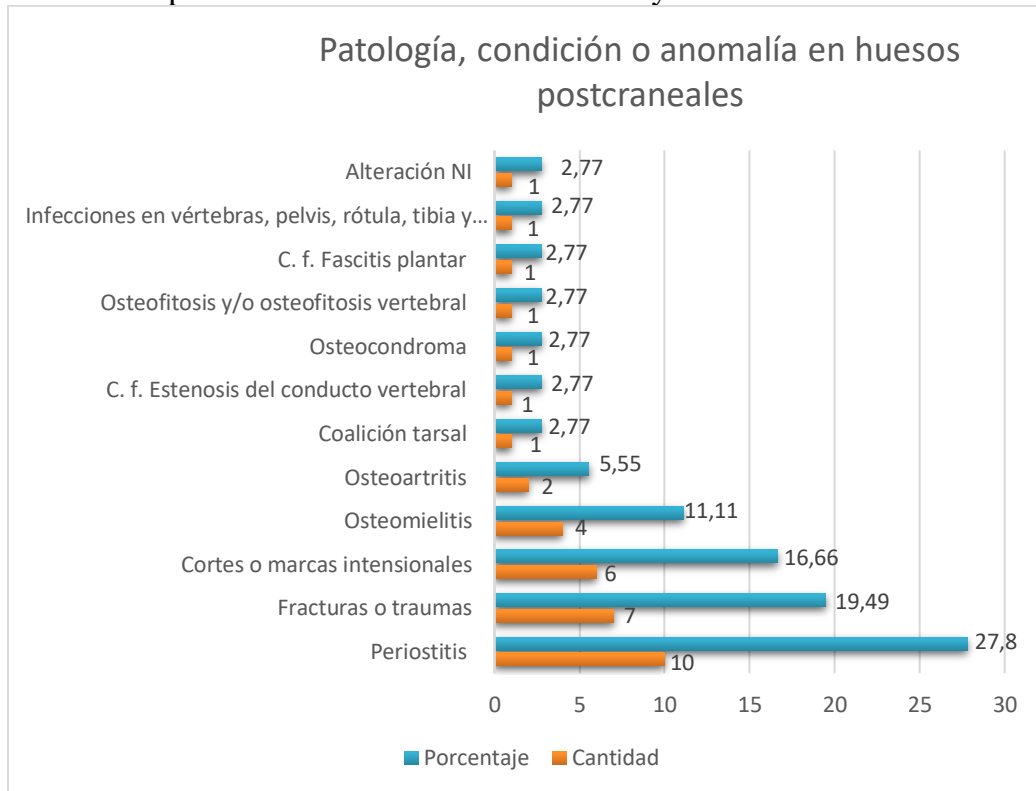
Por último, la fusión radicular o de raíces dentales es una característica anatómica en las cuales las raíces de los molares están fusionadas. Cuando se presenta dicha fusión, los molares presentan una menor área de superficie radicular, produciéndose una relación corona-raíz desfavorable. Esta característica anómala puede ser un factor determinante, al existir pérdida ósea o raíz corte, por lo que puede presentar movilidad (Bárbara Bustó; Juan Carlos Flores y Samia Fayad, 2013).

En caso de los restos óseos sub craneales, se reportó 12 tipos de enfermedades, condiciones, u otras, aunque con menos frecuencia que en los huesos craneales

Las infecciones estuvieron presentes en la muestra analizada. La periostitis corresponde a una inflamación del periostio, en algunos casos también motivada por el esfuerzo repetitivo en el caso de la tibial. La osteomielitis como se detallará más adelante es una consecuencia de una infección en los huesos (ver Figura 28).

Figura 28

Gráfico de patologías, condiciones o anomalías identificados en los huesos sub craneales de las personas inhumadas del sitio Nicoya



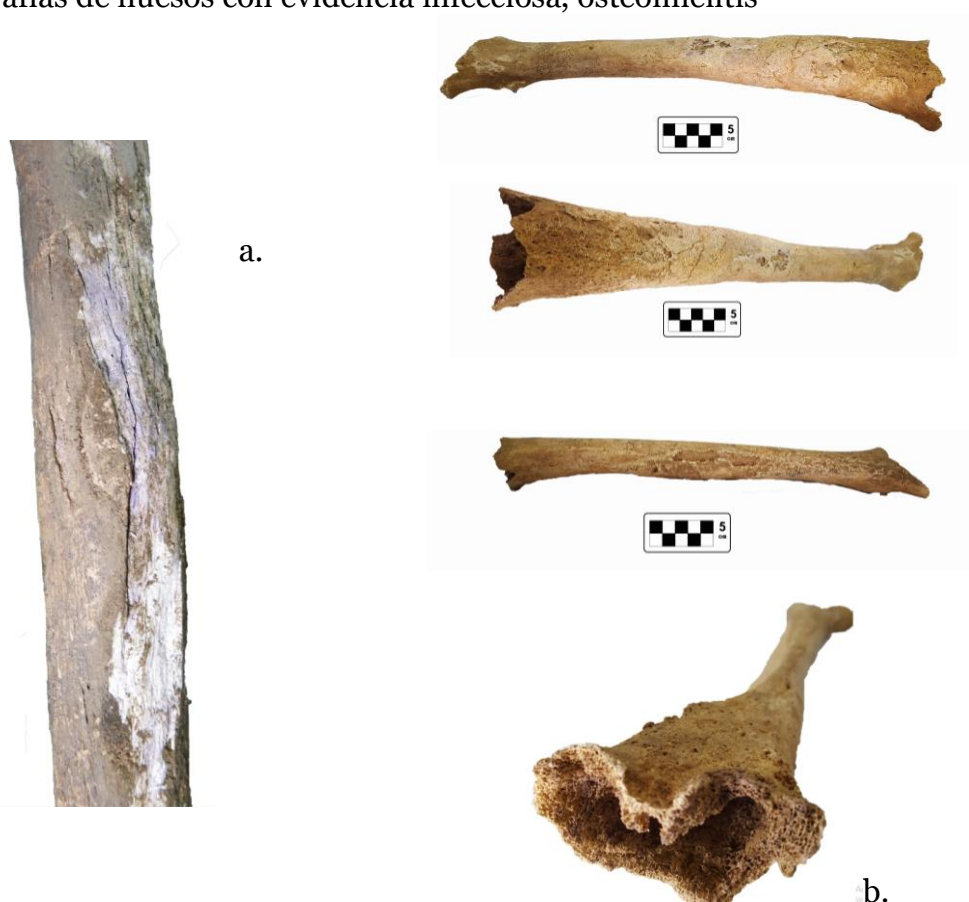
Elaboración propia con base en Carolina Barrientos y Melania Pérez, 2005; Mónica Aguilar 2021.

En los análisis correspondientes a la muestra del sitio Nicoya, Carolina Barrientos y Melania Pérez plantearon la posibilidad de que las lesiones de osteomielitis observadas respondieran a una infección lepromatosa en las personas presentes en la operación 1, enterramientos 6, 8 (RC9) y 31. Estas lesiones se presentaron fundamentalmente en los huesos largos, por lo que se toma como posibilidad de treponema dada la osteomielitis presente, pero se debe de corroborar con lesiones en otras partes del cuerpo. Por ejemplo, en la persona inhumada en el enterramiento 6 también se indica que hay una infección por fractura abierta, lo que podría estar incidiendo en la presencia de dicha enfermedad.

En el caso de la osteomielitis (ver Figura 29) presente en la persona del enterramiento 8, se encuentra en ambos fémures, siendo más severo en el izquierdo. El fémur derecho se curvó hacia la vista anterior, lo cual pudo incidir en la locomoción de la persona. Esta osteomielitis también afectó un sector proximal de la fíbula, radio y húmero derechos, húmero y radio izquierdos. Para Carolina Barrientos y Melania Pérez (2005), corresponde a osteomielitis lepromatosa, aunque a nivel de cráneo las lesiones infecciosas parecen localizarse en los lóbulos occipital y parietal izquierdos y son leves. Sin embargo, en la presente investigación esta posibilidad se maneja con cautela (se cuantifica como osteomielitis) y deberá corroborarse con análisis más especializados.

Figura 29

Fotografías de huesos con evidencia infecciosa, osteomielitis



Ent 31

Ent 8 RC9

a. Detalles de las “cloacas” en persona del Enterramiento 31; b. Ejemplo de fémur y tibias con osteomielitis, Enterramiento 8 Rasgo cultural 9. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

La persona del enterramiento 31 presenta en la tibia izquierda, en la vista anterior, una lesión que abarca desde la tuberosidad de la tibia 16 cm de largo sobre el borde anterior al borde interóseo. Se evidencia rugosidad, fractura y “cloacas” con forma semi circular que van de 2,5 cm a 3 cm de diámetro, en lugar donde se concentran las lesiones el hueso está expandido y levemente deformado respecto al resto de la diáfisis. Por ejemplo, en el sector más ancho de la diáfisis sana, el hueso mide 3 cm de diámetro, y en esta parte afectada 3,4 cm, aunque puede ser mayor ya que faltan astillas de la capa superficial en toda la porción con daños por la posible infección (por procesos recientes ¿manipulación, embalaje? u otra razón). Esta osteomielitis provocó que el hueso adquiriera cierta curvatura en la sección posterior-lateral. Debido a este padecimiento, la persona pudo tener una modificación en su locomoción, así como presentar dolor. Es posible que esta sea la razón por la cual se observó también alteraciones en los huesos del pie (ver Figura 29).

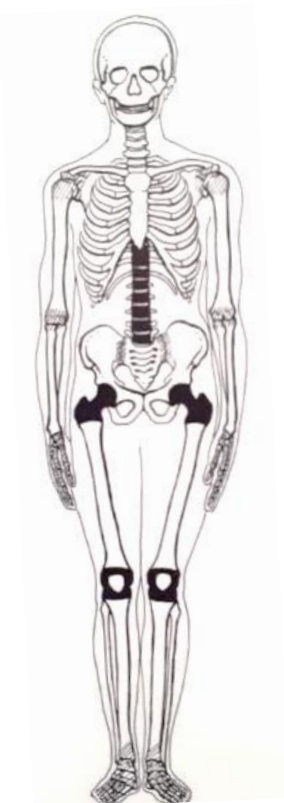
El primer metacarpiano del pie derecho, tiene una superficie muy rugosa en comparación con el resto de los huesos, podría estar asociado a un desgaste o a osteoartritis. En el pie izquierdo el metatarsiano más deteriorado rugoso y poroso es el 5to. Los demás huesos presentan porosidad, pero posiblemente por el proceso habitual de deterioro. En esta persona se observó otras lesiones posiblemente producto de infecciones en vértebras, pelvis, rótula, tibia y taro, que, aunque no son lesiones muy masivas, por su ubicación se asocian con *c. f.* Tuberculosis.

Las lesiones (agujeros de diversos tamaños) se ubican en el fémur y tibia izquierda (principalmente en las epífisis), así como en los huesos tarsianos del pie, las rodillas o rótulas y algunas vértebras, siendo más marcados en las tibias y en las pelvis (acetábulo, ilio, y fosa ilíaca, entre otros). No obstante, es en la pelvis y tibia donde se manifiestan con mayor intensidad. Las lesiones en estos sectores son frecuentes en la osteomielitis y la tuberculosis (Ted Steinbock, 1976). La destrucción del tejido es distinta a la ocasionada por la osteomielitis y no tan pronunciada sobre todo en la columna vertebral a la de la tuberculosis (ver Figura 30). Sin embargo, las lesiones son semejantes a las producidas por la tuberculosis (ver al mismo autor, pp. 180-181, 183, 186), por lo que se contempla como posibilidad.

En el continente americano, J. Elías García, fue la primera persona en documentar la presencia de tuberculosis mediante un análisis de patología macroscópica. En 1973, Marvin Allison, Daniel Mendoza y Alejandro Pezzia reportaron un caso de tuberculosis en una momia antigua peruana. Para 1991 se identificó en otra momia peruana *M. tuberculosis*, mediante el uso de la técnica de ADN y, posteriormente, se han publicado reportes de confirmación de *M. tuberculosis* en momias de diferentes partes del mundo por medio de la técnica del análisis del ADN, incluso en Chile y Perú (Hugo Sotomayor, 2007, p. 145).

Figura 30

Ilustración con la distribución esquelética de lesiones por tuberculosis



Fuente: Ted Steinbock, 1976, p. 178. Las áreas negras sólidas indican los lugares más frecuentes y las líneas diagonales marcan sitios ocasionales.

Otras anomalías presentes en los huesos analizados son las ocasionadas por fracturas o traumas (en N: 7 personas), los cortes o marcas intensionales (N: 6 personas) y alteraciones no identificadas (N: 1 persona). En el enterramiento 7 (RC8) en el húmero izquierdo y en la diáfisis hacia el extremo distal cerca de 4 cm sobre la cresta supraepicondriar hacia el lado izquierdo hay un hundimiento posiblemente

asociado a un trauma. La persona del enterramiento 29 en su tibia derecha, en el primer tercio proximal de la diáfisis, cuenta con una protuberancia de forma semi redondeada en el hueso. Dicha protuberancia es concordante con un hematoma subperióstico organizado (posiblemente producto de un trauma) (Arthur Aufderheide y Conrado Rodríguez-Martin, 2021, p. 310).

Por otra parte, en el enterramiento 17, la persona N: 2 cuenta con un fragmento de diáfisis de hueso largo con una posible fractura consolidada, así como la marca de un surco producido por un corte. La persona del enterramiento 29 en su clavícula izquierda, tiene una fractura remodelada en la diáfisis, asimismo, evidencia en el extremo distal del segundo metatarsiano derecho, una posible quebradura con una fisura en el extremo proximal (en la faceta inferior o la planta del pie). En tanto, en la fíbula derecha de la persona inhumada en el enterramiento 31 se presenta una irregularidad hacia el lateral y cara posterior (de 0.6 cm de grosor y 1,5 cm de largo) con regeneración del tejido óseo, En este caso, el hueso no se fracturó completamente, sino que corresponde a una fisura en la mitad aproximadamente de su superficie.

A nivel de trauma, el más notorio de la muestra lo presentó la persona excavada en la operación 1D, enterramiento 27. La tibia y el peroné izquierdo presentan una quebradura que sanó en el tercio medio de la diáfisis. Corresponde a una lesión que dejó expuestos los huesos, a pesar de ello no se observan lesiones por infección, lo que evidencia un adecuado cuidado de la herida para su correspondiente sanación. En ambos huesos está a la misma altura por lo que pudo ser causada tras el mismo impacto. Dicha quebradura tiene forma de grada (ver Figura 31).

Figura 31

Fotografías de traumas o fracturas y hematoma subperióstico



a. Tibia y peroné (Operación 1D enterramiento 27); b. Diáfisis de hueso largo (Operación 1D enterramiento 17); c. Diversos ángulos de la clavícula (Operación 1 D enterramiento 29) d. Metatarso e. un hematoma subperióstico. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Otras lesiones fueron menos frecuentes; la osteoartritis estuvo presente en 2 personas y corresponde a una forma común de desgaste ósea. En tanto la coalición tarsal, se produce por una afección en la unión fibrosa cartilaginosa, de la misma manera, la fascitis plantar es una inflamación del tejido fibroso en el pie que conecta el hueso del talón con los huesos del pie.

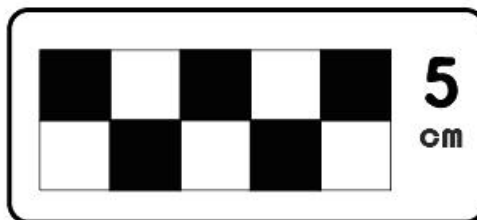
La estenosis del conducto vertebral es un estrechamiento ocasionado por cambios producto del desgaste por artrosis. La osteofitosis es un crecimiento de osteofitos (espolones óseos o protuberancias óseas que aparecen a lo largo de los bordes óseos o donde se unen los huesos y columna, por un daño en las articulaciones vinculados por artrosis- osteoartritis o artrosis se destruye el cartílago hialino que recubre las superficies óseas, es el más común) y/o osteofitosis vertebral (protuberancias óseas con forma de espuelas por enfermedad degenerativa y calcificación ósea por golpes a la altura de las vértebras lumbares).

Finalmente, la persona del enterramiento 31 presentó en su tibia derecha a 2 cm del maléolo medial o maléolo externo, un abultamiento de tejido óseo irregular

de 2,5 cm de largo y 1,1 cm de ancho (dispuesto de manera longitudinal al hueso). Este crecimiento óseo se asocia a una lesión de osteocondroma, correspondiente a un tipo de tumor benigno (ver Figura 32) (Arthur Aufderheide y Conrado Rodríguez-Martin, 2021, p. 381) ⁹⁵.

Figura 32

Fotografía con detalle de osteocondroma



Persona procedente del enterramiento 31. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

En resumen, la información procedente de los distintos monumentos arqueológicos coloniales evidencia las enfermedades, condiciones y traumas que se exponen en la Tabla 16.

⁹⁵ Esta patología que representa casi la mitad de los tumores benignos óseos, los considerados osteocondromas solitarios se contemplan como una forma frustrada de exostosis múltiple hereditaria (displasias), (Lichtenstein, 1977, p. 17, citado en Arthur Aufderheide y Conrado Rodríguez-Martin, 2021, p. 381). Los tumores se encuentran en superficies en la parte inferior del fémur y la parte superior de la tibia y ubicaciones similares en otros huesos (*Ibidem*).

Tabla 16

Cuadro de contabilidad de paleopatologías y condiciones genéticas en los monumentos arqueológicos asociados a la época colonial que cuentan con investigaciones científicas (Valores nominales)

| Lesión-enfermedad/ condición/ Anomalía | Monumentos arqueológicos | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | Total | Catedral Metropolitan a | Colina Santiago | El Calvari o | Nicoy a ⁹⁶ |
| Craneales | | | | | |
| Caries | 50 | 10 | X ^{*97} | 2 | 32 |
| Incisivo supra numerario | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Cálculo y sarro dental | 33 | 12 | 0 | 2 | 19 |
| Fractura dental | 6 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Desgaste/atrición (prácticas culturales o no) | 10 | 0 | X | 2 | 7 |
| Enfermedad periodontal y abscesos | 13 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| Pérdida dental <i>antemortem</i> | 11 | 5 | X | 0 | 5 |
| Hipoplasia de esmalte | 9 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| Hiperostosis porótica | 14 | 3 | 0 | 0 | 11 |
| Manchas en dientes | 11 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| Incisivos en forma de pala | 17 | 0 | 6 | 0 | 11 |
| Exceso de cemento en la parte distal de la raíz | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Criba orbitaria | 15 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Perla de esmalte | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Raíces fusionadas | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Cortes en el cráneo | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Lóbulo Carabelli | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Sub craneales | | | | | |
| Coalición tarsal | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Cortes o marcas intensionales | 26 | 6 | X | 0 | 6 |
| Exposición al fuego | 4 | 3 | X | 0 | 0 |
| C. f. Estenosis del conducto vertebral | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Osteocondroma | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Osteofitosis y/o osteofitosis vertebral | 12 | 11 | 0 | 0 | 1 |
| Periostitis | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Osteoartritis | 5 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| Osteoporosis | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| Fracturas o traumas | 10 | 3 | 0 | 0 | 7 |
| Osteomielitis | 8 | 4 | 0 | 0 | 4 |

⁹⁶ No se exponen patologías en las 9 personas recuperadas en las excavaciones del 2019 según el arqueólogo a cargo Jorge Ramírez. Aunque en las fotografías del informe se observan algunas caries grado 1 y periostitis, entre otros, por falta de tiempo no se pudo solicitar los restos óseos para una revisión.

⁹⁷ Se usa "X" cuando se indica la presencia, pero no la cantidad específica, para efectos de la sumatoria se tomará el número mínimo (1).

| Patología/ condición/ Anomalía | Monumentos arqueológicos | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| | Total | Catedral Metropolitan a | Colina Santiago | El Calvari o | Nicoy a |
| <i>C. f.</i> Fascitis plantar | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Treponema o sífilis | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Infecciones en vértebras, pelvis, rótula, tibia y tarso, <i>c.f.</i> Tuberculosis | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Inflamación en huesos largos | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Alteración NI | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Mordeduras de animales (<i>postmortem</i>) | 4 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Huesos curvados y torsión | 5 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| Persona de talla pequeña | 3 | 2 | 0 | 0 | <i>c.f.</i> 1 |
| Total | 311 | 88 | 5 | 7 | 185 |

Fuente: Monumento Catedral Metropolitana: Ricardo Vázquez, 1995; Ricardo Vázquez y Tatiana Hidalgo 1995; Ricardo Vázquez, Tatiana Hidalgo y Felipe Sol, 1999; monumento Colina Santiago: Ricardo Vázquez, 2015; Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Rony Jiménez, 2015; monumento El Calvario: Ricardo Vázquez, 2008; y el monumento Nicoya: Carolina Barrientos y Melania Pérez, 2005; Fernando Camacho y Geissel Vargas, 2016; Mónica Aguilar 2021.

Tal y como se observó para los datos de épocas previas al proceso de conquista y colonia, se continúan presentando infecciones como en el caso de la osteomielitis, enfermedades bucodentales y destaca en relación con el tamaño de la muestra la cantidad de las personas que tuvieron algún tipo de trauma en especial las quebraduras. Esta información se discutirá en un apartado posterior en el cual se retomarán los distintos tipos de evidencia relacionada con las enfermedades y condiciones identificadas.

Análisis isotópicos como complemento para la comprensión de la salud en las poblaciones del monumento Nicoya

Como complemento a los análisis osteológicos previamente señalados, se procedió a seleccionar 6 muestras dentales procedentes del monumento Nicoya con la finalidad de fecharlas y realizarle análisis isotópicos (ver Tabla 17). La escogencia estuvo determinada por el estado de conservación (piezas dentales completas), así como el nivel de información que se obtuvo del análisis realizado y el presupuesto con el que la investigadora contaba para el envío de las muestras al laboratorio especializado, a saber: *International Chemical Analysis Inc* (Sunrise, Florida, Estados Unidos de América).

Tabla 17Tabla con los fechamientos obtenidos de la muestra dental seleccionada⁹⁸

| ICA ID | Procedencia | Pieza dental | Rango etario | Sexo | Edad convencional | Edad calibrada |
|----------|-------------------|-----------------|--------------|-------------|-------------------|--|
| 14C-6068 | Op. 1, Ent. 3 RC4 | Can. Max. Der. | 24-30 años | NI | 60 +/-30 BP | Cal 1690 - 1730 AD (26.8%) Cal 1810 - 1920 AD (68.6%) |
| 14C-6069 | Op. 1 Ent. 3 RC4 | Inc. Mand. Der. | 18 a 22 años | Hombre | 110+/- 30 BP | Cal 1680 - 1740 AD (25.7%) Cal 1750 - 1770 AD (1.1%) Cal 1800 - 1940 AD (68.6%) |
| 14C-6070 | Op. 1 Ent. 8 RC9 | Pm Mand. Der. | 18 a 24 años | c.f. Hombre | 130+/- 30 BP | Cal 1670 - 1770 AD (31.1%) Cal 1790 - 1950 AD (64.4%) |
| 14C-6071 | Op. 1D, Ent. 27 | Can. Max. Izq, | 18 a 22 años | Mujer | 10+/-30 BP | Cal 1690 - 1730 AD (29.2%) Cal 1810 - 1860 AD (29.6%) Cal 1870 - 1920 AD (36.7%) |
| 14C-6072 | Op. 1D Ent. 33 | Can. Max. Izq. | 35 a 45 años | Mujer | 40+/-30 BP | Cal 1690 - 1730 AD (27.8%) Cal 1810 - 1920 AD (67.6%) |
| 14C-6073 | Op. 1D Ent. 36 | Pm. Der. | 30 a 35 años | Mujer | 100+/-30 BP | Cal 1680 - 1740 AD (26.1%) Cal 1800 - 1930 AD (69.3%) |

Fuente: *International Chemical Analysis Inc, 2022.*

Como se observa en la tabla anterior, la edad calibrada de las muestras es porcentualmente más probable que daten de la época terminal de la colonia e inicios de la era republicana, concentrándose a finales del siglo XVIII e inicios del siglo XX. Lo anterior es interesante, ya que una de las interrogantes que gira en torno a la Iglesia de San Blas es su antigüedad. No obstante, estos datos no son determinantes por lo reducido de la muestra seleccionada para los análisis.

Por otra parte, junto con los fechamientos, se realizaron análisis de isótopos⁹⁹, $\delta^{13}\text{C}$ los cuales se encuentran en concentraciones similares en el ambiente. Las

⁹⁸ El pretratamiento dado a todas las muestras fue Col-AAA.

⁹⁹ Los análisis de huesos arqueológicos para indagar las proporciones de los isótopos estables de carbono y nitrógeno es una técnica bien establecida para reconstruir la paleodieta y descifrar los patrones de subsistencia antiguos, debido a que los recursos alimentarios específicos tienen proporciones distintas de isótopos estables de carbono ($\delta^{13}\text{C}$) y nitrógeno ($\delta^{15}\text{N}$). La composición isotópica de la dieta se incorpora al tejido corporal, como el colágeno y la apatita del esmalte óseo y

plantas durante el proceso de fotosíntesis fijan los isótopos de manera diferencial según corresponda al tipo de planta en cuestión (C3, C4 o CAM). El conocimiento de estos valores diferenciales y la concentración de los isótopos en los huesos permiten estimar el tipo de planta consumida por las personas (Yadira Chinique De Armas y Roberto Rodríguez 2007, citados en Katherine Osorio, 2012, p. 127).

Lo anterior es posible como señalan Verónica Silva-Pinto, Eugenia M. Gayo y Domingo Salazar-García (2018, p. 116) gracias a que el esmalte dental en los dientes permanentes se forma mediante *un proceso de mineralización directa desde la infancia temprana (6 ± 3 meses) hasta la niñez (12 ± 2 años) y, al igual que la dentina, no se regenera*. Es por ello, que los datos isotópicos obtenidos corresponden al lapso temporal en el que se formaron las piezas dentales y los valores también varían según la piza dental analizada. *Por ejemplo, el primer molar permanente comienza su formación entre los 3 y 9 meses de edad y completa el desarrollo de la corona alrededor de los 4 años. El segundo molar en cambio se desarrolla cerca de los 3 años y completa el desarrollo de la corona cerca de los 8 años* (Douglas Ubelaker, 1978).

Los isótopos permiten distinguir la actividad fotosintética¹⁰⁰ de las plantas y con ello, el consumo a nivel individual, sean de plantas C3 (vegetales de clima templado, tubérculos, frutos, nueces, etc.), o las plantas C4 (frutos tropicales, yuca, maíz, entre otros) (Rodríguez, 2003; 2006 citados en Katherine Osorio, 2012, p.

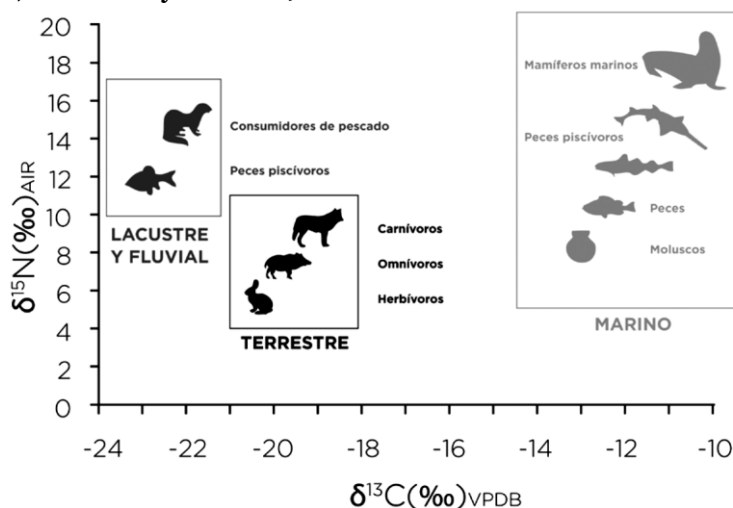
dental y se puede conservar por miles de años. Así las proporciones de isótopos estables de carbono y nitrógeno en tejidos, (Lynete Norr, 1995, p. 199).

¹⁰⁰ *El resultado del proceso fotosintético en las plantas es la formación de azúcares. Para llegar a estos azúcares, las plantas utilizan dos grupos diferentes de enzimas que actúan de acuerdo con dos procesos o rutas. La primera ruta se conoce como Calvin-Benson. En ella los vegetales sintetizan un producto de 3 carbonos. Por este motivo, a estas plantas se les conoce como plantas C-3. Estas enzimas discriminan fuertemente ante el isótopo de Carbono 13 produciendo valores cercanos a -24 ‰, de las cuales son características las plantas de climas fríos, tales como la papa y otros tubérculos de altura que fueron de consumo común en los altiplanos centrales de los Andes colombianos, y en aquellas tierras altas del sur. La segunda ruta se conoce como Hatch-Slack. En esta, las plantas sintetizan un producto de 4 carbonos, y por ello se les conoce como plantas C-4. A este grupo pertenecen todos aquellos vegetales de climas más cálidos, pero muy especialmente el maíz. Estas enzimas también discriminan contra el isótopo de carbono 13, aun cuando su fraccionamiento no es tan marcado como en el anterior; de manera que sus valores $\delta^{13}C$ son alrededor de -12 ‰. De tal forma, todos aquellos valores isotópicos de huesos o tejidos momificados producidos a partir de colágeno entre -12 ‰ o mayores, indican una dieta casi exclusiva de plantas C-4 (que en las Américas interpretamos como maíz); mientras que aquellos valores isotópicos alrededor de -24 ‰ o mayores (es decir, hasta -13) indican una mayor dependencia de plantas C-3 (teóricamente -aun cuando no exclusivamente- tubérculos de altura) (Krueger, 1980, 1984, 1983 en Felipe Cárdenas, 1994, p. 74).*

128). Por su parte, el nitrógeno $\delta^{15}\text{N}^{101}$ permite distinguir la ingesta de animales terrestres y marinos y de las leguminosas (*Ibidem*) (ver Figura 33, Tabla 18).

Figura 33

Ilustración con los valores de $\delta^{13}\text{C}$ y $\delta^{15}\text{N}$ de animales de ecosistemas típicos (lacustre-fluvial, terrestre y marino)



Elaboración: Domingo C. Salazar-García y Manuel Alarcón, en: Silva-Pinto, Verónica, Gayo, Eugenia M. y Domingo C. Salazar-García, 2018, p. 121.

Tabla 18

Tabla con los resultados de isótopos $\delta^{13}\text{C}$ ‰ $\delta^{15}\text{N}$ ‰ obtenidos de la muestra dental seleccionada

| Cód. Inv. | ICA ID | Procedencia | Pieza dental | $\delta^{13}\text{C}$ ‰ | $\delta^{15}\text{N}$ ‰ | C: N |
|-----------|----------|-----------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|------|
| A | 14C-6068 | Op 1, Ent 3 RC4 | Can. Max. Der. | -9.44 | 10.96 | 3.26 |
| B | 14C-6069 | Op 1 Ent 3 RC4 | Inc. Mand. Der. | -14.08 | 8.84 | 3.26 |
| C | 14C-6070 | Op 1 Ent 8 RC9 | Pm Mand. Der. | -11.01 | 12.62 | 3.28 |
| D | 14C-6071 | Op 1D, Ent 27 | Can. Max. Izq. | -10.09 | 11.33 | 3.27 |
| E | 14C-6072 | Op 1D Ent 33 | Can. Max. Izq. | -8.76 | 10.22 | 3.29 |
| F | 14C-6073 | Op 1D Ent 36 | Pm. Der. | -8.58 | 11.06 | 3.21 |

Fuente: *International Chemical Analysis Inc*, 2022.

Como se observa en la figura 33, los valores reflejan un consumo de alimentos marinos. Sin embargo, en una situación en la que el maíz y los productos marinos

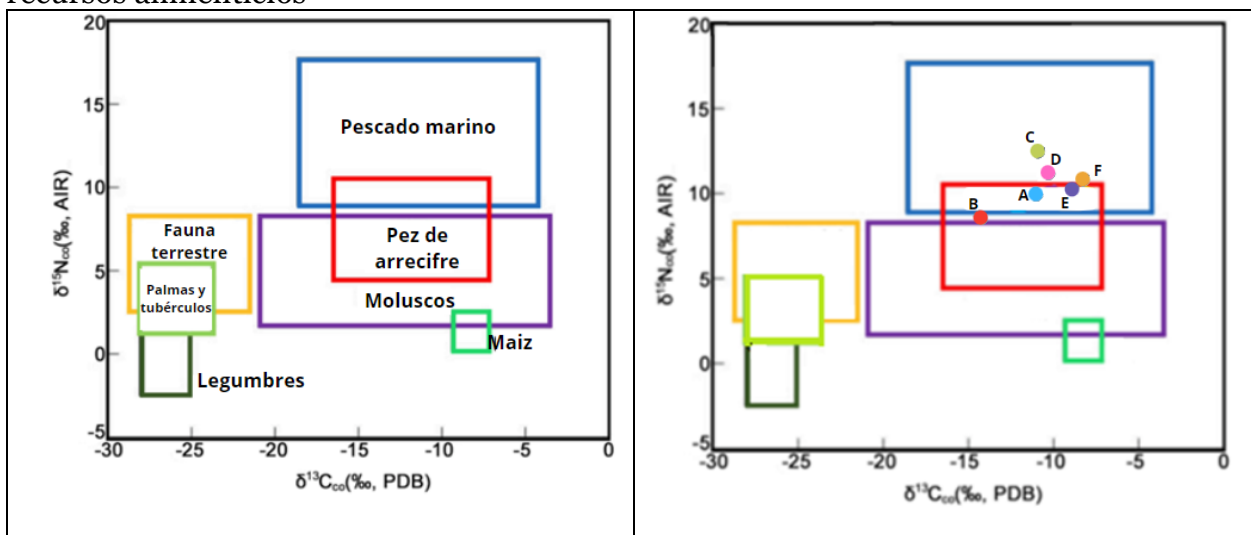
¹⁰¹ En relación con la fijación de nitrógeno 15. *Este isótopo puede alcanzar valores hasta de +5 y +8 en plantas terrestres. Pero lo interesante es que los productos marinos consumidos por la gente pueden ocasionar valores hasta de +30; de manera que cualquier lectura isotópica de nitrógeno 15 por encima de +8, indica con buena seguridad el consumo de dieta marítima* (Felipe Cárdenas, 1994, p. 75).

son (ambos) recursos alimentarios, se debe utilizar otra línea de evidencia para determinar si una mayor relación de C/C en el colágeno óseo humano es el resultado de una dieta marina, una de maíz o una mezcla de ambas. Dietas con animales de costa, incluyendo aves, también pueden dar valores intermedios (Lynette Norr, 1995, p. 202) (ver Figura 34).

Es importante considerar esta técnica como una aproximación a la dieta de las personas analizadas específicamente y como se indicó previamente durante la etapa de crecimiento de los dientes permanentes; así como las limitaciones que se presentan, tanto por el estado de conservación óseo, los conocimientos sobre los valores isotópicos de los diversos productos locales, entre otras eventualidades. No obstante, es importante continuar aumentando la cantidad de investigaciones y análisis de este tipo para generar una base de información mayor, poder hacer comparaciones entre sitios y épocas y con ello lograr una mejor interpretación sobre cómo fue vida en el pasado.

Figura 34

Ilustración con la composición isotópica de colágeno de hueso humano procedente del sitio arqueológico Nicoya comparado con los isótopos de la composición de recursos alimenticios



Fuente: Comparado con los datos de Ashley E. Sharpe; Nicole Smith-Guzmán; Jason Curtis; Ilean Isaza-Aizpurúa; George D Kamen; Thomas A Wake y Richard G. Cooke (2021, p.3).

Los datos obtenidos en los análisis son interesantes a la luz de lo expuesto en el siglo XVI por Gonzalo Fernández de Oviedo, quien describió los distintos recursos

alimenticios y medicinales disponibles en Centroamérica incluyendo la zona de la cual procede la muestra. Detalló la abundancia de árboles con buenas frutas, el maíz con el cual también se elaboró licor, dijo que había mucha y buena miel, que el cacao era bueno y sano, la presencia de ciervos, dantas, puercos, liebres y otros animales, aunque estas descripciones se dieron en épocas iniciales del proceso de conquista y colonia. Para el caso de Nicoya menciona:

De aves hay todas las que he dicho en estas historias en otras partes; é yo vi en los llanos de Nicoya, çerca del rio Grande que passa por las haldas de la sierra que dixen de Oroçi, muchas perdiçes pardas como las de Castilla, puesto que menores, é cómo se levantaban, haçian volando aquel mesmo estruendo ó zurrió que haçen las de España.

Pero pues se tracta de los mantenimientos, diré uno que me paresçe mucho socorro para en tiempo de nesçessidad; y es que quando se tardan las aguas para los mahiçales, tienen los indios escogido é apartado algún mahiz en grano, é siémbranlo, é á mano cada un dia del mundo lo riegan ú tienen muy limpio, y en fin de quarenta dias lo cogen granado ó bueno. Pero cómo es trabaxoso de curar, é las majorcas que dá son pequeñas, assi lo que se coge desla manera es poco en cantidad; pero es mucho el socorro é ayuda que dá á la sustentación de la gente para esperar á que venga lo otro que se cria con las lluvias. Plinio diçe que çerca el golpho de Traçia hay trigo, que viene á se coger en dos meses, el (pial desde á quarenta dias que se sembró está maduro, lo qual rae ha paresçido lo quex dicho del mahiz (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1855, pp. 404-405)

De igual manera, el autor documentó el consumo de proteínas de otras especies, incluyendo las de ambiente acuático. Los animales eran capturados cerca de los huertos o sembradíos y en bosques o montañas, y mediante una variedad de técnicas, por ejemplo “... é los corren é montean con lanças é ojeos é con flechas... con los arcos é con çepos é redes” (Fernández de Oviedo: 1855: 55, 1976: 109). Las carnes de conejo, venado y perros eran saladas y ahumadas para prolongar su durabilidad para el consumo humano: “...é los indios los salan é tiene mucho tiempo assi en çeçina para quando les falta la carne fresca...” (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1976: 110).

Se mencionaron las técnicas utilizadas, entre ellas el uso de redes elaboradas con algodón. Además, para el golfo de Nicoya (Fernando González de Oviedo, 1855, p 119) describió la captura de los peces en la costa:

Que en el invierno, que son los meses de mayo é junio e julio é agosto principalmente... viene innumerable cantidad de agujas paladares, é trás ellas

muchos tiburones é marraxos (marracos) é otros pescados grandes para se las comer. É vienen las agujas huyendo á la playa hasta tierra, é los pescados... é pónense en banda los indios con sendos palos en las manos, é matan á palos muchas dellas, é tantas, que acaesçe en un dia matar dosçientas dellas, *é mas é menos, un solo indio... é venian tantos tiburones tras esas agujas. Aquella isla es en el golpho de Nicaragua, álias de Orotiña.*

El aprovechamiento del recurso pesquero y de costa trasciende el carácter alimenticio. En el caso de los moluscos, las conchas fueron aprovechadas también, así como las perlas “pie de burro” (*ostiones muy grandes é muy gruesos, é tambien se hallan perlas en algunos dellos*) para la elaboración de decoraciones corporales. *Afirman los hombres de la mar que es el mas excelente pescado de todos; de las conchas dellos hacen los indios qüentas para sus sartales é puñetes, que ellos llaman chaqira, muy gentil é colorado, que paresçen corales, é también morado é blanco*” (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1976: 184). Parte de estas decoraciones pudieron ser representadas en las figuras, principalmente cerámicas que se analizan más adelante (Ver Anexo 6 a.)

Durante la época colonial, a pesar de la abundancia de recursos comestibles descrita por Gonzalo Fernández de Oviedo para el momento de la conquista, hubo épocas en las que se presentó inseguridad alimentaria a causa de las lluvias (fuese por abundancia o escasez y sus efectos en la agricultura), vinculados a los fenómenos de El Niño y La Niña.

Los alimentos -especialmente los cultivados- escaseaban, por lo que las estrategias como las mencionadas eran importantes, pero no lograban mantener a una población numerosa. No obstante, la situación de los pueblos indígenas, mestizos, descendientes de africanos, entre otros, empeoraba conforme se consolidó la conquista y la colonia. La demanda de trabajo en las encomiendas y cofradías, el acceso diferenciado a los alimentos y las movilizaciones forzadas de la población también incidió en la inseguridad alimentaria.

Aunado a lo anterior, la carencia de animales domesticados en cantidades sustantivas provocaba que hubiese un menor acceso a proteínas en momentos difíciles (William McNeil, 1984, pp. 203-204). Es posible que, debido a lo anterior, en épocas de malas cosechas y de inseguridad alimentaria se tuviese que utilizar un

consumo humano directo de especies marítimas y de costa disponibles, fundamentalmente de peces y moluscos, lo cual ya era parte de las tradiciones alimentarias de las poblaciones presentes en la Gran Nicoya, como se evidencia en los sitios arqueológicos con concheros.

En estas épocas no se podía recurrir a prácticas ancestrales como las fiestas en donde convidaban alternativamente unos caciques a otros, haciendo grandes gastos y presentes, festividades que se alternaban y permitían suplir las faltas de comida. Una fiesta de este tipo fue documentada por Fray Pedro Simón entre los Muisca, Colombia un pueblo de la familia lingüística Chibcha (aunque se conoce que se realizaba ampliamente en el continente). Este tipo de actividades conllevó la celebración con danzas, música, cantos, al culminar el ciclo agrario (la preparación de las tierras para una nueva siembra), y solían ser muy eficaces (Jesús Antonio Quiñones, 2010, pp. 90-91). En el caso costarricense, este tipo de prácticas podría estar reflejadas etnográficamente en los trabajos colectivos donde se aplica la reciprocidad a mano devuelta, chichadas, entre otras festividades.

Además de los fenómenos naturales que afectaron las cosechas, el acceso desigual a los alimentos por parte de las poblaciones durante la época colonial, fue un problema relacionado con la dominación. Tanto los conquistadores como las poblaciones indígenas ejercieron distintos mecanismos de poder. En el primer caso, los ibéricos exigieron a indígenas cuotas de alimentos tanto para la sobrevivencia, como para el comercio inter e intra regional, como se ha señalado en la presente investigación.

Por su parte, los indígenas establecieron durante las primeras décadas de la conquista y durante toda la época colonial diversos mecanismos de resistencia. El poder emergente se evidencia en los mecanismos de resistencia, entre ellos con la quema de sus plantaciones para que estas no pudiesen ser aprovechadas por los ibéricos y criollos, limitando con ello las incursiones de extracción de indígenas de las zonas más alejadas a los centros urbanos, espacios que no pudieron ser completamente colonizados como Talamanca.

Tanto las poblaciones indígenas dominadas, como las españolas y con ellos esclavas, vivieron inseguridad alimentaria, además de las limitaciones en torno al conocimiento de los alimentos y su adecuada preparación por parte de las huestes españolas. Por otra parte, la exigencia de amplias cuotas de productos a las poblaciones indígenas provocó tensiones ambientales y para las especies principalmente terrestres y en la producción agrícola ya que esta se debió intensificar.

Enfermedades durante la época colonial según las fuentes documentales

El lapso que se incluye en el presente apartado se caracteriza por 2 momentos claves: el primero comprende del siglo XVI al XVIII, cuando las diversas poblaciones, tanto europeas como africanas y amerindias, consideraban que las enfermedades y los padecimientos ocasionados por estas no solo representaban alteraciones físicas o psicológicas del organismo o cualquiera de sus partes, sino también respondían a castigos por desobedecer las normas sociales y religiosas, por lo que representaron consecuencias individuales y colectivas. (Annette Kerckhoff, 2015; Rosalba Piazza, 2012). La segunda etapa incluyó el conocimiento científico de la época y corresponde a nociones modernas, en donde se fue dejando de lado las nociones religiosas como consecuencia de las ideas de la ilustración, los avances en los conocimientos sobre salubridad, las reformas borbónicas, entre otras.

De acuerdo con este contexto, las enfermedades afectaron física, moral, social, espiritual y económicamente a las poblaciones. Inicialmente representaron trasgresiones colectivas cuyas causas podían ser explicadas desde el punto de vista ideológico o religioso. Las interpretaciones variaron según el pueblo étnico, género, rangos etarios, así como por el ambiente y lugares en donde vivían las poblaciones. Por ejemplo, los españoles impusieron una visión punitiva en la que se relacionaban las enfermedades con el pecado, lo cual explicaba por qué se consideraba que algunos pueblos eran más propensos a “sufrirlas”, y trasladaron parte de estas creencias a los otros grupos étnicos.

A pesar del nuevo orden que se intentó establecer con la conquista y colonia, las poblaciones afrodescendientes y amerindias mantuvieron ciertas prácticas tradicionales, como buscar a sus médicos y médicas de tradición indígena, siendo los *Awás* o también denominados “sukias” los encargados de la sanación en el caso de las personas indígenas (referidos para Talamanca, Valle Central y Pacífico Sur de la provincia de Costa Rica) (María Eugenia Bozzoli, 1982; 1985; Ricardo Vázquez, 1989; Ricardo Vázquez, Javier Fallas y Ronny Jiménez, 2013), entre otros.

El segundo momento abarca del siglo XVIII en adelante, con la llegada de la Ilustración. En esta época se visualiza a las enfermedades desde la perspectiva de la ciencia moderna, la cual se enfocaba en la persona individual y su papel dentro de la salud pública. Esta medicina moderna buscaba las causas patológicas y ambientales de diverso tipo. Las creencias populares y religiosas fueron descifradas por un imaginario biomédico que asumió la separación del cuerpo y del alma, enfocándose la medicina en la primera (Mónica Eraso, 2016; Annette Kerckhoff, 2015; Rosalba Piazza, 2006; Carlos Viesca, 2013; entre otros), esta forma de asumir la salud se mantiene hasta hoy.

En el caso del continente americano, es preciso recordar que las poblaciones no contaban con la inmunización para las enfermedades que traían las personas europeas y africanas. Muchas de estas enfermedades se han transmitido por el contacto cercano de los seres humanos con animales domesticados... *El sarampión, ...está probablemente relacionado con la peste bovina y/o con el moquillo canino; la viruela está ciertamente vinculada con la enfermedad conocida como vacuna y con varias otras infecciones animales; la gripe¹⁰² es compartida por los seres humanos y los cerdos.* En la actualidad son muchas las enfermedades compartidas entre poblaciones humanas y poblaciones de animales domésticos, e incluyen cerca de 26 enfermedades con las gallinas, 32 con ratas y ratones, 35 con caballos, 42 con cerdos, 46 con ovejas y cabras, 50 con el ganado vacuno y 65 enfermedades relacionadas con los perros (William McNeil, 1984, pp. 52-53).

Aunado a lo anterior, se encuentran las enfermedades causadas por animales salvajes. Entre ellas está la peste bubónica propia de roedores que excavan

¹⁰² La influenza tiene un origen asiático (Francisco Guerra, 1988, p. 43).

madrigueras, la fiebre amarilla que afecta a los monos y la rabia a los murciélagos (*Ibid.*, pp. 53-54), entre muchos otros.

... los parásitos productores de enfermedades aprovecharon tan bien como los seres humanos, las nuevas oportunidades de ocupar los nichos ecológicos abiertos por unas acciones humanas que distorsionaron los esquemas naturales de distribución vegetal y animal. El éxito de los seres humanos supuso una mayor cantidad de un menor número de tipos de plantas y animales, y por tanto un mejor terreno de alimentación para aquellos parásitos que podían florecer invadiendo una sola especie, aunque, como sucedía con casi todas las infecciones virales y la mayoría de las bacterianas, los organismos invasores sólo pudieran progresar durante algunos días o semanas antes que los anticuerpos bloquearan su avance dentro del cuerpo de un huésped determinado (William McNeil, 1984, p. 55).

En América, debido a su aislamiento¹⁰³, se desconocía gran parte de las enfermedades presentes en otros continentes. Debido a lo anterior, la población nativa americana fue la que tuvo más bajas demográficas por vulnerabilidad biológica, al entrar en contacto con las enfermedades foráneas.

Entre las enfermedades que fueron incorporadas por los europeos al continente americano se encuentran el sarampión, la fiebre amarilla, la difteria, la malaria y la peste neumónica (una variedad de la peste bubónica que ataca los pulmones y el sistema respiratorio¹⁰⁴) (Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 37). Algunas de las enfermedades endémicas del “Viejo Mundo” se convirtieron en epidemias regulares y letales en el continente americano. Por ejemplo, las paperas, difteria, los brotes de viruela y sarampión (estas últimas con altos índices de mortalidad) fueron recurrentes en los siglos XVI y XVII (William Mc Neil, 1984, p. 210).

Por otra parte, se cuenta con información sobre algunas de las enfermedades vividas por la población africana, principalmente por el interés económico que representaron los decesos de dicha población. El viaje desde los lugares de extracción

¹⁰³ Aunque, como se ha mencionado, se tiene conocimiento de la relación entre las poblaciones del norte de Asia y noroeste de América por el mar de Bering y el mar de Chukotka, así como, las establecidas por poblaciones del noreste americano con personas de origen nórdico cerca del año 1000 d. C.

¹⁰⁴ Se identificaba porque causaba fiebre, postración y fuertes hemorragias por la nariz y boca, matando a las personas en cerca de 3 días. Su transmisión era por el aliento humano, la sangre y la saliva (Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 37).

y en muchos casos de secuestro incidieron en el estado de salud física y mental, como señala Humberto Triana y Antorveza (1989). *De África se trasladó a América la fiebre amarilla¹⁰⁵, el dengue, la melanuria, las amebas, varias formas de desinteria bacilar, lombrices de Guinea, los parásitos intestinales de la anquilostomiasis,¹⁰⁶ la dermatosis tropical, la elefantiasis y la lepra*. Si bien, la malaria o paludismo no era originaria de África, venía en la sangre de los esclavos, quienes tenían mejores defensas que los hispanos e indígenas para afrontarla (Humberto Triana y Antorveza, 1989, p.43).

Fue en estos momentos cuando las poblaciones originarias de Costa Rica vivieron los estragos de las pandemias. Previo al proceso de conquista, las enfermedades con las que coexistían dichos pobladores, los habían acompañado por mucho tiempo y ya se habían adquirido los mecanismos naturales de inmunización y los conocimientos en medicina tradicional para abordarlos. Las poblaciones americanas llevaban varios milenios aislados de los demás continentes.

Eugenia Ibarra (1998, p. 596) señaló que quizás las epidemias que azotaron en Guatemala y Honduras en 1520-1531 y entre 1545-1548, así como a Panamá y Nicaragua 1520-1534 también pudieron afectar a la población de Costa Rica. Entre ellas la viruela que flageló entre 1520 y 1523, el Sarampión que estuvo presente de 1520 a 1523 y de 1532 a 1534, la peste neumónica en 1529 y la peste bubónica en 1531. Las enfermedades a su vez incidieron en otros problemas, entre ellos los relacionados con la seguridad alimentaria; por ejemplo, en 1610 se indica que: ... *Con la peste grande que hubo los años pasados que causó que se cortasen los pueblos [...J quedaron muy faltos de gente por lo cual no pudieron cultivar ni sembrar las tierras ni cogieron frutos con que han quedado muy pobres...* (CDHCR, 1662, Tomo VIII, p. 254, en Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 37).

En los siguientes siglos se continuaron presentando distintos brotes de estas enfermedades importadas, las cuales causaron decesos entre las poblaciones

¹⁰⁵ En relación con la fiebre amarilla, existen discusiones sobre si su origen es africano o americano. Las poblaciones nativas en ambos continentes tenían una notable resistencia a la enfermedad, posiblemente por inmunidad adquirida durante la infancia, por una infección leve desapercibida. (Humberto Triana y Antorveza, 1989, p. 43).

¹⁰⁶ La anquilostomiasis pronto pasó a ser endémica en varios lugares de América.

originarias del continente americano y posiblemente también entre las de origen africano. Hacia el siglo XVII otra enfermedad de importancia fue la fiebre amarilla, cuyo origen es africano y se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* que llegó al continente americano en barcos de comercio de esclavos (William McNeil, 1984, pp. 211-212). Hacia el siglo XVII se presentaron brotes de la peste bubónica en Europa que incidieron en América.

En términos muy generales, y sin consenso aún entre los historiadores, la principal enfermedad pandémica que azotó al continente americano en la época colonial fue la viruela con aproximadamente 56 millones de muertes (Susana Noemí Tomasi, 2020, pp. 18-19). Fue introducida inicialmente en México, siendo determinante para la caída del Imperio Azteca. Algunas fuentes la consideran como la segunda mayor pandemia de la historia (Eugenia Ibarra, 1998, p. 603).

Al mismo tiempo, a nivel centroamericano se reportó la peste y viruela en 1576 en donde murieron cerca de 300 indígenas en 2 días, mientras que entre 1600 y 1601 la peste atacó a un número indeterminado de personas y provocó su muerte en 3 días. En 1631 se reporta tifus, en 1686 tifus y peste neumónica y en 1693-1694 sarampión, viruela y tabardillo¹⁰⁷ (Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 38).

Muchos de quienes padecieron estas nuevas enfermedades no tenían los mecanismos biológicos ni el conocimiento de la medicina para contrarrestarlos. Esto unido a las campañas de captura de indígenas y su traslado forzoso a pueblos de indios, así como la constante huida de las personas nativas capturadas a los lugares de resistencia, provocó que éstas entraran en contacto con las nuevas enfermedades

¹⁰⁷ *Etim. Voz de origen incierto, quizás de tabardo, porque la erupción cutánea que provoca cubre todo el cuerpo, o bien de tabardo (o tábano), por la semejanza de las manchas que produce con las de la picadura del insecto del mismo nombre; como se indica en el DECH (s. v. tabardo) ... Se documenta por primera vez, en la acepción 'enfermedad infecciosa y, en particular, la causada por algunas especies de la bacteria Rickettsia, caracterizada por una cefalea intensa, debilidad, escalofríos, fiebre alta, estupor y exantema'... Es una voz de gran difusión desde el XVI al XX, que rápidamente desplaza a tabardete, denominación más antigua que, como tabardillo, originariamente designaba toda enfermedad grave por la que los enfermos experimentaban calenturas o fiebres graves, sin que estuviese clara su causa; así se refleja en la caracterización que hace de esta dolencia (o conjunto de dolencias) J. Amar Arguedas en la Instrucción curativa de las Calenturas conocidas vulgarmente con el nombre de Tabardillo, de 1775. s. m. Enfermedad infecciosa y, en particular, la causada por algunas especies de la bacteria Rickettsia, caracterizada por una cefalea intensa, debilidad, escalofríos, fiebre alta, estupor y exantema. Sinónimos: tabardete; tifo; tifus (Diccionario de la Real Lengua Española, 2023).*

y se esparcieran con mayor rapidez entre las diversas poblaciones, no solo con la incursión de los ibéricos, sino también cuando personas capturadas lograban escapar y retornaban a sus territorios.

El azote ocasionado por las nuevas enfermedades, la esclavitud y constantes ultrajes por parte de los españoles en los pueblos de indios, así como la constante huida y resistencia de las poblaciones indígenas, -inclusive apelando a las estrategias de quema de sus sitios habitacionales y recursos alimentarios-, entre otros-, provocó no sólo la baja demográfica, sino también la imposibilidad de asumir el cuidado de su salud de la manera tradicional para los diversos pueblos indígenas, principalmente los reducidos. Lo anterior debió incidir profundamente en sus vidas, ya que como se dijo con anterioridad, la salud no sólo estaba representada por un bienestar físico individual, sino que también era colectivo e ideológico, trascendía en los sistemas de creencias que eran transversales en los diversos aspectos su vida (cotidiana, ideológica, etc.).

Es posible identificar momentos críticos relacionados con el aprovisionamiento de recursos alimenticios. Factores como las plagas, asaltos y otros, incidieron en el estrés alimenticio de los pobladores. Claramente la escasez de alimentos -la cual ha sido documentada en diversos momentos de la época colonial-, incidió en la salud de los distintos pobladores, principalmente las personas concentradas en poblados dependientes de la agricultura y en poblaciones que debían quemar sus cultivos y huir de las “correrías” o incursiones ibéricas de aprisionamiento de indígenas.

Posibles factores ambientales y antrópicos que incidieron en el estado de salud de las personas

Como se indicó en apartados anteriores, frecuentes crisis de acceso a alimentos¹⁰⁸ pueden dejar huella en los restos óseos, ejemplo de ellos son las lesiones como la hiperostosis porótica, criba orbitaria e hipoplasia de esmalte. El acceso a los alimentos en los primeros años de vida debió ser determinante en la sobrevivencia de infantes en la época colonial. La inseguridad alimentaria de las diversas personas,

¹⁰⁸ Se recuerda que no es mono causal, previamente se ha indicado que la hiperostosis porótica, se puede presentar por diversas razones.

aunada a los trabajos forzados, violaciones y múltiples partos, así como diversas agresiones que sufrían las mujeres indígenas y africanas y sus descendientes, durante la conquista y colonia, hizo más crítica su supervivencia y la de sus infantes. No obstante, las carencias en disposición de productos agrícolas afectaron a todas las poblaciones, ejemplo de ello se expone en la tabla 19.

Tabla 19

Tabla con ejemplos de afectación en el acceso y producción agrícola según años y causas

| Año | Producto | Causas |
|------------|------------------------|--------------------------------|
| 1659 | Viveres ¹⁰⁹ | Plaga de langosta |
| 1665-1666 | Maíz y trigo | Plaga de chapulines |
| 1668 | Maíz y trigo | Piratería |
| 1683-1684 | Viveres | Piratería |
| 1688 | Maíz y trigo | Plaga de langosta |
| 1690 | Maíz y trigo | Disminución del área cultivada |
| 1693 | Trigo | Prohibición a exportación |

Fuente: Yamileth González, 1984, p. 130, en Rina Cáceres, 2020, p. 36.

Entre las razones de la escasez de alimento, se encuentran las devastaciones causadas por las plagas, las cuales pudieron abarcar grandes extensiones. Por ejemplo, en la fase terminal de la *Pequeña Edad del Hielo* (PEH), específicamente con las oscilaciones climáticas del último cuarto del siglo XVIII, se presentaron condiciones atmosféricas que afectaron, entre otras partes al hemisferio norte, lo que incidió a nivel regional. En México se han documentado langostas *Shistocerca piceifrons piceifrons* procedentes de América Central, cuya travesía abarcaba desde la península de Nicoya en Costa Rica, hasta las tierras bajas de Soconusco en Chiapas. Estos no fueron eventos aislados, y podían extenderse por varios años. En 1797 inició una plaga en Costa Rica, que culminó en 1805 en las tierras altas de Guatemala y Oaxaca. Aunado a las plagas, los episodios de sequías y lluvias torrenciales también incidieron en el acceso a los alimentos. Ambos fenómenos - plagas y sequías- fueron causales de desplazamientos de las poblaciones en búsqueda de alimentos. Además, ambos factores se han propuesto en la explicación del colapso de estructuras económicas y sociales de muchos lugares en América

¹⁰⁹ No se especifica en las fuentes.

Central entre 1768 y 1772 (Luis Alberto Arrijoja, 2019, pp. 15-17), así como en el pasado.

Los problemas ocasionados por las sequías, los fenómenos de *El Niño Southern Oscillation* (ENSO) y de La Niña provocaron olas de calor, fríos, así como lluvias torrenciales en diversas partes de la provincia de Costa Rica, productos de las oscilaciones causadas por el final de la PEH-(Luis Alberto Arrijoja, 2019, p. 18). Lo cual aunado a la ubicación geográfica y la incidencia de fenómenos climáticos desencadenaron desastres naturales. Por ejemplo, hacia 1800 se reportó en Escazú estragos causados por un huracán que destruyó siembras y derribó la iglesia y algunas casas (Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 158).

Entre los fenómenos naturales de índole geológico que afectaron el bienestar físico y psicológico de las personas, se encuentran los temblores, terremotos, y erupciones volcánicas. Las subducciones y rupturas de la placa interoceánica de Cocos, Caribe y la placa de Panamá, así como las actividades del Arco Volcánico Centroamericano tuvieron un impacto directo sobre los recursos en diversos poblados, fuese en mayor medida (con caída de infraestructura) o menor, por ejemplo, con la ceniza de los volcanes y el impacto directo sobre la salud (principalmente respiratoria y cutánea), así como en los campos de cultivo y con los animales domésticos.

Dichos fenómenos y los problemas que causaron fueron asumidos y explicados por los pobladores desde su sistema de creencias.

Por ejemplo, en 1781, un año difícil se dispuso lo siguiente:

... atendiendo a la esterilidad de frutos y enfermedades que están experimentando en esta provincia sido como es el socorro y asilo de ella la Virgen de los Angeles y Nuestra Señora de Ujarrás resuelbe... que con benia y licencia de su merced el señor cura y vicario de esta ciudad se traigan en prosesion a esta parrochia y se les diga un novenario de misas y su novena a costa de los debotos asistiendo a ella este Ayuntamiento el día que señale el dicho señor vicario... (León Fernández, 1886, p. 338, en Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 146).

Para el caso de las plagas, es posible que algunas políticas de salubridad, como las indicadas en Nicoya para 1731 por el viajero inglés John Cockburn, fuesen mecanismos locales tradicionales para su prevención: *Los indios no permiten que*

nada crezca en sus alrededores, excepto árboles frutales, por temor de que se alberguen allí los insectos nocivos, y este método es en efecto tan bueno que no se ve ningún mosquito en toda la villa, aun cuando las montañas cercanas están cubiertas de bosques (1976, pp. 15-16).

Dichas acciones estaban relacionadas con el intento del control de plagas, ya que, insectos como las langostas pudieron presentarse en la zona desde épocas antiguas¹¹⁰, previo al proceso de conquista y etnocidio del siglo XVI. Es conocido que las plagas de langostas fueron muy temidas debido a que arrasaban todos los sembradíos a su paso. Una vez que llegaban a un lugar se podían mantener por varios años, en los cuales no era posible reactivar la producción. En la provincia de Costa Rica, esta situación se presentó y documentó en 1688, 1730, 1771 y 1774, en los últimos años del siglo XVIII y los primeros del XIX. Como se indicó, en 1798, una plaga de langosta afectó el Pacífico de Centroamérica afectando entre otros poblados a Bagaces en Guanacaste. Para 1800, ya se encontraba en el Valle Central, en donde se mantuvo azotando hasta 1802, siendo la última plaga de langosta que se conoce para la época colonial (Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p. 157)¹¹¹.

El estudio de los episodios de plagas durante la época de estudio es fundamental. Las poblaciones que fueron vulnerabilizadas por los colonizadores y criollos (entre ellas los indígenas y africanos y sus descendientes), a duras penas sobrevivían en épocas de buena producción agrícola. Lo anterior debido a las grandes cuotas de tributos y otros productos exigidos por parte de las diversas autoridades y encomenderos. En épocas de crisis y escasez alimentaria, dichas

¹¹⁰ Los problemas ocasionados por la pérdida de cultivos por ataque de plagas, pero también por sequías e inundaciones -según las características atmosféricas de los diferentes años- (inclusive alternados con erupciones volcánicas, movimientos sísmicos, entre otros), podría explicar -entre otros factores- la concentración de asentamientos antiguos (previos a la conquista y colonia) en espacios costeros como sucede en Bahía Culebra y la ingesta de recursos marinos en mayores cantidades.

¹¹¹ Para defenderse de las langostas, en el Valle Central se aplicó técnicas poco eficaces, entre las que están el uso de los instrumentos de labranza como armas, matando los insectos a golpes, abrían zanjas grandes que llenaban de larvas, las sepultaban y pisaban, también trataban de ahuyentarlas con bullicio para lo que utilizaban redobles de tambor, gritos y tiros de fusil. Se recurrió a la contratación de personas para contrarrestar las plagas y se solicitaba distintos insumos a la población de la provincia para poder cubrir la alimentación de dichos empleados (*Ibidem*).

personas estaban casi condenadas a perecer por hambre. Es posible que estos episodios de escasez alimentaria repercutiesen en la muerte infantil, en la de poblaciones adultas mayores, propiciara abortos y otros causales de decesos aún por investigar. De igual manera, la desnutrición e inanición debilita el organismo. Las personas eran más propensas a tener enfermedades, entre ellas las infecciosas propias de la vida en asentamientos “urbanos”, razón por la que los diversos habitantes de los principales centros de población estaban más expuestas a las enfermedades.

Además, existe correspondencia entre los cambios ocasionados por erupciones volcánicas con la presencia de plagas, así como por los efectos del ENSO-ENOS¹¹² en Centroamérica y el sur de México (Luis Alberto Arrijoa, 2019, p. 19). Por otra parte, los eventos denominados Mega-Niño (denominación dada por la magnitud de sus efectos a escala planetaria) repercutió en la cantidad y calidad de los alimentos producidos. Se cuenta con más información sobre este fenómeno y su impacto en los últimos 200 años. Por ejemplo, para Costa Rica el ocurrido entre 1877-1878¹¹³ el impacto del Mega-Niño se manifestó como déficit de precipitaciones desde junio de 1877 hasta de 1878 y aumentos positivos en la temperatura superficial del aire.

¹¹² El Niño/Oscilación del Sur ENSO son las siglas en inglés. Es un fenómeno natural ocasionado por la oscilación de temperaturas en el Pacífico ecuatorial. El Niño constituye la interacción climática océano-atmósfera a gran escala, asociada a un calentamiento periódico y recurrente de las temperaturas en la superficie del mar (TSM) que se extiende en todo el océano Pacífico ecuatorial, central y este-central. A escala interanual (2 a 7 años) el ciclo de ENOS domina la variabilidad en el océano Pacífico. Este fenómeno puede fluctuar de 2 maneras: más cálido de lo normal en aguas ecuatoriales del océano Pacífico central y oriental (El Niño) y temperaturas de la superficie del mar más frías de lo normal en el océano Pacífico ecuatorial central y oriental (La Niña). Dicho fenómeno causa variaciones en los ciclos de lluvia, temperaturas superficiales y vientos. Debido a la presencia de la Zona de Convergencia Intertropical al Sur de Centroamérica, el ENOS en su fase cálida altera las precipitaciones de gran parte de Centroamérica reduciendo las lluvias en el Pacífico y haciéndolas más intensas en el Caribe (Sin Autor, 2022).

¹¹³ El fenómeno inició en octubre de 1876 con intensas sequías en diferentes zonas del planeta y fuertes lluvias en otras. *El Mega-Niño de 1877-1878 se caracterizó por intensas sequías en África, el Sudeste Asiático, India y el norte de China, que provocaron hambrunas cuyo resultado fue la muerte de más de veinte millones de personas, mientras que en América del Sur hubo déficit de lluvias y sequías en el nordeste de Brasil (donde la acción conjunta de las sequías y las epidemias ocasionaron centenares de miles de muertos), así como en la porción norte del subcontinente y el altiplano andino, mientras que intensas precipitaciones e inundaciones se reportaron en el sur de Ecuador, el norte de Perú, el centro de Chile y la cuenca del río Paraná (Aceituno et al., 2008). En los Estados Unidos las condiciones de sequía propiciaron el desarrollo de una epidemia de fiebre amarilla, debido a la difusión del mosquito *Aedes aegypti* (Díaz & McCabe, 1999) (en Ronald Díaz-Bolaños y Erick Alfaro-Martínez 2016, pp. 22-23).*

Según José Retana (2000) los aumentos en la temperatura ambiental y la distribución irregular de las precipitaciones en el Pacífico Norte de Costa Rica en los años en los que se presenta el fenómeno de El Niño favorecen en los periodos de cópula y ovipostura (acción en el que las hembras entierran y depositan ootecas o masa de huevos alargadas con más de 100 huevos cada una) de la langosta y propicia su hacinamiento. Lo anterior desencadena en la gregarización del insecto y en el posterior surgimiento de nubes de langostas (*Schistocerca piceifrons piceifrons*). La temperatura y humedad relativa del aire, precipitación, brillo y radiación solar son los elementos meteorológicos que propician el crecimiento, reproducción, migración y adaptación de los insectos (José Retana, 2000, p. 75; Ronald Díaz-Bolaños y Erick Alfaro-Martínez, 2016, pp. 23, 26).

Durante el evento del Mega-Niño de 1877-1878 además de las pérdidas de la producción, sequía y demás problemas ocasionados tanto por el clima, como la peste de langostas (denominados también chapulines o saltamontes cuando están en la etapa de “salto”), se presentaron epidemias. Por ejemplo, el sarampión se reportó en Cartago, Nicoya y Santa Cruz. También se presentaron calenturas en Nicoya, viruela en Nicoya y Cañas, la disentería en Esparza y La Unión y la “fiebre maligna” (tifoidea inflamatoria) en Santa Cruz. En tanto, para la zona del Caribe, las precipitaciones provocaron grandes daños en los puentes ferroviarios de Matina y Moín, así como inundaciones en distintos lugares de la provincia de Limón (Ronald Díaz-Bolaños y Erick Alfaro-Martínez, 2016, p. 29). Si bien los datos de este fenómeno y otros semejantes que se presentaron en épocas posteriores a la colonial y escapan de la cronología abordada en la presente investigación, permiten ilustrar la magnitud de su impacto en Costa Rica y a nivel Centroamericano y efectos “secundarios” como la manifestación de epidemias asociados a éstos.

Durante la época colonial, las fuentes documentales han reportado la presencia de estas nubes de langostas en Costa Rica en los años 1659, 1665-1666, 1688, 1730, 1771, 1774, 1798-1800, las cuales provocaron grandes daños en los cultivos y sementeras (Ronald Díaz-Bolaños; Erick Alfaro-Martínez y Leninger Leitón-Gutiérrez, 2018, pp. 54-55). Lo anterior podría estar correspondiendo con momentos de impacto por fenómenos de El Niño o principalmente Mega-Niño, de

los cuales se cuenta con menciones particularmente de los espacios que concentraban la mayor cantidad de población (Pacífico e Intermontano Central).

Otro fenómeno natural que permitía el desarrollo de las plagas de langostas eran las erupciones volcánicas (Luis Alberto Arriola, 2019). En el caso costarricense, los reportes históricos escritos de actividad volcánica no son muy numerosos, las razones de lo anterior se desconocen, pero es muy poco probable que se deba a la carencia de este tipo de eventos. Se tiene registro de erupciones volcánicas en épocas antiguas y coloniales como se detalla en la tabla 20.

Tabla 20

Tabla con el listado de fechamientos de erupciones volcánicas según cordillera y volcán

| Fechamientos registrados | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--|---|
| Cordillera Volcánica de Guanacaste | | | Cordillera Volcánica Central | |
| Volcán Arenal | Volcán Miravalles | Volcán Rincón de la Vieja | Volcán Turrialba | Volcán Irazú |
| Muestra y edad | | | | |
| AR-22:1968 E.C ¹¹⁴ . | Horn-6: 410 BP ¹¹⁵ | RV-CH-D14: 1650 d. C. | 89-3: 644 d. C. (597–668 d. C.) | Bajo colada Cervantes: Promedio calibrado de 16 840 años a. P. ¹¹⁶ |
| AR-21:1440 E.C. | Horn 5: 540 BP | RV-CH-D6: 1357 y 1390 d. C. | T-20-m-4: 131 d. C. (31–318 d. C.) | Colada Oriental: 23 000 a. P. |
| AR-20: 1400 E.C. | 62818-5: 2070 BP | RV-CH-D7: 697, 460 y 490. d. C. | T-100: 27–49 A.D. (38 a.C.-76 d. C.) | Colada Oriental: 20 000 ± 12 000. a. P. |
| AR-19: 1020 E.C. | 62818-2/62818-10: 670 BP | RV-P9-D5: 189 d.C. | T-109-7: 36 a. C.–1 d. C. (87 B.C.-63 d. C.) | Colada basáltica Occidental: 57 000± 13 000 a. P. |
| AR-18: 1020 E.C. | Horn-7: 795 BP | RV-P5-D13: 915 y 1130 a.C. | T-27-b-10: 397 a. C. (479–260 a. C.) | |
| AR-17: ~750 E.C. | 62818-8: 1120 BP | RV-P2-D8: 1329 a. C. | 5-2-89: 760–560 a. C. (802–401 a. C.) | |
| AR-16: ~700 E.C. | 62818-13: 1275 | Río Blanco: 1815 a. C. | T-26-b-10: 796 a. C. (905–409 a. C.) | |

¹¹⁴ E. C.: Era Común en el calendario Gregoriano.

¹¹⁵ Calibradas BP: Antes del Presente (presente 1950).

¹¹⁶ A. P.: antes del presente (en español).

| Fechamientos registrados | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|
| Cordillera Volcánica de Guanacaste | | | Cordillera Volcánica Central | |
| Volcán Arenal | Volcán Miravalles | Volcán Rincón de la Vieja | Volcán Turrialba | Volcán Irazú |
| AR-15: 650 E.C. | 62818-17 3310 BP | RV-P9-D1-2: 3650 a. C | 1-6-89: 831 a. C. (966–800 a. C.) | |
| AR-14: ~550 E.C. | Horn-4: 5300 BP | Tefra Unidad grupo 2: 29080 a. C. | 11-9-89: 1258– 1218 a. C. (1493– 917 a. C.) | |
| AR-13: 430 E.C. | 62818-22: 740 BP | | 4-10-89: 1406 a.C. (1520–1133 a. C.) | |
| AR-12:170 a. E.C. | 62818-24: 1785BP | | T-80: 7314–7203 a. C. (7514–6826 a. C.) | |
| AR-11: ~270 a. E.C ¹¹⁷ . | 62818- 2462-2: 1615 BP | | | |
| AR-10: 380 a. E.C. | | | | |
| AR-0: 1250 a. E.C. | | | | |
| AR-8: ~1450 a. E.C. | | | | |
| AR-7: ~1650 a. E. C. | | | | |
| AR-6: ~2250 a. E.C. | | | | |
| AR-5: ~2800 a. E.C. | | | | |
| AR-4: ~3350 a. E.C. | | | | |
| AR-3: ~3900 a. E.C. | | | | |
| AR-2: ~4450 a. E.C. | | | | |
| AR-1: 5060 a. E.C. | | | | |

Fuente: Volcán Arenal: (Gerardo Soto y Linda Sjöbohm, 2005, p.6); Volcán Miravalles (Peter Crowley, Ryan; Alvarado Guillermo; McCanta, Molly; Barca, Malia; Davis, George y Luis Hurtado de Mendoza, 2022); Volcán Rincón de la Vieja (Irene Aguilar y Guillermo Alvarado, 2020, p. 6); Volcán Turrialba (Mark Reagan; Eliécer Duarte; Gerardo J. Soto y Erick Fernández, 2006, p. 237) y Volcán Irazú (Guillermo Alvarado y Ana Vega, 2013, p. 108)

Para el caso de las erupciones más importantes del volcán Arenal, éstas debieron afectar a las poblaciones asentadas en el sector de la cordillera volcánica de

¹¹⁷ a. E. C.: Antes de la Era Común.

Guanacaste, principalmente hacia el oeste (desde el volcán hacia La Fortuna y hasta Tilarán. Además de los peligros habituales por erupciones¹¹⁸ (Gerardo Soto y Linda Sjöbohm, 2005, p. 7), las poblaciones pudieron enfrentar estrés alimentario, contaminación de fuentes de agua dulce, muerte de animales, avalanchas y con ello se debieron presentar desplazamientos a otras zonas, además de tensión (estrés psicológico e ideológico -según los sistemas de creencias).

Entre las primeras referencias de sismos y volcánicos de la época colonial están las del siglo XVII, en el caso de los volcánicos, el 15 de marzo de 1719, el gobernador Diego de la Haya brindó un reporte al Rey en el que decía: *...Y por tiempo nacen y proceden de este volcán (Irazú) diferentes temblores que han arruinado y maltratado sus templos y casas*. Uno de los eventos más importantes se dio el 16 de febrero de 1723, cuando inició un periodo de gran actividad en el volcán Irazú con erupción de cenizas, escorias y múltiples temblores. Esta actividad volcánica se presentó entre 1723 y 1726. En noviembre de 1781 *la Audiencia autorizó la reedificación de la iglesia parroquial de Cartago que se hallaba arruinada por temblores de tierra* (cuya fecha no se especifica). Finalmente, el último temblor fuerte de la época colonial se reportó el 10 de abril de 1821 (Luis Diego Morales, 1986, pp. 94-95). Para épocas republicanas se menciona que el 14 de julio de 1856, hubo un temblor fuerte cuya duración se prolongó cerca de 4 minutos, presentando varias réplicas.

No obstante, los eventos naturales hay que analizarlos según el lugar del país en el que suceden y las características específicas del lugar y el interés evidenciado por las fuentes. Por ejemplo, como señalan Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano (2001), en el caso de Cartago durante el siglo XVII, el maíz daba mejores rendimientos que el trigo (lo cual no significa necesariamente que sea mucho) a pesar de las fuertes lluvias, sequías, plagas de langostas, siembras

118 Entre los peligros principales estuvo la salida y dispersión de gases a la atmósfera (que eran trasladados por los vientos que se dirigen al oeste), proyección y caída balística de bloques, erupciones estrombolianas pequeñas a moderadas, erupciones vulcanianas con columnas de cenizas, erupciones estrombolianas fuertes con caída de cenizas, erupciones plinianas con columnas de cenizas, flujos piroclásticos, colapso de columnas piroclásticas densas, colapso de frentes de colada de lava, flujos de bloques y cenizas y colapsos de columnas de diverso tipo de erupciones, coladas de lava blocosas, lahares, deslizamientos y avalanchas, sismos, entre otros (Gerardo Soto y Linda Sjöbohm, 2005, p. 8).

reducidas y destrucción de sementeras por parte del ganado. Sin embargo, los encomenderos especulaban y no colocaban el producto en los mercados hasta que la carestía aumentara los precios (pp. 32-33). En este caso, a pesar de las inclemencias del tiempo y las plagas, al menos los encomenderos tenían posibilidades de obtener beneficios con la especulación de sus cosechas, pero debido a estas políticas económicas, las personas vulnerabilizadas igual tenían problemas de acceso a los alimentos, afectando a distintos estratos de la población.

Por otra parte, hubo sectores del país en donde las características climáticas incidían en el estado de salud de las personas. Hacia el año 1770 los misioneros franciscanos establecieron un nuevo pueblo de indios en “el potrero de Bugaba” en la zona sur de Costa Rica, al cual llamaron “Nuestra señora de Guadalupe” (que distaba 3 leguas de San Francisco de Térraba hacia la frontera con Chiriquí). Para 1805 se señala a este lugar como “malsano”, razón por la cual habían muerto más de 5 religiosos jóvenes y en 12 días habían fallecido por las “pestes” 14 indígenas junto al padre reductor, por lo que los restantes casi 100 indígenas fueron trasladados a San Francisco de Térraba (Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 265, 271).

Esta situación se mantuvo en el tiempo en algunos lugares. Por ejemplo, durante la segunda mitad del siglo XIX se llevó a cabo obras de infraestructura asociados a la construcción del ferrocarril, para “el saneamiento” de espacios en Limón, lo anterior debido a que por el estancamiento de aguas se consideraba insalubre o “malsano” por las enfermedades transmitidas por mosquitos. (Helmuth Polakowski, 1876, en Fernando González y Elías Zeledón, 1999, p. 126). Para 1879 Rafael Orozco se refería a las obras de saneamiento:

Ha habido un particular empeño en rellenar y nivelar las calles, alejando así los pantanos de otro tiempo; medida benéfica que ha mejorado notable la salubridad. En favor de ésta, basta decir, que de cien personas que formaban parte de la comitiva, a pesar de ser todos del interior y no haberse guardado del agua, del sereno y de haberse trasnochado, regresaron sin embargo sanas, sin presentar síntoma alguno de calentura o de otra enfermedad (s. p., en Fernando González y Elías Zeledón, 1999, p. 171).

Sin embargo, este proceso de saneamiento llevó su tiempo. Entre 1882 y 1888 la ciudad de Limón estaba habitada por unas 2000 personas y la salubridad estaba muy mal, eran frecuentes las fiebres maláricas, que muchas de las locales y migrantes

fallecieron. Por esta razón, se sugirió que la sociedad masónica (única organizada en Limón) se hiciera cargo. Así una comisión se apersonó ante las autoridades del puerto y en conjunto acordaron la higienización de Limón y la contratación de un médico en el exterior, el Dr. Céspedes. Al llegar dicho médico a la ciudad ordenó la eliminación de tanques y barriles para la captación de agua llovida (dicha ciudad carecía de cañería), ordenó la limpieza de los solares, limpiar las casas y fumigarlas (quemando sacos de gangoche untados con alquitrán), así como que se bebiera jugo de limón por las mañanas, entre otras medidas (Rafael Armando Rodríguez, 1958, en Fernando González y Elías Zeledón, 1999, pp. 243-245).

Las interacciones entre las poblaciones y los entornos ambientales durante la época colonial permiten acercarse a los factores sociales que influyen en la gestión de los recursos naturales, si bien se mencionan algunos problemas sociales, la transversalidad de los sistemas de creencias en la vida de las personas, les permitió generar mecanismos culturales para el control por ejemplo de las plagas (mediante la vigilancia de especies sembradas, como en Nicoya y posiblemente otras partes de Costa Rica), la adaptabilidad y resiliencia ante los desastres (por medio de su fe y a nivel económico reconstruyendo los espacios e infraestructura afectada) y en el caso de las enfermedades también por medio del sistema de creencias.

Si bien, esta es una concepción bastante antropocéntrica, es preciso recordar, que varias de las poblaciones étnicas que confluyeron en el país, explicaban estos fenómenos desde un punto de vista de idealización de la naturaleza y el papel que esta adquiriría en función de sus deidades y el cumplimiento o no de las normas sociales, etc., lo que cambiaba era si las explicaciones sobre las razones del impacto de la naturaleza se realizaban desde el cristianismo o desde otro sistema de creencias o religión.

La salud de los siglos XVI a inicios del XIX, casos seleccionados de las fuentes documentales

Si bien hay muy poca información sobre las enfermedades y procedimientos de cuidado indígenas a la llegada de los ibéricos a Costa Rica, es interesante leer una de las primeras referencias que se tienen para esta provincia. En la carta de relación de Cristóbal Colón, escrita el 7 de julio de 1503 en Jamaica a sus majestades católicas, al narrar su experiencia en el litoral de Costa Rica señaló:

En Cariay, y estas tierras de su comarca son grandes fechíceros y muy medrosos. Dieran el mundo porque no me detuviera allí una hora. Cuando llegué allí, luego me enviaron dos muchachas muy ataviadas; la más vieja no sería de once años y la otra de siete; ambas con tanta desenvoltura, que no serían más que unas putas; traían polvos de hechizos escondidos; en llegando las mandé adornar de nuestras cosas y las envié luego a fierra... Cuando yo andaba en aquella mar en fatiga, en algunos se puso heregía que estábamos enfechizados, que hoy día están en ello (Jorge Lines, 1938, pp. 416-417).

Gracias a esta cita es posible inferir los choques culturales que se dieron en este primer encuentro entre españoles e indígenas en Cariay. En primer lugar, evidencia el papel que se le daba a las mujeres en las diferentes culturas, independientemente de su edad. Si bien se resalta la desenvoltura de las niñas o jóvenes y el rol que desempeñaban en su cultura de procedencia, ya que tuvieron un papel protagónico al ser quienes establecieron el primer contacto con los foráneos y lo hicieron de una manera desenvuelta. También reflejan la cultura española de la época, la cual daba a las mujeres un papel sumiso en relación con los hombres, en el ámbito de lo privado, doméstico (bien señalado por Mónica Eraso, 2016), por lo que infieren que dicho comportamiento y desenvoltura solo podían responder a un desempeño como prostitutas. Por otra parte, justifica la “herejía” de sus congéneres debido a que fueron impactados por hechizos escondidos y no al tipo de personas que eran, su lívido, intereses y el rol de superioridad que asumieron.

Evidentemente, es lógico que no se cuestionara este comportamiento, sino que por el contrario se justificara culpando a la otredad. No obstante, es conocido que algunas personas sobre todo pertenecientes a órdenes religiosas sí hicieron reflexiones más contextualizadas en diferentes momentos de la colonia.

Lo anterior, en concordancia con lo expuesto por Nelson Maldonado (2007, p. 131), evidencia la colonialidad implementada sobre las poblaciones indígenas, en

donde se presentó un *patrón de poder como resultado del colonialismo que más allá de estar limitado a una relación formal de poder entre dos pueblos o naciones, se trasladó a diversos aspectos de la vida de las poblaciones racializadas mediante las relaciones intersubjetivas se articulan entre sí.*

Por su parte, Fray Bartolomé de las Casas (en Historia de las Indias) también menciona las prácticas de “hechicería” de los indígenas de Cariay:

"...porque por ventura se usaban hechizos entre ellos, y presumióse porque, cuando llegaban cerca de los cristianos, derramaban por el aire unos polvos hacía ellos, y de los mismos polvos hacían sahumerios, procurando que el humo fuéase hacía los cristianos¹¹⁹; y por este mismo temor, quizá, no quisieron que quedase con ellos cosa de les que les habían dado de las nuestras... (Jorge Lines, 1938, p. 417)¹²⁰.

Gonzalo Fernández de Oviedo, señalaba que para el Pacífico norte (Nicoya e Isla de Chira), se sembraban plantas con propiedades estimulantes y medicinales como el cacao y el tabaco. Del cacao se extraía una manteca o aceite, que además de alimento se utilizó para la curación de males, dolencias y llagas “... *que su misseriçordia usó conmigo esta piedra, é acaso llevaba aquel poco de açeyte; pero llevaba mas de dos hanegadas de aquella almendras, é en una isla que se diçe Pocosí, que está en el golpho de Orotiña, las hie haçer todas aceyte é aquella negra mia que lo sabia muy bien hacer*” (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1976, pp. 73-74).

También existen descripciones de insectos que ocasionaban incomodidad y malestar, ejemplo de ello son las “niguas”. Fernández de Oviedo menciona que, en Tierra Firme, en los campos hay muchas aguas y en ellas hay “zarahuehes” y de las hiervas también se pegaban muchas garrapatas, algunas más menudas que sal molida, las cuales:

“...se cuajan o hinchen las piernas de ellas, y por ninguna manera se las pueden quitar ni despegar de las carnes, sino de una forma, que es untándose con aceite; y después que un rato están untadas las piernas o partes donde las

¹¹⁹ Lo cual, como sucedió también en otros lugares del continente americano pudo darse por diversas razones, entre ellas las diferencias respecto a las prácticas de higiene practicadas por las personas nativas americanas y las españolas y el deseo por opacar los malos olores de estos últimos.

¹²⁰ La documentación colonial permite un acercamiento a los procesos de higienización establecido por las poblaciones indígenas, que, junto con la disposición de los asentamientos, las cercanías con las fuentes de agua, entre otras evidencias que hubo una asociación entre la higiene personal y colectiva y la reducción o minimización de las enfermedades y posiblemente con concepciones de estética y convivencia. Al igual que sucedió en otras partes, se buscó minimizar los malos olores que expedían los forasteros mediante diversos recursos, entre ellos flores, inciensos, etc.

tienen, ráenlas con un cuchillo, y así las quitan; y los indios que no tienen aceite chamúscanlas con fuego, y sufren mucha pena en se las quitar (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1950, pp. 242-243)

Dentro de la agencia en el bienestar relacionado con la presencia de las personas y el aprovechamiento del entorno, son conocidas las prácticas de realizar ungüentos para la piel, éstos les permitía lidiar tanto con los insectos como los señalados anteriormente, mosquitos y otros, así como con el cuidado de la piel ante la irradiación solar. Entre los productos que hasta hace pocos años se han utilizado están la manteca de cacao y el aceite de coco.

En la Relación hecha por el Licenciado Diego García de Palacio al Rey D. Felipe II en 1576, en la que describe la provincia de Guatemala (y otros lugares de Centroamérica), se refiere a las costumbres de los indios u otras cosas notables, señala que en muchos puntos del Océano Pacífico, entre ellos en Costa Rica, se extrae sal con mucho trabajo y riesgo de su salud “*sacan la salmueram que para hacella han menester, de la tierra que la mar baña en sus crecientes, y cuécenla en hornos semejantes á los que los campaneros usan; gastan mucha leña y ollas para cocerlas, por manera, que aunque se podría hacer mucha es costosa, enferma y trabajosa de hacer...*” (León Fernández, 1881, p. 9).

Según lo señalado por Diego García de Palacio, se *presentan muchas praderías, que acá llaman savanas, grandes y de mucho pasto, y en ellas algunas estancias de vacas...* La *considera tierra enferma por la mucha calor y humedad que en ella hay, ya que suelen provocar grandes calenturas y otros males pestilenciales*, atribuidos a mosquitos de 4 géneros, que de atacan de día y noche. Como indica el Licenciado Palacio *Yo vi que un mozo cayó de una picadura aturdido y amortecido por más espacio de dos horas*. Además, había muchas moscas y avispas de diversos géneros a las que consideraban *malas y venenosas, que en picando hacen roncha, y si la rascan, llaga* (León Fernández, 1881, p. 10). Las llagas que producían estos insectos eran difíciles de curar, entre ellas las relacionados con el papalomoyo. Ésta es una enfermedad parasitaria crónica producida por un protozoo del género *Leishmania*. Es transmitida por un insecto-mosquito que se alimenta de sangre generando una roncha que posteriormente, se rompe y luego crea

una llaga o úlcera que puede crecer rápidamente y es difícil de tratar, más si ésta se infecciona.

Dicho marino y científico español (García de Palacio), también reportó alacranes y unos gusanos peludos posiblemente de la familia *Scolopendras* denominadas en Centroamérica *gímanos de fuego*, cuyas picaduras eran muy dolorosas y además ortigaban (crisálidas de varias clases de mariposas), *que con cualquiera cosa que de su cuerpo toquen, emponzoñan y á veces matan, y otros que llaman ciento pies, tan malos y tan venenosos como los dichos, grandes culebras 6 víboras malísimas y otras sabandijas pestilenciales muy dañosas, de diferentes especies, que espantan con los malos efectos que ellas y con ellas hacen.* También describió escarabajos que *crían un cornezuelo en la cabeza* (quizás de la especie *Dynastes o Megasoma*), los cuales consideraban:

...que los malos usan para sus sucias lujurias, de efecto extraño, y para lo mismo hay unos escarabajos muy grandes, los cuernos de los cuales aún son peores y de más mala operación. Yo hablé á un sacerdote á quien unos, sus toscos amigos le hicieron con las raeduras de uno, una burla tan pesada, que ni bañarse, ni unguento rosado, ni sangrar le aprovechó por más de veinticuatro horas. Hay en esta provincia abejas blancas, aunque pocas; hacen la miel y cera muy blanca; no pican tan mal como las otras ordinarias (León Fernández, 1881, pp. 10-11)

Como se desprende de la referencia anterior existía una creencia de que los cuernos de los escarabajos eran afrodisiacos (al menos por parte de García de Palacio y el sacerdote citado, se desconoce si también por parte de la población nativa) (León Fernández, 1881, p. 11). En relación con las descripciones hechas por los ibéricos, si bien algunos de los animales pueden ser peligrosos, no se descarta que el temor que provocaba en los foráneos estuviese relacionado con su desconocimiento y la impresión que les ocasionó el conocer un lugar con flora y fauna tan prolija y ajena a la que conocían.

Entre 1563 y 1565 Diego Caro de Mesa y Juan Vázquez de Coronado recorrieron la provincia de Ara o Talamanca. Los caciques Cabeza, Zurinza y Mesa, fronterizos con dicha provincia, acudieron a dar la obediencia y a servir al rey. El alcalde mayor solicitó a su cirujano que curase al cacique Yaranaba, que llegó gravemente herido en la cabeza y en las piernas, y a otro llamado Iztolín, que lo

estaba en una mano. Ambos sanaron rápidamente lo que causó asombro de las personas indígenas quienes llegaban a pedir remedios para sus enfermedades (Ricardo Fernández, 1941, p. 132).

No obstante, el contacto entre ibéricos e indígenas no siempre fue favorable, como se ha señalado, en gran parte por la exposición a las nuevas enfermedades. Por ejemplo, el Gobernador de Costa Rica Alonso de Anguciana dirigió en 1574 un proceso contra los vecinos de Aranjuez (posteriormente trasladados a Espíritu Santo, entre otras cosas se les acusaba de gastar la hacienda de su majestad, explotar y molestar a los indígenas de Chomes, quienes de 100 no habían quedado más que 25. Los vecinos se defendieron indicando que dichos indígenas se habían dado en encomienda a 3 personas y los que quedaban fueron disminuidos por las grandes enfermedades y pestilencias que el año anterior habían azotado las provincias de Nicaragua y Nicoya. Estas enfermedades provocaron la muerte de 300 personas de Nicoya solo en 20 días (León Fernández, 1881, p. 239).

Por otra parte, entre las enfermedades que se reportan para el caso de los foráneos se encuentra la gota. Esta era considerada una “enfermedad de los reyes” o de las clases pudientes, ya que se presentaba como consecuencia del consumo excesivo de alimentos ricos en grasa, proteínas y el alcohol. La documentación indica a su llegada al continente americano, Cristóbal Colón la padecía (Michael Gerald, 2019).

En relación con las condiciones de salud de las personas negras esclavizadas desde el momento en el que se inicia el éxodo de sus pueblos originarios africanos fueron precarias y la peor posible en la época. Esto debido a las condiciones infrahumanas en que eran transportadas y tratadas en las caravanas y en las embarcaciones. Como consecuencia de la inanición y malos tratos, se presentaban altas tasas de mortalidad. Una vez que arribaron a América, con su salud deteriorada, debían afrontar la explotación, marcaje, abusos de todo tipo, cambios en sus condiciones de vida, dieta, entre otras. En algunos casos, los y las esclavas pasaban de la miseria y hambre extrema en la que venían en los barcos, a mecanismos de “engorde” rápido. Esta era una práctica de los comerciantes de los principales poblados a los que arribaban para venderlos a mejores precios. Desde estos puntos

eran trasladados a diversos lugares del continente americano (Gerardo Martínez, 2014, p. 89), entre ellos Costa Rica como se indicó previamente.

Así, el cuidado de la salud de las personas esclavas “fue abordada” en las principales ciudades de arribo desde un enfoque médico hispano con el fin de asegurar la continuidad de la fuerza de trabajo y mejores precios en las ventas, en lugar de derecho humano o para mejorar sus condiciones de vida.

... muy común que los jueces y partes demandantes solicitaran realizar revisiones de las condiciones de salud de los esclavos a manos de médicos y prácticos para asegurarse de que no se les hubieran ocultado a propósito enfermedades o lesiones, ... pues el gasto en curaciones, en tratamientos o en actos funerarios les hubiera representado una pérdida económica (Gerardo Martínez, 2014, pp. 103-104).

Una vez que las personas esclavas pasaron a ser propiedad privada, ya “gozaban de la protección de sus amos”, lo cual podía implicar el tener acceso al cuidado de su salud a costas de “sus dueños”. Sin embargo, cuando estos cuidados se daban (no muchas veces), era con la finalidad de que se mantuviesen en buenas condiciones para rendir en el trabajo o para poderlos vender a un buen precio (Gerardo Martínez, 2014, p. 104).

De igual manera, las prácticas de explotación al que fueron sometidas las personas esclavizadas tanto africanas como nativas americanas, incidieron determinantemente en su estado de salud. En información del siglo XVI entre los primeros conquistadores habían traído de Nicaragua algunos pescadores de perlas-. En 1687 está el caso de la dote que el capitán Juan de Echevarría Navarro y Ana de Retes dieron a la hija, un esclavo Gabriel de 14 años *biesso para las perlas* valorado en 400 pesos. Bartolomé de las casas señala:

... métenlos en la mar... desde la mañana hasta que se pone el sol; están siempre debajo del agua, nadando sin resuello, arrancando las ostras donde se crían las perlas. Salen con unas redecillas llenas de ellas a lo alto a resollar, ...y si se tardan en descansar, les dan de puñaladas y por los cabellos le echan al agua para que tornen a pescar... Conviertense los cabellos... quemados como pelos de lobos marinos, y saleles por las espaldas salitre, que no parecen sino monstruos en naturaleza de hombres (Rina Cáceres, 2020, p. 79).

En este caso, la adscripción social de las personas contempladas solo como cuerpos que explotar, ya que está determinado como señala Olga Sabido (2011, pp. 37-38) por la clase social, el sexo, estatus, edad, etnia y las diversas combinaciones

de estas, por lo que no se trata de la asignación de sentido al cuerpo, sino de cómo el cuerpo produjo un sentido particular “práctico” -como lo denomina Bourdieu, (citado en Olga Sabido, 2011, Pp. 37-38) que posibilita que lo que se hace con el cuerpo, da cuenta de la sociedad y sus jerarquías, sin que siquiera se cuestionase, de ahí la pertinencia de comprender el orden de las disposiciones, en este caso de la cultura imperial ibérica de la época colonial.

De esta manera se aborda desde la adscripción social dada a las personas y su corporalidad desde las lógicas sociales de la época, lo que posibilitó la excesiva insensibilidad y desprecio evidenciado por parte de los conquistadores e indiferencia por parte de las demás personas beneficiadas de este sistema.

En lo concerniente a las enfermedades, es conocido que fueron denominadas de múltiples formas, entre ellas “epidemias o pestes”. Éstas afectaron tanto a las poblaciones de origen africano, como americano, En el caso de Costa Rica, para el siglo XVII se cuenta con información sobre el azote de enfermedades (ver Tabla 21).

Tabla 21

Tabla con las enfermedades registradas en fuentes documentales para Costa Rica según siglo

| Año | Peste/ enfermedad | Lugar | Consecuencias |
|--------------------------------|-------------------|---|---|
| Siglo XVI¹²¹ | | | |
| 1520-1523 | Sarampión | c. f. Nicoya (Nicaragua, Honduras, Guatemala y Panamá). | (Entre más densidad poblacional, más se propaga). |
| 1529 | Peste neumónica | c.f. Nicoya (Honduras, Nicaragua y Panamá). | |
| 1531 | Peste bubónica | C.f. Nicoya (Nicaragua) | |
| 1573 | Fiebres | Costa Rica y Nicoya | En Nicoya mueren más de 300 indígenas. |
| Siglo XVII | | | |
| 1607 | s. e. | | |
| 1614 | Peste | Valle del Reventazón | Sobrevivieron 12 indígenas en Atirro. |
| 1631 | s.e. | | |
| 1632 | Peste | Valle del Reventazón | - |
| 1645 | Peste | Valle Central | - |

¹²¹ Si bien para el siglo XVI no se tiene mucha información, Eugenia Ibarra (1998) retoma información para países vecinos y señala la posibilidad de que las enfermedades también afectaran a la población costarricense. Entre paréntesis se indican las provincias, actuales países en donde se presentaban cada enfermedad.

| Año | Peste/ enfermedad | Lugar | Consecuencias |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1654-1656 | Viruela/sarampión | Valle Central y Quepos | Disminución del pago de tributos. Indios Quepos no pagan tributos. |
| 1659 | Malos tratos y enfermedades | Turrialba, Chirripó y Quepo | Reducción considerable de la población. |
| 1686 | s.e. | | |
| 1690 | Viruela | Todos los valles | Muere en Orosi el 100% de los indígenas. |
| 1693 | Sarampión | Orosi y Ujarrás | - |
| 1694 | Viruela | Ujarrás | - |
| 1694 | Calenturas | Orosi | Quedan 6 casas habitadas. |

Fuente: Elizeth Payne, 1988, p. 69, en Rina Cáceres, 2020, p. 35; Eugenia Ibarra, 1998, p. 606; Elizabeth Fonseca, Patricia Alvarenga y Juan Carlos Solórzano, 2001, p.38; Juan Carlos Solórzano, 2013, pp. 143.

Hay dos momentos en los que se recrudecieron, particularmente la viruela y el sarampión: 1630-1660 y 1686-1696. También se reportó otras epidemias que en algunos casos fueron de carácter regional. Solamente las décadas de 1620, 1660 y 1670 parecen estar libres de enfermedades y con un repunte de la población o pausa en la curva demográfica descendente. La baja poblacional desembocó en problemas de acceso a los alimentos con el consecuente problema de nutrición. También se contrajo el comercio de maíz y trigo hacia finales del siglo. Este problema en el abasto se intensificó con la presencia de las plagas de langostas / chapulines en el Valle Central y Pacífico Norte, siendo calamidades recurrentes en la segunda mitad del siglo XVII¹²² (Rina Cáceres, 2020, p. 35).

Como se ha indicado previamente, el interés de ciertas referencias históricas en torno a la salud de las personas de la época colonial y principalmente de las poblaciones indígenas y africanas y sus descendientes giraba en torno a la afectación económica que representaban para sus encomenderos, la Corona e instituciones religiosas. Sin embargo, algunos textos permiten ejemplificar el impacto de la conquista y colonia para estas poblaciones. Por ejemplo,

En la expedición que en el año de 1619 del gobernador y capitán general de la provincia de Costa-Rica, D. Alonso de Guzmán, para el castigo de los indios Ayaques, situados en los confines de, Tierra Adentro, frontera de Talamanca, á orillas del rio Tarire (*Teriri ó Telíri* de hoy, y *Estrella*), que se habían rebelado desde 1615 y dado muerte á su doctrinero fray Rodrigo Pérez. En ese

¹²² Como medidas el gobierno colonial aumentó las áreas de cultivo, prohibió las exportaciones y controló el trigo que estaba en manos de productores para que no se diera especulación (Rina Cáceres, 2020, p. 35).

documento consta que el gobernador y su gente se apoderaron de más de 400 indios, que sacaron amarrados hasta Cartago, y de los cuales unos murieron de enfermedades, otros fueron ahorcados y el resto repartidos entre sus llamados conquistadores, el gobernador recogió entre aquellos indios y se apropió algunas águilas de oro, *jicotes*, mantas, *chaquira* (piezas redondas de concha nácar (pie era la moneda de aquellos indios), hachas, ovillos de hilo y otras cosas... Es probable que la palabra *jicotes* fuera el nombre de alguna alhaja del uso de los indios (León Fernández, 1881, pp. 42-43).

El poblado de *Ganga* (según Oviedo), *Caujen* (para Cereceda), y *Camjvl* (como se denominó posteriormente), posiblemente fue una población numerosa, ya que cuando pasó Gil González Dávila se bautizaron 1118 personas. En 1680 el pueblo fue entregado en encomienda a José de Fuentes y Guzmán y en la visita oficial de Juan Romero Tamariz en 1684 tenía 22 habitantes, alcaldes y regidores. Se reportó maltratos como “actividades civilizadoras” por medio de azotes para los indígenas, acción contraria a las ordenanzas. En 1687, siendo Gaspar Sánchez alcalde del pueblo, tuvo lugar la invasión de piratas. Para 1748 fray José Vela forma una nueva población en el antiguo y despoblado asiento de Cangel,

...con indios sacados de Talamanca á Boruca por el maestre de campo Francisco Fernández de la Pastora, y remitidos por agua hasta Cabo Blanco. En 1751 el obispo Morel de Santa Cruz, refiriéndose á Cangel, dice: "este es un pueblo perteneciente á los misioneros del Colegio de Cristo, y su titular San Antonio: hállase situado en una isla del mar del Sur á 7 leguas de la población de Nicoya: compónese de unas pocas casas de paja y hasta 110 indios extraídos de la Talamanca: establecióse en este parage para tenerlos más seguros y sin el peligro de huirse, reconocióse después que el temple era mal sano, de forma (pie el doctrinero no gozaba de salud y los feligreses so morían". Según informe de fray Vela, Cangel quedaba á 10 leguas de Nicoya y 6 al Sur del puerto de la Despensa [hoy puerto de Jesús]. Todo concurro á probar que el lugar señalado en el mapa de Friederichscn como Cangel, es su verdadera situación (León Fernández, 1881, p. 110).

La historia colonial y de etnocidio contra los pueblos indígenas y africanos está llena de historias de maltrato, violaciones y vejaciones físicas, mentales, comunales e ideológicas por parte de los conquistadores y colonizadoras. Los raptos y traslados forzosos de indígenas y esclavos africanos atentaron contra la salud mental y comunal de estas personas. Uno de los múltiples ejemplos para Costa Rica lo representa en Guanacaste el pueblo de Bagací. Dicha ciudad era un lugar de paso del camino de soldados y demás pasajeros, quienes llegaban daban malos tratos a los

indígenas, razón por la cual habían huido dejando el lugar despoblado (León Fernández, 1881, pp. 281-282). De igual manera, se presentaron muchos abusos contra los indígenas a causa de disputas por parte de conquistadores y colonizadores que les exigían el doble de trabajos y servicios.

Los conquistadores también padecieron enfermedades durante sus campañas. Por ejemplo, cuando Jerónimo de Retes se dirigió a la población de San Jerónimo de los Votos en mayo de 1640 en busca de reducir a los indígenas Votos, se enfermaron algunas personas de infantería e indígenas, para quienes no tuvo ningún remedio que darles, por lo que salió al pueblo de Barva y de ahí a Cartago (León Fernández, 1882, p. 256).

Durante el siglo XVII parte de las referencias relativas a las enfermedades proceden de los Protocolos coloniales. Este tipo de documento brinda insumos más allá de lo descrito, responden al deseo de “testadores católicos, apostólicos y romanos” que fuesen o no practicantes en vida, y quisieron manifestar su religiosidad en los albores de su muerte con el fin de tener la posibilidad de lograr la salvación eterna. En la Costa Rica colonial, los testamentos tuvieron 2 funciones principales: el legal en donde se plasmaron los deseos de la persona que pronto moriría en relación con cómo quería que se dispusieran sus bienes, y su estatus social (se especificaba dónde había vivido, nexos familiares, estado civil, etc.), además, el señalar con detalle todos sus bienes también se realizó con el fin de “no dejar nada escondido para presentarse ante Dios con buenas cuentas”. Espiritualmente, este tipo de documentos constituye una especie de confesión final en la cual se reflejan problemas, situaciones íntimas, secretos entre otros (*e. g.* el tener hijos fuera del matrimonio, deudas, etc.) (Carmela Velázquez, 1996, pp. 46-48, 61).

Si bien, los testamentos no presentan un gran detalle en los temas abordados en la presente tesis, brindan datos interesantes (Ver Anexo 5). Por ejemplo, en 1633 se reporta el testamento del Alférez Miguel Calvo, primer hijo de Tomás Calvo y Benita García, finados, que estuvo enfermo por varios años. Si bien reporta varios bienes, se resalta entre ellos *un estuche de cirujano con todas sus piezas; una bujeta de azófar con 8 cajas de unguentos; un puercan y un gatillo para sacar muelas; 10*

ventosas de vidrio; 6 botes de credo de unguentos; 6 alcuzas de China, negras de barro (Luis Machado (escribano¹²³), (1633) Protocolo 5, Legajo 1, 149 dic. 15.).

Lo señalado en las líneas anteriores, se interpreta como los bienes testados por una persona profesional en medicina. Sin embargo, en esa época, la única profesión aceptada académica e institucionalmente era la medicina de tradición hipocrático-galénica impartida en centros de enseñanza superior, las demás prácticas médicas o sanitarias, entre ellas la *cirugía, la flebotomía, la partería, e incluso la labor de los boticarios, solían considerarse trabajos de tipo artesanal*, por lo que no gozaban de gran valoración social como se señaló en otros apartados de la presente investigación. Por su parte, las prácticas de cuidado y sanación de las poblaciones indígenas y africanas, ampliamente practicadas, eran consideradas por la población hispana y sus descendientes, como marginales, *inclusive rayaban la idolatría y la hechicería* (Gerardo Martínez, 2014, p. 90)

Si bien estos documentos no se extienden en grandes explicaciones, se mencionan niveles de enfermedad, por ejemplo, en el caso de las graves, se decía que las personas estaban “enfermas de cama” y “graves de cama” (e. g. Luis Machado (escribano), (1665) Protocolo 5, Legajo 1, Expediente 17. 189, Jn 23, en: Archivos Nacionales (1909), enfermos de locura (Luis Machado (escribano), (1671) Protocolo 5. 29 En. 24). También se reportó la presencia de personas ciegas como Ana de Espinosa y María Guerrero (Ramírez Rodado, Francisco (1688) Legajo II, Expediente 20. Alcaldes: el Capitán don José Pérez de Muro, Sebastián de Sandoval Golfín. Escribano, 63 v. Ag. 10; Ramírez Rodado, Francisco (1690) Legajo II, Expediente 22. 94 v. Set. 6, en: Archivos Nacionales (1909)).

Se presentaron enfermedades por accidentes con animales, ejemplo de ellos en 1737, cuando Don Francisco Guerrero, vecino de Santiago de Veragua, con poder de *don Juan García Romero, del mismo domicilio, vende al S. Mor, don Juan Fco. De Ibarra y Calvo un negro, casta mina, llamado José, como de 18 años, el cual se halla ahora enfermo de la pierna derecha de una cox que le dio una mula. -Precio*

¹²³ Es preciso aclarar que los documentos eran escritos por escribanos u otras personas notarias quienes debían dar fe de las intenciones de las personas difuntas o agonizantes en relación con sus pertenencias, familiares, etc.

260 pesos. (Corre agregado el poder) (De Liendo y Goicoechea, Luis Fernando (escribano) (1737) Legajo VI, Expediente N° 7. II v. Feb. 1., en: Archivos Nacionales (1909, p. 226).

Cuatro años más tarde, en 1741, se escribió el testamento del Capitán don José Castán (en ejercicio de la compañía pagada que de orden de S. M. se reclutó en esta provincia y pasó al valle de Matina de donde salió enfermo). Hijo legítimo de don Salvador Catán y de doña Francisca Díaz, naturales de los Pasajes, provincia de Guipúzcoa. De este legajo resulta de interés a nivel de contenido principalmente dos aspectos: el primero que enfermó en la boca del río en Matina, enfermedad que le llevó a la muerte, y segundo que, entre sus bienes se encontraba una (¿jeringa?) con un cajón de madera, (p. 320) además, era asistido en parte de su enfermedad por don Francisco Lafons, *Médico y Cirujano* de esta ciudad, “*á quien mis albaceas le pagarán con moderación lo que hallaren ser justo, por no haberme medicado con otra cosa que con una purga y un poco de ruibarbo*¹²⁴”(Pedro Carazo (1741), Teniente General. Legajo VI. Expediente N° 17. 30v. J1 14, en Archivos Nacionales, 1911, p. 321).

En relación con el tratamiento de la enfermedad del capitán Castán, el conocimiento de la medicina aún no estaba tan “desarrollada” y las propiedades tanto de las plantas, minerales, metales, así como de lo que ocasionaba las enfermedades no estaban muy claras. Además, las personas que la ejercían no siempre eran médicos graduados. Como señala María del Carmen Reyna (1996, pp. 55, 64-68), los recursos se aprovecharon de diversas formas, por ejemplo, existía variedad de esencias en licores, aceites, gomas y resinas, se sanaron heridas con bálsamos, la zarzaparrilla tuvo múltiples usos, con lo cual se evidencia un claro sincretismo. Sin embargo, la adquisición de las plantas, minerales y otros necesarios para la elaboración de las recetas no era tan sencilla. Por esta razón, al menos en México -y posiblemente en Centroamérica-, se estableció relaciones comerciales con Cádiz y Barcelona para el abastecimiento de las medicinas. Para el caso de la mencionada en la cita anterior, el “ruibarbo” era traído de Manila, ya que era una planta nativa de China.

¹²⁴ Planta nativa de China y se introdujo en Europa en el siglo XIV).

Las prácticas de purga, coincidía con los tratamientos dados en la tradición médica del tratamiento “humoral” expuesto en apartados anteriores de esta tesis. Por otra parte, si bien en la actualidad se conocen los beneficios del ruibarbo *Rheum rhabarbarum* (e. g. es bueno para los ojos, prevenir enfermedades cardiovasculares, ayuda a regular la presión arterial y mejora la circulación sanguínea, entre otras), dichas propiedades se obtienen del tallo. Si por el contrario se utilizaban las hojas, al ser ricas en ácido oxálico, se podía presentar problemas en la salud al causar intoxicaciones que provocan cólicos abdominales, diarrea, vómitos persistentes, hemorragias internas, convulsiones y coma (cuando se da un consumo prolongado por 13 semanas) (Tatiana Zanín, 2020).

Además, en el continente americano se presentaba la acedera *Rumex sp.* denominada en fuentes para México, como una planta silvestre de regiones templadas o frías “axixpatli cóztic o amarillo” o “ruibarbo de los frailes” (*Rumex mexicana Meissn*), la cual era una raíz muy semejante al ruibarbo que también se usaba como remedio (José María López y José Pardo, 1994, pp. 100, 131), por lo que en este caso particular se desconoce si se trataba de la planta americana o la de origen chino.

De esta manera, el desarrollo y acumulación de conocimientos relacionados con el cuidado de la salud llevó a que algunos procedimientos fuesen considerados más efectivos que otros. Esta percepción generalmente fue de índole cultural y en ocasiones respondía más a la tradición (por ejemplo, en el caso de la población ibérica y criolla) que en relación con su efectividad.

Lo anterior se ve trastocado con el momento histórico vivido y la ruptura de los paradigmas existentes, en este caso no sólo el religioso europeo, sino también el de origen africano y americano, siendo quizás más difícil el cambio para los primeros. No obstante, como se verá más adelante, el cambio del paradigma dado por la “ciencia” (o su plural, ya que la ciencia no ha sido homogénea), provocó una supremacía del conocimiento del ser humano en su dimensión física y biológica, que dejó de lado las concepciones religiosas sobre la realidad como bien señaló Juan Cuvi (2015).

Así, los factores que incidieron en el estado de salud de las personas incluían aspectos culturales, ideológicos, políticos y económicos entre otros. En los centros

donde se concentró la población ibérica en América, los y las esclavas eran consideradas bienes de prestigio y de rentabilidad para la élite y Costa Rica no escapó a ello, eran adquiridos para el aprovechamiento de su mano de obra y para la comercialización sus hijos, entre otros intereses.

Una vez que envejecían o enfermaban, los y las esclavas representaban un problema económico para “sus amos”. Durante el siglo XVIII las fuentes revelan cómo se refieren a estas, por ejemplo, respecto a la esclava Estefanía, su dueño reclamó que era *inútil debido a la enfermedad que padecía*¹²⁵. En tanto el “amo” de María expresó su inconformidad hacia la mujer esclava *por padecer la lection y achaque abitual de mal de corazón de que por las lunas adolese y se ymposibilita en muchos dias de poder servir*¹²⁶. Entre los problemas de salud reportados en las personas esclavas, se encuentran los relacionados con los pies, manos, pérdidas dentales, entre otros. Nicolasa, de “casta Mina”, *padece de hinchasones en los pies*, Catalina, de casta Luango, tenía *un diente menos y las manos algo remordidas*. Manuela de 30 años, *los pies rajados y remordidos* y Antonia de 33 años *estuvo mala del pie izquierdo cuando su amo [Gaspar de Acosta] la compró*. Luisa era *una negra de avanzada edad con dos dientes menos* e Isabel de 50 años era *una vieja, quebrada y tuerta del ojo izquierdo*. Otra esclava llamada Isabel de 60 años fue liberada por estar *muy vieja y ser poco útil*¹²⁷.

En relación con la expresión manos o “remordidos” existen múltiples posibilidades de interpretación. La expresión remordida en esa época se ha utilizado para evidenciar remordimiento por parte de las personas, así como formas anómalas. En este caso particular, una forma anómala de las manos y pies podría ser causada por problemas “reumáticos” (artrosis, artritis) las cuales se producen cuando los cartílagos de las articulaciones se desgastan y puede generar dificultad para movilizar los dedos, rigidez, dolor y deformidad. La artritis reumatoide también

¹²⁵ Archivo Nacional de Costa Rica, *Serie Guatemala* #448, 1781, f.5; *Ibid.*, #185, 1719, f. 11.

¹²⁶ Archivo Nacional de Costa Rica, *Serie Cartago* #244, 1719, fs. 3, 6v

¹²⁷ Archivo Nacional de Costa Rica, *Serie Cartago* #264, 1719, f. 2; *Ibid.*, #236, 1719, f. 17v; *Ibid.*, #245, 1719, f. 2v; *Ibid.*, #253, 1719, f. 2; Archivo Nacional de Costa Rica, *Serie Complementario Colonial* #4309, 1737, f. 17; Archivo Nacional de Costa Rica, *Protocolos Coloniales San José* #411, 1721, f. 4v. Enfermedades que afectaron a los esclavos han sido estudiados por David Chandler, *Health and Slavery in Colonial Colombia* (New York: Arno Press, 1972), y por Mary Karasch, *Slave Life in Rio de Janeiro, 1808-1850* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1987), en María de los Ángeles Acuña, 2008.

conocida como “cuello de cisne” puede causar “dedos en martillo”, que cuando no es tratado presenta laxitud de la placa fibrosa en el interior de las manos en la base de los dedos. La laxitud de los ligamentos de los dedos causa espasmos musculares crónicos provocados por los daños en los nervios (espasticidad muscular). Asimismo, un tendón roto en un dedo y la alineación irregular en la consolidación de una fractura en el hueso central de un dedo puede impedir la flexión normal causando una deformidad que puede conllevar a una discapacidad (David Steinberg, 2020).

Los dueños demostraron negligencia y crueldad ante la vejez y enfermedades de sus esclavas, la cuales probablemente enfrentaron incertidumbre y pobreza cuando tenían edades avanzadas o no podían servir eficazmente (María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 154). De esta manera, no solo tenían que lidiar con el desgaste físico y emocional de haber sido personas esclavas, sino también desprovistas de cualquier tipo de bienes, parientes (ya que se vendían a sus hijos, esposos, etc.) que les permitiese finalizar su vida con seguridad (alimenticia, de un techo, afecto) con la consecuente degradación de la salud en sus múltiples ámbitos físicos, comunales y mentales.

La salud de las personas esclavas estaba regulada por leyes (aunque como solía suceder durante toda la época de conquista y colonia, éstas no se cumplían). En 1789 se promulgó “el Código Negro Español” o la Real cédula del 28 de febrero, que se refería a la atención médica del esclavo negro. Previo a éste existían La Siete Partidas (Código Civil) que rigió la vida de los negros al introducirse en América la esclavitud, éste procedía del derecho romano *a través del Fuero Juzgado, Fuero Real, Leyes de Estilo Leyes Nuevas, Ordenamiento de las tuteferías, Espéculo y del Derecho Canónico...* Las leyes 5 y 6 de las Partidas indicaban que el amo no podría matar, lastimar, privar de alimentos ni maltratar a los esclavos. Además, debía cuidar la integridad física y, por ende, la salud de éstos. El cumplimiento de las leyes y reglamentos se debían dar a nivel local o municipal (Humberto Triana y Antorveza, 1989, pp. 52-53).

La Cédula de 1789 en sus 13 capítulos se refería a la educación de la doctrina cristiana, trato, ocupación, el derecho a los momentos de ocio y diversión,

alimentación y vestido, y vigilancia de la salud física y mental de los esclavos, entre otros aspectos. No obstante, del capítulo 7 en adelante se hace referencia al régimen disciplinario *El esclavo debe tratar al amo como a un padre o ser castigado con prisión, grillete, cadena, maza, o cepo, “con azotes, que no puedan pasar de veinte y cinco” a riesgo de que el azotador sea multado. Las penas para cuestiones mayores pueden ser de mutilación de un miembro o muerte* (Jorge Álvarez, 2016, sp.). Sin embargo, estas regulaciones nunca entraron en vigor debido a la imposibilidad de su seguimiento y al desconocimiento de quienes estaban encargados de gran parte de las diversas organizaciones productivas, tales como las plantaciones, minerías, domésticas, artesanales y otras, por lo que los esclavistas y “dueños” controlaban la vida y formas de sanción de las personas esclavas (Ana Lorena González, 2021, p. 8).

La sobrevivencia de las personas esclavizadas traídas de África ya era un logro. Se ha documentado entre las enfermedades más frecuentes en las embarcaciones, la privación de aire puro. También, el traslado durante meses en posiciones muy incómodas para los esclavos quienes eran amarrados en grupo y colocados en una sola posición con imposibilidad de movilización, por lo que defecaban en el lugar, contaminando a sus compañeros y compañeras. También sufrieron de “melancolía fija” frecuente, más grave entre quienes procedían de tribus del Gabón. Esta consistía en una “desgana por vivir” (depresión), tal depresión se manifestaba también en el rechazo de la comida hasta morir, por lo que se previno las muertes obligándolos a comer y luego a danzar y a cantar (aunque sus cantos melancólicos se centraban en la enfermedad, temor a los golpes, el hambre y la nostalgia por el lugar de procedencia). Otras enfermedades fueron el escorbuto, la oftalmía (una infección gonorréica de los ojos que se agravaba por el hacinamiento que podían dejar ciega a la persona). Cuando esto sucedía las personas eran tiradas al mar y se consideraba como una “pérdida de mercancía”. La viruela y el flujo de sangre o disentería también ocasionaron estragos entre las poblaciones esclavizadas (Humberto Triana y Antorveza, 1989, pp. 48-49). Aun así, si lograban vivir, debían afrontarse a una vida muy difícil en América, sobrevivir a múltiples partos, accidentes laborales, golpizas, violaciones constantes, agresiones psicológicas, despojo de sus infantes, enfermedades nuevas adquiridas en el nuevo continente, entre otras vivencias lamentables.

Entre esta documentación se aprecia que, al ser los esclavos “posiciones” muy valiosas, los “dueños” buscaron el cuidado de las personas enfermas (cuando se trató de enfermedades pasajeras). Por ejemplo, cuando las fuentes se refieren a la negra Manuela, se indica que tenía bubas en sus piernas y *estaba impedida de ambas piernas*, por lo que se pidió que doña Agustina de Campos *la curara [y] le diera el alimento y tratamiento* (Archivo Nacional de Costa Rica, Serie Cartago #258, 1719 fs. 3v, 21),

Fue igual para tres negros y siete negras que llegaron a las costas de Matina por comercio ilegal. Fueron dejados en el valle [Matina] para su curación, puesto que “ellos estaban muy enfermos, delgados y maltratados” tres de las mujeres estaban con calenturas. Una vez que estuvieron saludables fueron llevados a la ciudad de Cartago en donde fueron valorados y vendidos (María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 154).

De igual manera, se compró personas esclavas enfermas *con riesgos de la vida* y problemas físicos. Una de ellas fue Juana Benita de 4 años quien era *asmática y con el pescuezo quebrado*, María de 25 años tenía bocio, Luisa (de casta Luango) y 30 años tenía una hija de nombre Petronila quien era *una pequeñita de 3 años, quebrada del ombligo*, mientras que Juana *una muchacha mulata de 8 a 9 años padecía epilepsia* (Ibid., p. 155).

Por “pescuezo u ombligo quebrados” se puede estar aludiendo a torceduras y esguinces del cuello e inclusive a la ruptura de más de un hueso cervical (en la referencia al cuello). En el caso del ombligo, correspondería con las mismas implicaciones, pero en las vértebras lumbares. Estos suelen ser problemas muy serios porque pueden provocar la parálisis y muerte de las personas. Algunas de las causas de la fractura de cuello se dan por un traumatismo severo como caídas, por ejemplo, de un caballo, clavados en aguas poco profundas, torcedura severa y repentina del cuello y golpes severos en el área de la cabeza o cuello (Western New York Urology Associates, 2022) o inclusive manipulaciones inadecuadas en el momento del parto.

Por otra parte,

Muchas de las enfermedades y problemas de salud que aquejaron a las esclavas estuvieron relacionados a su capacidad reproductiva. Por esta razón, varios de los problemas de salud fueron referentes al parto. Juana Manuela, una negra esclava

“está bien mala de haver parido”; ella fue descrita como de crecida edad, 40 años, de cuerpo pequeño y con un hijo, llamado Ventura de cinco años, “quebrado del pezcuezo”. Otro caso fue el de la mulata María Josefa, que según declaración de María Nicolasa Gonzáles, mulata de 35 años, hermana de la mencionada, “la parió su madre Juana, [...] ella enfermó y los dichos sus amos se la dieron a la negra Lorenza que así mismo estaba parida y sin criatura porque se le había muerto”. En este ejemplo, una esclava alimentó a la hija de otra esclava, en el interés de los dueños por mantener la salud del bebé. Finalmente, una esclava también llamada Lorenza de casta Arara, declaró que “cuando su amo la llevó de esta ciudad [Cartago] a Barva donde el ayudante de la casa la llevó, en el camino la criatura se le ahogó en sus brazos que el dio su amo se la quitó y que no sabe adonde la enterró y que se llamaba Juliana” (María de los Ángeles Acuña, 2008, p. 155).

La salud reproductiva de las mujeres esclavas fue de interés para las élites costarricenses debido al recurso monetario que representó el poder controlar la sexualidad para uso propio, así como para la venta de la descendencia, aunque las fuentes señalan que el índice de reproducción no era muy alto.

Si bien las poblaciones africanas eran controladas, esclavizadas y maltratadas en los pueblos hispanos y algunas de sus haciendas, en los pueblos de indios (reducciones) se continuaba con la explotación de las personas a quienes se les exigía tributos, alimentos y otros bienes. Los y las indígenas que resistían en las montañas también vivían una situación desesperante. Las poblaciones de Talamanca y otras partes de Costa Rica que se refugiaban en esta cordillera odiaban y temían a los españoles. Como consecuencia de las enfermedades introducidas por los misioneros y soldados escoltas en Talamanca, habían perecido cerca de 300 de sus niños. Además, la colaboración que tenían con los españoles tampoco impedía que los misquitos y los ingleses continuaran ingresando a Talamanca a capturarlos para ser llevados como esclavos a Jamaica, tal fue el caso de los y las indígenas urinamas (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 212).

En 1805 se indica que la reducción del pueblo de Guadalupe era malsana, lo que provocó la muerte de más de 5 religiosos jóvenes. En 12 días habían perecido por las pestes 14 indígenas junto a su padre reductor, razón por la cual los casi 100 restantes fueron trasladados al poblado de San Francisco de Térraba (*Ibid.* p. 271).

De igual manera, las poblaciones indígenas que se ubicaron en pueblos de indios (con o contra su voluntad) tuvieron que enfrentar los ataques de otros indígenas que como parte de su resistencia asediaban dichos asentamientos. Esto se documentó en

distintos momentos, ejemplo de lo expuesto, eran los ataques de la reducción de Boruca a manos de los teribes o terbis. Lo anterior, expone la situación de violencia a la que estaban expuestos los indígenas tanto dentro como fuera de sus territorios y la conflictividad, así como los mecanismos de resistencia diferenciados según los distintos pueblos étnicos. Lo anterior ilustra que la agencia propiciada por las diferentes poblaciones no fue homogénea en el tiempo y espacio, por lo que las agendas políticas propias de cada población pudieron mantenerse en la época colonial, con algunas excepciones de alianzas por un objetivo común como la realizada a inicios del siglo XVIII, con la consecuente rebelión generalizada y expulsión de los españoles de Talamanca.

Para el siglo XIX según Orlando W. Roberts, los *chilibees*, *triribes* y *blancos* estaban en continuas guerras, e indicaba que las enfermedades transmitidas por los españoles los habían casi extinguido (Roberts, p. 81, Giselle Marín Araya, ídem, en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 289).

No obstante, en el siglo XIX todavía se daban procesos de resistencia por parte de los distintos pueblos indígenas. Alexander von Frantzius señaló que los biceítas quienes ocupaban la parte baja del Río Sixaola, debido a las depredaciones de los europeos en las costas, se vieron forzados a desplazarse hacia las partes altas de las montañas, en donde debido a el frío, muchos de ellos perecieron por las enfermedades (Elías Zeledón tomo II, p. 114, en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 304).

Aunado a lo anterior, para el caso talamanqueño, las poblaciones en el siglo XIX no gozaban de una adecuada salud también por motivos dietéticos. Por ejemplo, la base de la alimentación de las personas de los palenques de Chirripó era de plátano, siendo este casi su único alimento. El maíz lo utilizaban en su mayoría para hacer chicha, la carne de animales domésticos o salvajes era rara y un lujo. Si bien los plátanos podían a llenar las personas, eran poco nutritivos, por lo que su estado físico decaía y como señaló William Gabb, su sistema no resistía a las enfermedades y les costaba sanar sus heridas (1978, pp. 101-107).

Las úlceras descuidadas son tan comunes que tal vez la cuarta parte, no sólo de los adultos sino también de los niños, las tienen generalmente en las piernas, originadas por algún ligero rasguño o golpe y muy pocas personas de

edad carecen de cicatrices. Con frecuencia les dura estas úlceras por años y he visto algunas tan grandes como las dos palmas de ambas manos juntas. Aunque las enfermedades locales son pocas, la falta absoluta de asistencia médica, la ignorancia de los principios más triviales de higiene y el descuido universal con que se trata a los enfermos, por parte de las personas sanas, todo contribuye a abreviar el término medio de la vida del pueblo, de manera que es rara la ancianidad en ambos sexos, y la mortalidad es tan grande entre los jóvenes, que las muertes ascienden a mayor número que los nacimientos (William Gabb, 1978, pp. 107-108).

Alexander Von Frantzius también señaló que todavía entre 1862 y 1873 las poblaciones talamanqueñas utilizaban las aguas termales para curar enfermedades de la piel como úlceras. El proceso para realizar la cura incluía el ayuno por parte del paciente y luego sumergir la parte afectada en el agua caliente. Pittier en 1895 al igual que los misioneros alemanes en 1900 señalaron los “temores y mitos” asociados al termalismo (Asdrúbal Vargas y Guillermo Alvarado, 2007, p. 19).

Es preciso recordar que, al ser Costa Rica durante la colonia, la provincia más alejada de la Capitanía General de Guatemala y al estar bastante marginada de los centros de poder, desarrolló una dinámica económica, política y social de forma propia (Raúl Arias, 2002, p. 91), en los centros de población Costa Rica había,

...una inadecuada condición sanitaria comunal y falta de higiene personal, como parte de la herencia cultural colonial, lo cual convertía a aquellas poblaciones en presa fácil del flagelo de las pestes, las cuales aparecían de tiempo en tiempo, como lo habían hecho desde la Alta Edad Media en Europa, llevándose consigo miles de personas, especialmente los pobres los que no tenían más que un solo vestido, sin comida ni abrigo, esos eran los primeros que generalmente morían (Raúl Arias, 2002, p, 99).

Unido a lo anterior, en Costa Rica hubo poca presencia de médicos y cirujanos, los mismos se han conocido gracias a documentación relativa a litigios o denuncias que se dieron contra ellos. Así, para el siglo XVII y XVIII se mencionan 2 cirujanos¹²⁸ que se desempeñaban como médicos: Farfán y Corti, cuyos servicios eran muy onerosos.

Asimismo, se reportan 3 “herboristas”. Jordán quien cumplía con las Reales órdenes de reportar las nuevas plantas encontradas en las Indias y que tuviesen

¹²⁸ Se recuerda que para esos siglos no era preciso ser médico para ejercer como cirujano como se señaló previamente, de hecho, era más frecuente que los gremios de barberos fueran entrenados como cirujanos, complementando sus aprendizajes con el de la farmacéutica (Raúl Arias, 2002).

propiedades medicinales, y 2 mujeres denominadas de la misma manera, a quienes se les acusaba de hechicería¹²⁹. Las fuentes evidencian la ausencia generalizada de profesionales en medicina alopática y para 1726 se afirmaba que no sólo había carencia total de médicos, sino también de boticas (Tulio Von Bulow, 1974, pp. 122-123).

Por su parte, Edgar Cabezas menciona que entre las pocas referencias de personas médicas en Costa Rica se encuentran las que indican que Farfán era un médico que vivía en Aranjuez en 1608 (en Puntarenas, cercano al límite con la provincia de Guanacaste). Este señor se conoce por un litigio, se caracterizaba por cobrar por adelantado aunque fuera en especies y en este caso consideraba que sus oficios sobrepasaban el pago recibido. Para 1719 don Antonio Jordán exportaba en hierbas a España. Entre lo enviado estaba el copalchí o quina blanca, que tenía propiedades contra los parásitos. También enviaba chirraca de la cual se obtenía una resina del bálsamo de Perú usada para el tratamiento de enfermedades cutáneas. Jordán fue el primer médico autorizado por el Protomedicato de Madrid para ejercer en Costa Rica, tratando tanto las enfermedades físicas como psiquiátricas. En 1729 las fuentes mencionan a Pantaleón de la Pedrosa, quien vivía en el valle de Barva y también cobraba por adelantado sus honorarios. Hacia 1741 se menciona al doctor Francisco Lafons Vidor de origen francés y residente de Cartago, médico y cirujano que llegó a ser terrateniente. El Pbo Don Juan de Pomar y Burgos fue médico aprobado de Panamá y México y cura de la iglesia de Cubujuquí (actual Heredia) de 1747-1751 y de San José de 1756-1767. De éste se conservan breves menciones de prácticas médicas. En 1778 Fray Pablo Bancos trató pacientes y estuvo involucrado en la creación del primer hospital de Costa Rica: el San Juan de Dios que se ubicó en el antiguo Convento de La Soledad en Cartago y tuvo muchos problemas para poderlo sostener (que pudiera seguir funcionando). Otras personas que pudieron ejercer la medicina en la época colonial fueron Esteban Corti, don Francisco Javier de Balmis, don Pedro Zelaya y en 1775 se menciona a Manuel de la Cruz Méndez, un vecino de Tres Ríos al que se refieren como “curandero y brujo” (Edgar Cabezas, 1990, pp. 94-101).

¹²⁹ Se evidencia una diferenciación en la valoración del oficio determinada por el género de quienes lo practican, siendo negativo en el caso de las mujeres.

La poca presencia de médicos se mantuvo durante todo el periodo colonial, aunado a lo anterior, no todas las personas contaron con los recursos económicos para acceder a sus servicios.

Además, durante la época colonial en Costa Rica no hubo un hospital permanente, siendo el primero en erigirse y mantenerse en funcionamiento el San Juan de Dios, construido en el año 1845. Es por lo anterior, que el cuidado de la salud se llevó a cabo implementando los conocimientos fundamentalmente herbolarios tanto de tradición indígena, como hispánicas y afrodescendientes, algunas de las cuales se conservaron hasta el presente.

IV PARTE
ESTAR BIEN EN ÉPOCAS
ANTIGUAS Y COLONIALES:
PERCEPCIÓN Y
REPRESENTACIÓN

Representaciones de enfermedades y condiciones en la Costa Rica antigua (500 a.C.-1560 d.C.)

Todo juicio acerca de la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propio del grupo al que pertenece el sujeto cuyo estado se juzga. Salud y enfermedad no sólo son categorías científicas, sino también sociales y políticas, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de una sociedad. El dolor y enfermedad nunca, ni en los actuales tiempos, se ven completamente aislados de la interpretación que de ellos hacen las personas y las sociedades

(Pedro Lain, 1984, en Sotomayor, 2007, p. 69).

Una de las ventajas que ofrece a la paleopatología la producción artesanal antigua es precisamente la cantidad de representaciones realistas de condiciones y enfermedades. Para el caso costarricense, las interpretaciones se obtienen fundamentalmente de materiales arqueológicos no perecederos, ya que lamentablemente se carece de documentos escritos por los pueblos originarios, códices y otras fuentes de información que permitan acceder directamente a las concepciones que los pueblos originarios pudieron tener específicamente sobre las enfermedades, condiciones y el cuidado de su salud previo al proceso de conquista y colonia.

Para la presente investigación se procedió a identificar lo que los antiguos artesanos representaron y fueron asumidos en la presente investigación como personas con determinadas condiciones, enfermedades o lesiones, las cuales, afortunadamente, se representaron de manera muy realista. Posteriormente, se buscó reconocer si las fueron “retratadas” en posibles contextos cotidianos o festivos, según la época y zona del país a las que se asocian las figuras analizadas.

De esta manera, se abordaron los materiales sin contexto procedentes de las 3 regiones arqueológicas del país, contenidas en el Museo Nacional de Costa Rica, el Museo del Oro (de los Museos del Banco Central) y el Museo del Jade y Cultura Precolombina (del Instituto Nacional de Seguros).

En su gran mayoría son objetos sin contexto (no se excavaron científicamente), pero cuyo análisis permite inferir la representación de algunas enfermedades y condiciones por los antiguos artesanos. Se hace la aclaración de que si bien, existe la posibilidad de que parte de lo observado desde un punto de vista paleopatológico, puede responder a formas de representación estética y también a

personajes relacionados con la mitología y cosmovisión de los diversos pueblos, es difícil poder diferenciarlos, debido a que no existen fuentes documentales o de otra índole que permita inferir la simbología y representaciones colectivas y sociales relativas a personajes como deidades, con excepción de algunos representados en la subregión arqueológica Guanacaste, de origen mesoamericano.

Para la interpretación de las condiciones o enfermedades se valoró en la medida de lo posible, la frecuencia y tipo de representación asociada a las poblaciones para las diversas épocas, con la finalidad de identificar como se expuso previamente, la realidad simbolizada, acceder a los imaginarios colectivos y con ellos a los sociales. Lo anterior también se buscó mediante el estudio de los simbolismos (que se basan en lo natural y lo histórico, pero que a la vez responden a un tiempo y espacio específico, en este caso reflejado en la cultura material).

El imaginario puede responder a un desplazamiento de sentido, por lo que usa las significaciones de los simbolismos que ya son reconocidos y disponibles que pueden tener otros significados, por lo que lo imaginario en este caso utiliza lo simbólico para expresarse y existir ya que tienen una función simbólica (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 203-204).

Desde la arqueología se observan símbolos y signos que pueden perdurar en el tiempo, aunque se utilicen en la representación de diferentes materialidades o soportes y con diferentes formas de representación. Esto permite conocer su permanencia en el tiempo o si por el contrario, se delimita a una época en particular, su vigencia, así como la importancia que tenían para las poblaciones que reproducían dichos símbolos en su comunicación. De igual manera, cuando son utilizadas por distintos pueblos sea en una misma zona o región arqueológica o en varias, también permite inferir posibles vínculos entre las personas, por su parte, los estilos de representación evidencian los distintos usos e inclusive su estética, por dar algunos ejemplos.

Se hizo una diferenciación según las particularidades de cada una de las figuras, así como la contrastación de estas características con lo que se considera “habitual” para cada grupo o tipo cerámico, por ende, de la “estandarización” de las representaciones.

De igual manera, se buscó reconocer formas, y en algunos casos, signos y simbología que lograra evidenciar una particularidad que se pudiera asociar como “diferente”, vinculado con las posibles representaciones de condiciones, patologías u otros.

La muestra analizada en la presente investigación incluye 39 artefactos líticos y 78 cerámicos procedentes del Museo Nacional de Costa Rica, 68 cerámicos y 1 de oro del Museo del Oro y finalmente, 23 artefactos líticos y 163 cerámicos custodiados por el Museo del Jade y la Cultura Precolombina del Instituto Nacional de Seguros.

Características generales de las representaciones cerámicas

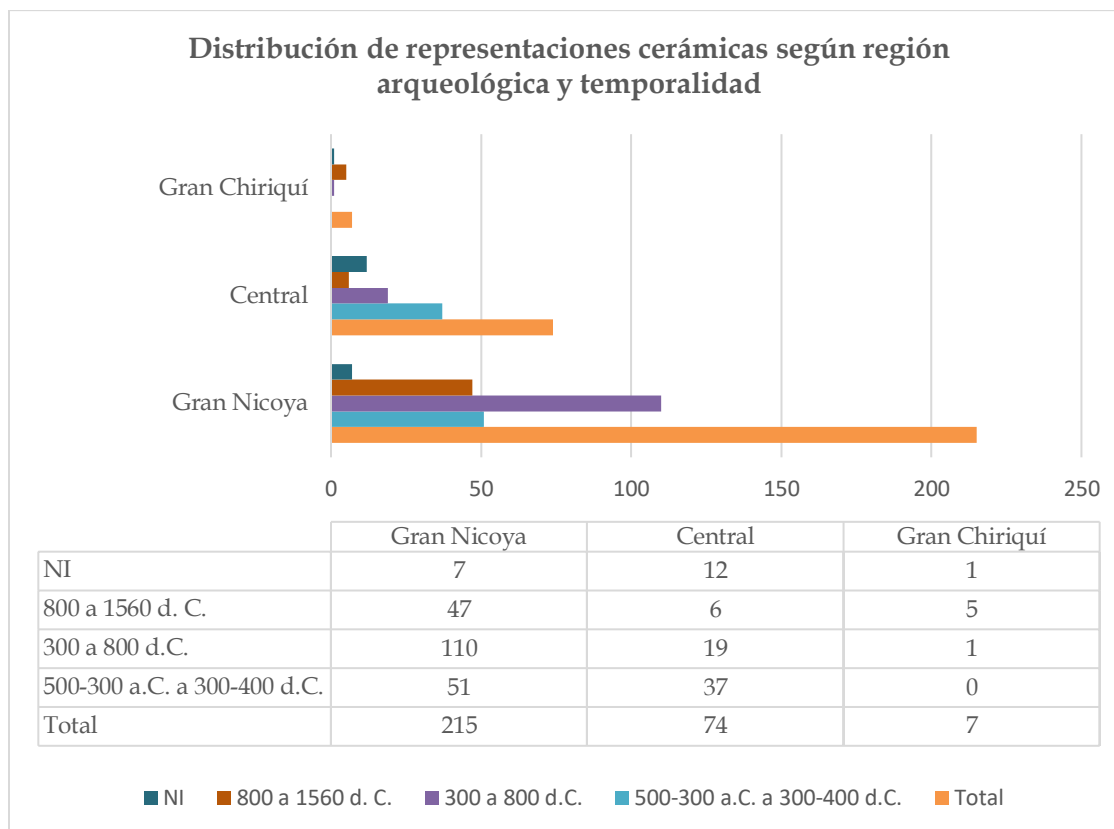
De esta manera, tras la revisión de las colecciones de los museos señalados, se logró identificar 372 artefactos que pueden representar posibles condiciones y/o enfermedades, de los cuales 309 son figuras de cerámica, 62 fueron elaborados sobre piedras y 1 en oro.

La mayoría de los artefactos de interés contenidos en los museos supra citados, proceden de la Región Arqueológica Gran Nicoya (subregión Guanacaste), seguida de la Región Arqueológica Central (subregión Caribe Central e Intermontano Central) y, en mucha menor cantidad, de la Región Arqueológica Gran Chiriquí (subregión Diquís).

Las cantidades no significan que una región u otra concentrara mayor cantidad de personas con determinadas condiciones o una mayor producción artesanal sobre las paleopatologías. En gran medida se debe a la historia de cómo se crearon las colecciones en los distintos museos, el gusto y adquisición de jades y cerámicas tempranas “finas” (asociadas a contextos con presencia de jades), lo que motivó a un mayor saqueo y comercio de materiales procedentes de cementerios entre el 300 a. C. y 500 d. C., así como el caso de la cerámica policroma de la Gran Nicoya y contextos con presencia de artefactos de oro entre el 800-1560 d. C. (ver Figura 35).

Figura 35

Gráfico de distribución de las figuras según Región arqueológica y temporalidad



Los tipos cerámicos más representados en la Gran Nicoya dentro de la muestra analizada incluyen el Galo policromo con 76 artefactos, el Marbella con impresión de concha en zonas con 22, Papagayo policromo con 16, los tipos Guinea inciso con 14, Murillo aplicado con 13, Rosales esgrafiado en zonas con 9, Mora policromo con 8, en tanto se presentan 5 representaciones relacionadas con el tipo cerámico Huerta esgrafiado y Apompúa modelado.

Por su parte, 4 figuras se asocian al tipo Usulután (foráneo de origen mesoamericano) y 3 al Charco negro sobre rojo, Carrillo y Palmira policromos (de producción local). El Cabuyal policromo y Potosí aplicado cuentan con 2 unidades cada uno. Los tipos Tola bicromo, Guillén negro sobre café claro y Belén inciso tienen 1 representación. Finalmente, 1 figura corresponde a un tipo cerámico foráneo no identificado y 22 son artefactos de producción monocroma local a los cuales no se les asoció a un tipo cerámico particular.

Para la región arqueológica Central 33 artefactos se asocian a las Figuras Santa Clara; 8 corresponden a los tipos Chitaría - Tayutic inciso esgrafiado y Figuras Nandaime o Pan de Azúcar, 4 al grupo El Bosque rojo, 3 al tipo Pavones ordinario, y 1 figura fue identificada para el tipo Irazú línea amarilla, El Bosque naranja púrpura, Guácimo Naranja púrpura, La Selva café, Pavones anaranjado y Zoila rojo inciso. Por último, 11 artefactos no se les asoció con un grupo o tipo específico.

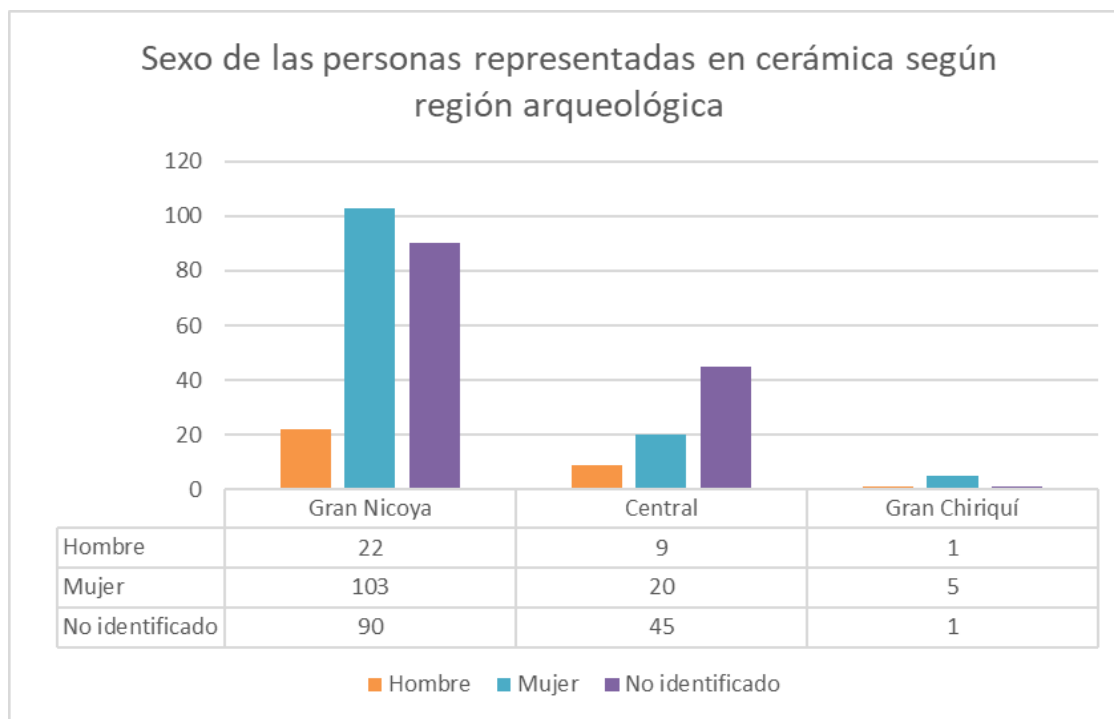
La región arqueológica Gran Chiriquí está representada por los tipos Buenos Aires policromo en 5 casos, Urabá policromo en 2 y otro no fue asociado a un tipo en particular.

En la muestra se contó con 14 artefactos no se les relacionó con una región arqueológica en particular debido a razones como que comparten características con tipos de las distintas regiones, así como a otros que carecen de características particulares que permitan vincularlo con cierto nivel de confianza a un tipo o grupo cerámico particular.

De igual manera, se contempló el sexo de las figuras representadas (ver Figura 36) con la finalidad de indagar si se podían identificar tendencias según región arqueológica, épocas e inclusive tipos y grupos cerámicos particulares.

Figura 36

Gráfico de distribución de las personas representadas en cerámica según sexo y región arqueológica



En la región arqueológica Gran Nicoya, para el periodo Tempisque, se representó a hombres en 9 figuras cerámicas, 11 correspondían con mujeres y a 9 no se les especificó alguna particularidad que permitiera distinguir el sexo. Para Bagaces, 11 eran hombres, 58 mujeres¹³⁰ y a 39 no se les especificó. Por último, para Sapoá/ Ometepe se analizaron 3 figuras de hombres, 24 de mujeres y 22 no identificadas. A 3 artefactos no se les pudo asociar con una temporalidad ni sexo particular.

Las representaciones de los sexos en las dos regiones arqueológicas restantes evidenciaron para el caso de la región arqueológica Central, durante la época de El Bosque/Pavas 2 figuras representando a hombres, 7 a mujeres y 28 con sexo no determinado. Para La Selva/Curridabat se cuenta con la misma cantidad de hombres y mujeres que la época anterior, y solamente 5 no identificados, en tanto para La Cabaña/Cartago 2 eran hombres, 4 mujeres y 6 de sexo no especificado. En 10 casos no fue posible adjudicar a una temporalidad particular, pero sí se reconoció que 2

¹³⁰ La mayoría correspondientes con las figuras asociadas al tipo Galo policromo (500 a 800 d. C.).

eran hombres y 4 mujeres. Para la región arqueológica Gran Chiriquí, en la época Aguas Buenas se analizó un artefacto que representa a un hombre y para la fase Chiriquí 5 figuras eran hombres y 2 no identificados.

Representaciones de condiciones y enfermedades según región arqueológica

La producción artesanal tanto de bienes de uso cotidiano, como suntuarios era una actividad especializada realizada por personas con un conocimiento diferenciado en relación con las propiedades de las distintas materias primas, la tecnología (uso de herramientas, formas de elaboración, tipos de hornos, combustión necesaria, etc.).

Los bienes elaborados también fueron utilizados por las élites para legitimar su poder ante la comunidad. *Las prácticas sociales se expresaban tanto en la cerámica, como en la metalurgia... y a través de las imágenes se transmitían las ideas preponderantes sobre el cosmos, la naturaleza y la sociedad. Eran lenguajes simbólicos de comunicación social, que funcionaban también como fuertes componentes de identidad cultural* (Harry Pachajoa y Carlos. A. Rodríguez 2017p. 23).

Hugo Sotomayor consideran que la representación artística de las enfermedades responde a prácticas chamánicas, debido a que para los pueblos antiguos el mundo estaba habitado y controlado por diferentes espíritus, siendo las enfermedades una manifestación de la influencia de dichos seres. Por lo que, las representaciones se utilizaban en las prácticas mágico-religiosas, con el propósito de que sirviesen como ofrendas, exvotos, amuletos o para evidenciar la destreza de los chamanes, entre otros (2007, pp. 55-56). De ahí el estatus social diferenciado de las personas artesanas, así como líderes religiosos y médicas de tradición indígena, dado su conocimiento para el adecuado proceder con los distintos planos que incidían en la vida de las personas, que incluía un acervo material e inmaterial.

A continuación, se expone las particularidades de la muestra analizada según región arqueológica y en orden cronológico.

Gran Nicoya

La región arqueológica Gran Nicoya es la que presenta una mayor cantidad de artefactos analizados, como se ha indicado previamente esto se puede deber a la depredación que tuvieron muchos sitios arqueológicos por el huaquerismo, siendo estos artefactos parte de los que lograron llegar a los museos.

Para la época denominada Tempisque (500 a. C. al 300 d. C.), de los 51 artefactos asociados, 42 representaciones tienen los ojos grandes y resaltados, 11 presentan ojos desviados y 4 hundidos. Una persona es bicéfala, 24 tienen la cabeza con forma anómala (sea por una posible condición o por modificación craneal intensional), en tanto 27 tienen una cabeza simétrica.

A 2 artefactos les representaron con los dientes desordenados. En cuanto a los torsos, 21 cuenta con abultamiento abdominal, a 6 se les representó el ombligo y 7 tienen el torso asimétrico, 11 con *pectus carinatum* y 12 con jorobas o abultamientos en la espalda. En 19 casos, se presentan brazos asimétricos, 3 con posibles amputaciones. De las figuras asociadas a esta temporalidad, 29 presentan piernas asimétricas, 7 con abultamientos, edemas u otros, 1 con piernas no funcionales y otro con amputación. Además 19 tienen pies asimétricos de los cuales 2 tienen abultamiento y 2 son no funcionales.

En cuanto a la decoración corporal, 13 presentan tocados, 9 modificaciones craneales o formas atípicas de la cabeza, a 13 se les hizo un peinado, 3 llevaban algún tipo de objeto, 1 portaba una máscara, 24 tienen sombreros, 31 con perforación lobular, 10 presentan pintura facial y corporal, a 6 se les representó con collares y colgantes, a 3 les hicieron solamente el colgantes, 2 con vestidos, 4 con tangas, 2 con escarificaciones, 7 con pulseras, 1 con instrumentos musicales y 1 persona estaba sentado sobre un banco o taburete.

De igual manera, 3 cuentan con diadema o cinta, 1 persona llevaba un infante con tocado o peinado, así como características físicas semejantes a la de quien lo porta, 3 cuentan con besotes y uno de estos, además, presenta un collar con un gran disco circular, 1 instrumento musical y bastón, cinturón y pulsera.

En la época denominada Tempisque se representaron las siguientes condiciones, traumas o enfermedades:

- 29 personas pequeñas.
- 9 representaciones de *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV¹³¹).
- 6 personas con brazos delgados, vientre abultado como consecuencia de posibles problemas hepáticos o parásitos¹³² y la misma cantidad de representaciones con ojos grandes, laterales y saltones.
- En 5 ocasiones fueron representadas personas con: la cabeza aplanada y ancha se desconoce si se debe a posibles ¿braquicefalia? ¿modificación craneal?¹³³; *pectus carinatum* y con jorobas o abultamientos.
- A 4 figuras se les representó con las piernas abultadas, sea por retención de líquidos, edema, filariasis linfática u otra.
- 2 personas con piernas no funcionales o muy débiles (según su anatomía).
- Fue representada en 1 ocasión cada una de las siguientes condiciones/enfermedades: estrabismo ocular¹³⁴, *c. f.* representación de focomelia o síndrome de Roberts; *c. f.* celulitis, hinchazón de piernas o amputación; la representación de infección o perforaciones de origen desconocido en el rostro; persona con abultamiento en el cuello sea un bocio,

¹³¹ Síndrome genético que se caracteriza por ser de herencia autosómica recesiva, afectando de igual manera a hombres y mujeres, con una incidencia de 1 en 300.000 a 500.000 nacidos vivos (Carolyn Pelley, Jean Kwo y Dean R. Hess 2007). La expectativa de vida de las personas que tiene esta enfermedad es menor a los 40 años (Harry Pachajoa y Carlos A. Rodríguez 2017, pp.123- 124).

¹³² Es posible que algunas de las personas incluidas en esta categoría también estuviesen embarazadas, no se descarta ni se presentan como categorías excluyentes, pero por la delgadez de brazos y en ocasiones representación de escápulas “huesudas” se contemplan con posibles problemas hepáticos, parásitos, etc. Cuando se presentaron personas con vientres abultados, con extremidades de tamaño estándar y no se les representaban “huesudas”, se excluían de este análisis, ya que se consideraron como mujeres embarazadas.

¹³³ La braquiocefalia en este caso hace alusión a una forma del cráneo ovalada-plana, en la cual la distancia entre oreja y oreja supera el 81% del largo de la cabeza (de la frente a la nuca), actualmente se dice que se puede deber a que los bebés pasan mucho tiempo boca arriba, lo que causa dicha deformidad en los huesos del cráneo. Por su parte la dolicefalia es la condición anatómica en la que la cabeza es más larga de lo esperado y finalmente, en la mesocefalia los cráneos tienen proporciones intermedias entre la braquicefalia y la dolicocefalia. En el análisis de las figuras humanas representadas en arcilla y piedra no es posible determinar si estas formas atípicas del cráneo se debe razones naturales o a modificaciones craneales por razones antropogénicas.

¹³⁴ El estrabismo es considerado una enfermedad congénita, que corresponde a la desviación de uno o de ambos ojos, debido básicamente a que los músculos extraoculares funcionan individualmente y no se enfocan hacia un mismo objeto. Cuando los ojos se desvían hacia la región nasal se denomina estrabismo convergente (esotropía o endotropía), mientras que si la desviación es hacia los temporales se habla de un estrabismo divergente (exotropía) (Cristian Salgado, 2005 en Harry Pachajoa y Carlos A. Rodríguez 2017, pp. 44-45).

linfoma u otro; persona con piernas torcidas o corbetas; persona pequeña con amputación en piernas; ectrodactilia; prominencia mentoniana y un gemelo bicéfalo (fusión lateral por tórax).

Por su parte, entre el 300 y 800 d. C. época conocida como Bagaces, se reportaron 109 artefactos de los cuales 74 son asociados al tipo Galo policromo, 99 presentan ojos grandes y resaltados, 2 los tienen hundidos, 2 asimétricos y 43 desviados. Las cabezas de 82 piezas fueron representadas de forma asimétrica y las restantes 27 simétricas. Finalmente, a 3 personas las representaron con los dientes desordenados.

Al igual que se señaló con la temporalidad anterior, algunas de las personas representadas en esta época cuentan con indumentaria, artefactos y decoraciones corporales. A 59 se les representó perforación lobular, a 51 pintura facial y a 81 pintura corporal, 42 presentan modificación craneal o forma atípica de la cabeza, 53 personas presentan peinados, sombreros o tocados, 5 tienen algún objeto, 3 taburetes o bancos, a 9 se les representó posibles escarificaciones,, 33 tangas, 2 con cinturones, 4 tienen pampinillas, 1 delantal, 4 tienen diadema, 27 colgantes o collares, 1 brazalete, 11 tienen pulseras, 2 rodilleras, 2 tobilleras, 7 zapatos o sandalias, 1 cuenta con bastón y a 3 se les representó besotes o adornos en las comisuras de los labios. Finalmente, a 39 personas se les representó el ombligo.

Entre las condiciones, patologías y traumas representados se encuentran:

- A 99 figuras se les representó con las piernas abultadas, sea por retención de líquidos, edema, filariasis linfática u otra. Además, 53 presentan piernas asimétricas.
- 42 son representaciones de personas pequeñas.
- Por las características faciales entre otras, se asoció 33 figuras a representaciones de personas con el posible síndrome de Crouzón.
- En 31 artefactos las personas tenían los ojos grandes y separados.
- 25 cuentan con los brazos asimétricos.

- En 18 oportunidades se representó *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV), así como personas con abultamiento abdominal.
- En 14 figuras tenían los ojos laterales y en la misma cantidad oquedad abdominal (no en los mismos artefactos).
- 9 presentan *Pectus carinatum*.
- A 8 se les asoció con *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV).
- 6 tienen las vértebras resaltadas.
- 5 presentan distintos tipos de protuberancias.
- En 4 ocasiones fueron representadas: jorobas o abultamientos; vértebras torcidas y pies no funcionales.
- En 3 oportunidades se elaboraron figuras con pies abultados y con desnutrición o delgadez extrema.
- En 2 ocasiones se representó cada una de las siguientes condiciones y enfermedades: torso asimétrico; pie asimétrico; brazos delgados, vientre abultado como consecuencia de posibles problemas hepáticos o parásitos; pie asimétrico y dientes desordenados.
- Finalmente se presentó en 1 oportunidad a: una persona con bocio, amputación de brazo, atrofia en brazo y manos, parálisis facial; hernia; amputación; *c. f.* hidrocefalia; síndrome de Klippel o Feil o anomalías torácicas y faciales y ectrodactilia.

En Sapoá – Ometepe entre el 800 y 1520 d. C., de las 47 figuras cerámicas analizadas, la totalidad presentaron los ojos grandes. A 14 personas se les representó los ojos desviados, 6 los tienen asimétricos, 3 hundidos y 1 persona es tuerta. La forma de la cabeza en 38 figuras es asimétrica y en 9 simétricas, en 2 casos las cabezas tienen protuberancias y en 6 hundimientos craneales (en huesos faciales). Solamente en 7 oportunidades se representaron dientes, de los cuales 3 estaban desordenados.

De las 47 personas, 1 presentó abultamiento en el cuello y otra un cuello doble (por ser una gemela bicéfala). Además, en relación con los torsos, 1 figura presentó

oquedad abdominal, otra el torso asimétrico, así como un ombligo (perforación). En 10 oportunidades se reflejó una joroba o abultamiento, otra con vértebras resaltadas y en 13 ocasiones se observó abultamiento abdominal. Una persona presenta atrofia en brazos y manos, 7 brazos asimétricos, 1 pareciera tener una amputación en su mano y otras 4 con las manos atrofiadas. En cuanto a las piernas 11 son asimétricas y 12 tienen abultamientos. En 7 figuras los pies son asimétricos de los cuales 3 tienen bultos y 1 posiblemente amputado.

De estas 47 esculturas en cerámica, 19 tienen modificación craneal o forma atípica de la cabeza, 35 con perforación lobular, 33 tocados o sombreros, 30 pintura facial y 29 corporal, 26 presentan objetos o peinados-tocados, 12 tienen collares y/o colgantes en su cuello, 2 con máscaras y 1 escarificaciones. En cuanto al vestuario 8 presentan faldas, 10 tangas, 9 pampanillas y top p sujetadores, 3 cinturones, 1 vestido y 3 fueron representadas sentadas sobre un banco.

Principales condiciones, enfermedades o traumas representados en Sapoá Ometepe:

- En 15 figuras se simbolizó ojos grandes y abultados.
- 14 artefactos tenían ojos laterales y grandes.
- 10 personas representadas en las figuras tenían retención de líquidos, edema, filariasis linfática, celulitis u otra.
- A 9 se les elaboró como una persona pequeña y otras 9 con *c. f.* craneosinostosis (por el hundimiento facial).
- En 8 oportunidades se documentó el estrabismo ocular.
- 7 pudieron tener síndrome de Crouzón.
- 5 figuras no tienen pies o no se les representó (podrían estar sentados sobre ellos y que no se les elaborara).
- En 3 oportunidades se representaron cabezas planadas sea por modificación craneal o ¿braquiocefalia? Y en otros 3 brazos muy delgados.
- En tanto, en 2 ocasiones se hicieron con: brazos y manos no funcionales; columnas vertebrales curvas – resaltadas; *c. f.* poliomielitis, problemas hepáticos, parásitos u otros; *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV) y dientes desordenados.

- Finalmente, las siguientes condiciones y enfermedades se representaron cada una en una ocasión: joroba o abultamiento; bocio o abultamiento en cuello; protuberancia no identificada que sale de la boca a escápula y brazo izquierdo; personas bicéfalas (toracicópagas); brazos cortos; agenesia en ambas extremidades inferiores; carencia de extremidades superiores y *c. f.* paladar hendido.

A 5 artefactos no se les asoció con un tipo cerámico específico. Sin embargo, 4 de ellos tenían los ojos grandes y resaltados, 1 asimétricos y 1 desviados. Solamente 1 persona representada tenía la cabeza asimétrica y otra sus dientes desordenados. Dos figuras tienen abultamiento abdominal, joroba o abultamiento en la espalda y *pectus carinatum*, de los cuales 1 tiene pies asimétricos y no funcionales, así como objetos. A 2 se les representó el ombligo, a otros 2 modificación craneal, peinados, tocados o sombreros, pintura facial y corporal y a 1 se le representaron escarificaciones.

De estas figuras, se representó en 2 oportunidades: brazos delgados; ombligos resaltados; *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV) y ojos muy grandes. Por su parte, en 1 ocasión se identificaron cada una de las siguientes condiciones, enfermedades, modificaciones u otras: brazos delgados, extremidades inferiores muy pequeñas, brazos delgados, vientre abultado como consecuencia de posibles problemas hepáticos o parásitos u otros; lateralidad de ojos; estrabismo ocular; ojos laterales y grandes y *c. f.* síndrome de Crouzón.

Si bien la cerámica es más versátil para la representación de la corporalidad, también se elaboraron esculturas en piedra. En relación con estos artefactos líticos, se identificaron 6 casos en la Gran Nicoya, con temporalidades entre el 500 a. C. y 800 d. C. aproximadamente. De las personas que fueron representadas 1 presentó escarificaciones, 1 un cinturón y 6 tenían sombrero, todos elementos considerados de distinción. A 5 no se les pudo asignar un sexo definido y 1 era una mujer.

Entre las particularidades físicas, enfermedades y condiciones representadas se encuentran para 1 caso: ojos laterales, asimetría (tamaño, grosores) entre las extremidades superiores e inferiores, desarrollo atípico o agenesia de 1 brazo, cabeza desproporcionada en relación con el tamaño del cuerpo y *c. f.* síndrome de Morquio.

Por su parte, se identificó ojos grandes y resaltados, así como a *c. f.* personas pequeñas en 2 oportunidades cada una.

Región arqueológica Central

La región arqueológica Central es la segunda en cantidad de artefactos analizados, con un total de 67 cerámicos y 38 líticos.

Para la época denominada El Bosque-Pavas (500 a. C. al 300 d. C.), se analizaron 37. De estos, 22 figuras tienen los ojos grandes y resaltados, 8 presentan ojos hundidos y 1 desviado. Una persona es bicéfala, 22 tienen la cabeza con forma asimétrica y 15 simétrica. Se le representó los dientes desordenados a 1 artefacto. En cuanto a los torsos, 17 cuentan con algún tipo de abultamiento, 1 tiene *pectus carinatum*, 5 cuentan con ombligo y a otro se le hicieron las vértebras resaltadas-y torcidas. Dos figuras tienen joroba y 4 un torso asimétrico.

En 14 casos, se presentan brazos asimétricos, 2 con atrofia y en 1 una posible amputación. En cuanto a las manos, 2 tienen polidactilia y 4 se representan con manos atrofiadas. Por otra parte, 16 cuentan con piernas asimétricas de las cuales 2 tienen abultamientos, otros 2 casos tienen piernas aparentemente no funcionales. Los pies de 5 personas son asimétricos, 3 son no funcionales y en 1 caso se observa hiperflexibilidad.

En cuanto a la decoración corporal, 12 presentan sombreros, 6 modificaciones craneales o formas atípicas de la cabeza, a 20 se les hizo un peinado, a 3 se les elaboró tocados, 2 tienen perforación lobular y 1 persona con colgantes en el cuello y otra posee instrumentos musicales, 2 cuentan con vestidos, 1 con brazaletes y pulseras, 1 persona está sentada sobre un taburete o banco y 5 presentan pintura corporal. Otras 2 figuras tienen la cabeza muy grande en relación con el cuerpo y presentan la frente abultada, a 2 se les hizo las cabezas triangulares y la misma cantidad tienen infantes en sus brazos.

Una de las figuras corresponde a gemelos o gemelas bicéfalas con polidactilia. Sin embargo, no se descarta que se estuviera representando a una persona con estado de conciencia expandida y que el tener 2 cabezas y más dedos en las manos pudiese estar relacionado con las sensaciones experimentadas tras la ingesta de

diversas sustancias ¹³⁵. En América se ha documentado gran cantidad de plantas con propiedades alucinógenas con un significado cultural importante, siendo mayor la cantidad que en el Viejo Mundo. Se conocen cerca de 130 especies utilizadas (Richard Evan Schultes y Albert Hofmann, 2000, en Hugo Sotomayor, 2007, p. 50)

Para las fases culturales denominadas El Bosque-Pavas (500-300 a. C. 300 d. C.) se representaron las siguientes condiciones, traumas o enfermedades:

- 10 personas pequeñas.
- En 6 oportunidades se representó figuras con torso abultado por posibles problemas hepáticos, parásitos u otros y con delgadez en extremidades.
- 3 con estrabismo ocular.
- 3 con ojos grandes y saltones.
- 2 representaciones de personas con cabezas y manos muy grandes.
- 2 personas bicéfalas (fusión lateral por tórax, *pectus carinatum*, 1 de ellas con polidactilia y la otra con posible síndrome de Morquio -Mucopolisacardosis tipo IV).
- 1 representación de *c.f.* artrogriposis (según la posición de las extremidades inferiores).
- 1 persona con joroba.
- 1 persona con agenesia (extremidades inferiores) o persona pequeña con desarrollo.
- 1 *c. f.* bocio o protuberancia en el cuello.
- 1 persona con brazos y manos no desarrolladas o que podrían estar amputadas.
- 1 columna vertebral resaltada.
- 1 presenta posible poliomiелitis y escoliosis (sus piernas son muy delgadas no funcionales), no se descarta que también representa a una persona con

¹³⁵ Se ha denominado “ebriedad extática” propia de los chamanes ya que en ocasiones además de la meditación, dietas y oraciones, expanden su estado de conciencia mediante el consumo de sustancias que desarrollan particularmente los sentidos. *Estos agentes que consumen suelen ser plantas ricas en fenilaminas con una toxicidad muy baja. El trance no solo retiene la memoria, sino que tiene una disposición activa que permite un “vuelo mágico y viaje”, estas sustancias suelen ser sagradas y no son de consumo generalizado a la población ni en cualquier momento* (Hugo Sotomayor, 2007, p. 50).

desnutrición, problemas hepáticos u embarazo (esta última no necesariamente es excluyente de las anteriores).

Por su parte, entre el 300 y 800 d. C. época conocida como La Selva en el Caribe Central y en el resto de la región arqueológica denominada fase Curridabat, se reportaron 16 artefactos de los cuales 9 presentan ojos grandes y resaltados, 4 los tienen hundidos y a 3 personas se les representó con los ojos desviados. Solamente 5 de ellos tienen la forma de la cabeza simétrica, siendo la mayoría de cabeza asimétrica (sea por una condición o posible modificación craneal), 1 persona cuenta con los dientes desordenados, el torso de otra tiene protuberancias, a 3 figuras se les hizo el torso con abultamiento abdominal. Las vértebras de 1 escultura de cerámica presentan las vértebras resaltadas, 1 tiene un ombligo, otra una oquedad abdominal y en 1 ocasión se representó polidactilia y manos atrofiadas. En relación con las piernas 7 figuras las tienen asimétricas, siendo uno de estos casos piernas no funcionales, otra tiene pies asimétricos.

En cuanto a la decoración corporal, para La Selva-Curridabat se reporta entre la muestra analizada a 4 personas con escarificaciones, 6 con peinados, 4 con perforaciones lobulares, 4 con posible modificación craneal y a 6 se les hizo un sombrero. Una figura Curridabat presentó 1 máscara pequeña y 1 objeto, además tenía 1 colgante en su cuello. Otras 2 figuras tienen pintura corporal, 1 cuenta con una tanga, 2 están sentadas sobre un banco o taburete, a 1 se le hizo un instrumento musical, 4 tienen pulseras y 1 una diadema o reborde en la frente.

Entre las condiciones, particularidades y enfermedades identificadas para esta época se encuentran:

- 3 personas con estrabismo ocular.
- 3 personas con extremidades superiores muy delgadas, hombros “huesudos” posiblemente a causa de parásitos, problemas hepáticos, u otros.
- 2 con *c. f.* modificación craneal o forma atípica del cráneo, mandíbula resaltada y cara hundida.
- 2 con ojos saltones.
- 1 persona pequeña.
- 1 con extremidades inferiores muy delgadas y posiblemente débiles.

- A 1 persona se le resaltó la columna vertebral
- 1 cabeza asimétrica, *c. f.* hidrocefalia.
- 1 con manos pequeñas (o no desarrolladas) y *c. f.* disfuncionales.
- 1 polidactilia.

Finalmente, para la fase La Cabaña (en el Caribe Central) o Cartago (en el resto de la región arqueológica) del 800 al 1560 d.C., de las 14 figuras cerámicas, 12 tienen los ojos grandes y resaltados, 6 cuentan con los ojos desviados y 2 hundidos. La mitad de las figuras cerámicas tienen la cabeza asimétrica y 2 tienen dientes desordenados.

A 6 figuras se les representó con abultamiento abdominal y a 2 con forma anómala del torso, en 1 caso una persona con vientre abultado tenía el ombligo resaltado, esto se puede deber entre otras razones a la representación de una hernia; a 2 personas se les puso una oquedad u ombligo y en 1 caso con protuberancias en el torso. Por otra parte, a 3 se les hizo los brazos asimétricos y a 5 sus piernas. A 2 figuras se les confeccionó las piernas abultadas por edema o infección por filariasis, 3 tienen los pies asimétricos.

En cuanto a la decoración corporal, a 6 se les hizo un peinado, a 5 se les perforó lo lóbulos de las orejas, 4 cuentan con un sombrero, 3 fueron representados con pintura corporal y a 1 persona se le puso un tocado y objetos, en tanto a otra pintura facial y corporal. A 2 personas se les hizo sobre un banco o taburete, a otra se le confeccionó un cinturón, otra tiene un tejido que va de cruzado sobre el torso desde el hombro hasta la cadera del lado opuesto.

Entre las condiciones, enfermedades u otras identificadas en las figuras La Cabaña/Cartago se encuentran:

- 8 personas pequeñas.
- 5 personas con posibles problemas hepáticos o de desnutrición por parásitos u otros, con abultamiento abdominal y extremidades muy delgadas.
- 3 con estrabismo ocular.
- 1 con prominencia mentoniana o mandibular.
- 1 con ojos grandes y desproporcionados.
- 1 con condición NI.

Por último, a 5 artefactos no se les asoció con una temporalidad y grupo o tipo cerámico específico. De estos 2 tienen ojos grandes y resaltados, 2 desviados y 1 ojos hundidos. Además, 4 presentan la cabeza simétrica y solamente 1 asimétrica. Se le hizo el ombligo a 1 persona, otra tiene las manos atrofiadas, 2 las piernas asimétricas, de las cuales en 1 caso son no funcionales y otra figura tiene los pies asimétricos. Como parte de las decoraciones corporales, 2 cuentan con peinados, 3 con perforación lobular, 1 cuanta con collar y pulseras y está sentada sobre un taburete o banco.

Entre las condiciones, enfermedades u otras identificadas en estas 5 figuras se encuentran:

- 1 persona con ojos saltones y laterales y cuello corto.
- 3 personas pequeñas, una con extremidades inferiores cortas y aparentemente no funcionales, con la espalda torcida (como escoliosis), otra con abultamientos que podrían ser quistes, tumores o abscesos (en caso de que no sean aditamentos u ornamentos).
- 1 con modificación dental tipo C 5 (Vera Tiesler, 2011, p. 190), pudo incidir en la dieta. Posible alopecia.
- 1 estrabismo ocular

Como se aprecia hay una gran variabilidad de condiciones y enfermedades representadas en la cerámica de esta región arqueológica, a diferencia de la región anterior, en esta predominan las figuras monocromas y bicromas.

Por su parte, los artefactos líticos de la Región arqueológica Central fueron los más numerosos de la muestra con 35 unidades. De estos, 2 fueron asociados a la temporalidad 500 a. C. a 800 d. C., 3 entre el 300-1560 d.C. y 30 entre el 500 y 1560 d. C. De estos, 4 eran representaciones de mujeres, 19 de hombres y a 12 no se les identificó el sexo.

En relación con las enfermedades, condiciones o particularidades físicas representadas se encuentran la *c. f.* agenesia en ambos brazos y en 1 brazo, *c. f.* filariasis, el vientre abultado, el ombligo resaltado con posible hernia, prominencia mentoniana, ojos hundidos, brazos muy delgados, costillas resaltadas, cabeza plana y delgadez pronunciada en 1 caso cada una.

También se representaron en 2 ocasiones los ojos grandes y resaltados, las piernas abultadas, *c. f.* ectrodactilia (personas con 4 dedos en cada extremidad) y personas bicéfalas. A 3 esculturas se les identificó asimetría entre las extremidades superiores e inferiores y 4 corresponden a posibles personas pequeña y finalmente, en 11 esculturas se resaltaron las vértebras presentando diversos niveles de curvaturas en 4 de ellas, lo que podría corresponder con escoliosis.

Gran Chiriquí

Se analizó 8 figuras procedentes de la Gran Chiriquí, subregión arqueológica Diquís. En su totalidad -como es habitual en esta región del país- presentan ojos grandes y resaltados, 2 los tienen desviados y 1 asimétricos. Dos figuras son bicéfalas y portan la estilización de una persona infante en su espalda, la misma cantidad presentan una forma asimétrica en sus cabezas y torsos.

Una figura tiene abultamiento abdominal, 2 los brazos asimétricos, 4 asimetría en sus extremidades inferiores y en 1 posible edema o infección por filariasis con pie asimétrico. En cuanto a su decoración corporal, 2 tienen sombreros, 3 peinados, 6 pintura facial y corporal, 1 con perforación lobular, colgantes en el cuello y pulseras. Dos presentan escarificaciones, y 3 cinturones y tangas respectivamente.

Las representaciones procedentes de la Gran Chiriquí incluyen a 7 personas pequeñas, 2 bicéfalas y se representó en 1 ocasión: estrabismo ocular, *c. f.* síndrome de Crouzón, extremidades muy delgadas y abultamiento de piernas.

Se estableció una categoría de “no identificados” para los artefactos a los que no se les pudo asociar una región arqueológica y época específica. En total corresponden a 13 figuras. No obstante, representaron a personas de interés para la presente investigación, 5 corresponden a mujeres y al restante no se le identificó el sexo. Ocho de ellas cuentan con ojos grandes y resaltados, 2 con ojos asimétricos y otros 2 los tienen hundidos y 1 persona presenta estrabismo ocular. Dos figuras representan a gemelas bicéfalas, 7 tienen cabezas asimétricas y 2 dientes desordenados.

Una persona tiene una oquedad abdominal, 2 sus vértebras torcidas y 4 abultamiento abdominal. Una figura tiene joroba y *pectus carinatum*. Cinco artefactos tienen brazos asimétricos, uno de ellos con manos atrofiadas, en 8 representaciones se cuenta con piernas asimétricas y en 5 también sus pies son asimétricos.

De los 13 artefactos, 6 presentan sombrero o tocado, 3 perforación lobular y pintura facial y 2 pintura corporal. En 1 caso se tiene un peinado, en 2 objetos y una de las personas contaba con 1 máscara. Solamente 1 persona fue representada con colgantes en su cuello, 3 tenían cinturones y 2 estaban sentados sobre un banco o taburete. De estos artefactos, 1 representa una escena con una persona bicéfala de sexo no identificado, con máscaras, tocados con plumas, colgantes en su cuello, sentado sobre un banco o metate, que carga en sus regazos a una persona posiblemente pequeña la cual tiene vendas en su cabeza como se verá más adelante (ver Figura 45 página 345.).

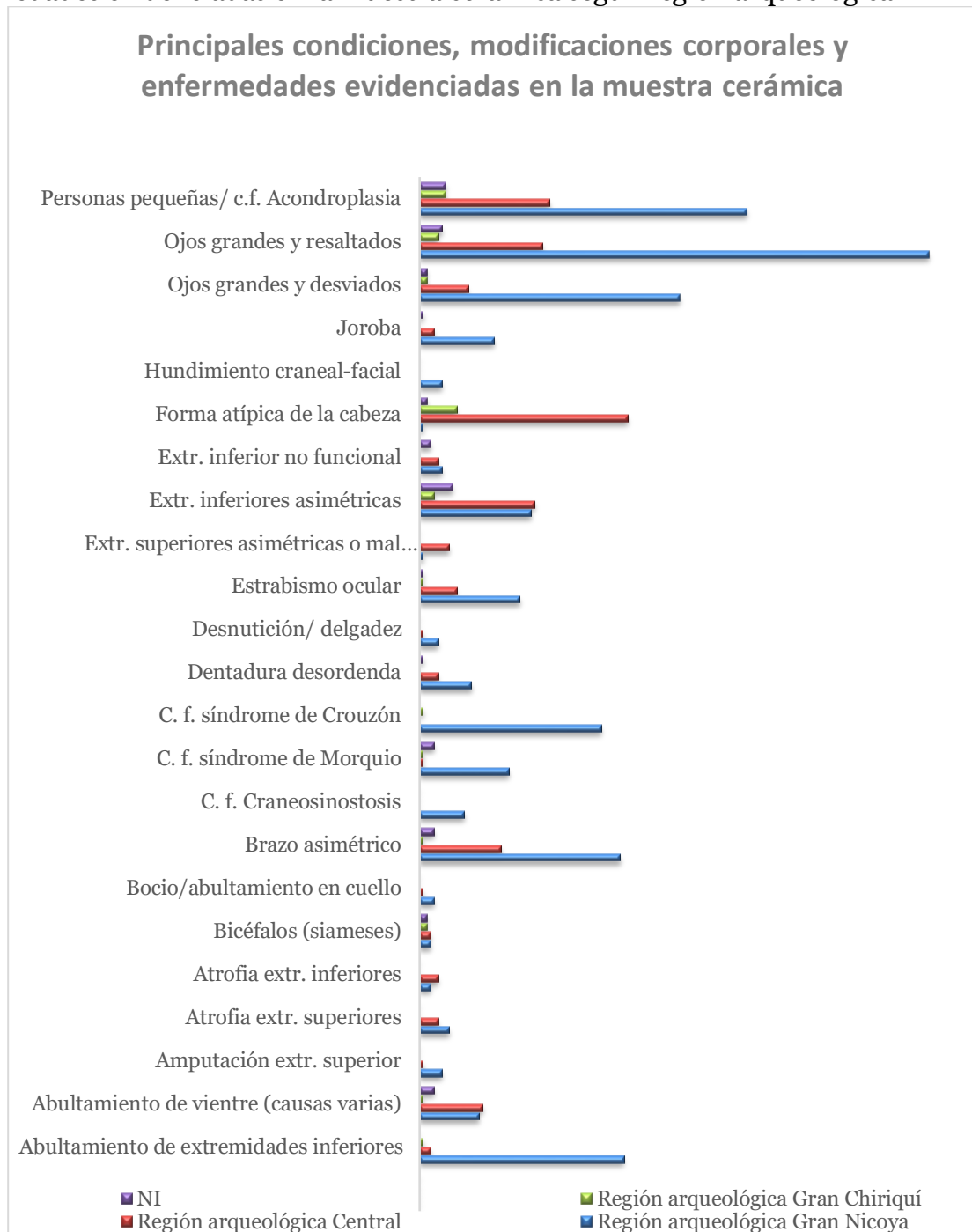
Las condiciones, enfermedades, traumas u otros identificadas en las 13 figuras son:

- 6 personas pequeñas.
- 4 con brazos delgados, vientre abultado como consecuencia de posibles problemas hepáticos o parásitos.
- Se representó en 2 ocasiones cada una de las siguientes: ojos grandes y resaltados; *pectus carinatum*; ojos resaltados y laterales; extremidades superiores muy delgadas y gemelos bicéfalos (unidos por el tórax).
- Con 1 representación se tiene: dientes desordenados; *c. f.* síndrome de Morquio (Mucopolisacardosis tipo IV); estrabismo ocular; forma atípica de la cabeza (aplanada); *c. f.* síndrome de Crouzón; extremidades inferiores no funcionales y *c. f.* agenesia de extremidades superiores (anomalía en su desarrollo).

A continuación, se presenta la figura 37 en donde se exponen las principales condiciones, enfermedades, modificaciones, así como otras particularidades representadas en la cerámica según región arqueológica para épocas antiguas.

Figura 37

Gráfico comparativo con las principales condiciones, modificaciones corporales y enfermedades evidenciadas en la muestra cerámica según región arqueológica



Para efectos de la síntesis, se señala como abultamiento del vientre distintas causas, entre ellas *pectus carinatum*, posibles parasitosis y problemas hepáticos,

entre otros, si bien algunas de estas piezas presentan extremidades muy delgadas que son contempladas como posibles personas con parásitos o problemas hepáticos, se distinguen otras muy delgadas a las que se les representan las costillas, algunas de ellas reflejaban a prisioneros o personas capturadas, a estas se les incluyó dentro de la categoría “desnutrición/delgadez”. De igual manera, se hace una distinción con los abultamientos según el lugar en que se representaron, por ejemplo, la espalda (jorobas) o en el cuello (bocio).

Como forma atípica de la cabeza se está incluyendo a las posibles modificaciones craneales culturales, así como malformaciones o diferentes formas de representación del cráneo que son atípicas a la forma estándar. En la mayoría de los casos, correspondientes a formas elípticas o aplanadas.

Llama la atención la representación de piernas y vientres abultados, así como la cantidad de personas pequeñas. Es importante recordar a la persona lectora del presente documento que lo que se resaltó en este análisis fueron las particularidades que se representaron, dichas particularidades debían diferenciarse de la “manera habitual” en la que se hacen las figuras cerámicas para casa grupo o tipo particular, por ejemplo, en las Figuras Santa Clara de la región arqueológica Central, sub región Caribe Central se elaboran mayoritariamente los pies con forma de “V” invertida, en estos casos no se contemplan como “atípicos o asimétricos”. Otro aspecto para resaltar es el tamaño de los ojos, el estar generalmente resaltados y grandes trasciende la técnica de manufactura para las 3 regiones arqueológicas, lamentablemente se desconoce el significado de esto para las poblaciones que

En cuanto a la lítica, si bien es la muestra más pequeña de todas las regiones arqueológicas (N 5), esta presenta casos únicos todos ubicados cronológicamente entre el 500 y 1560 d.C. El sexo de los artefactos se determinó en 4 casos, siendo estos hombres. La indumentaria particular incluye a personas que portaban 1 máscara, otra tenía perforación lobular, 2 presentaron cinturones, y en 1 caso la persona tenía un tocado y otro un sombrero.

Las enfermedades, condiciones o particularidades físicas que fueron representadas en piedra para la región arqueológica Gran Chiriquí, subregión Diquís se encuentran: la cabeza muy grande, *c. f.* problemas hepáticos, resaltado

de costillas, *c. f.* cirrosis, *c. f.* síndrome de Morquio, vientre abultado y agenesia de 1 brazo cada uno de ellos en 1 ocasión. De igual manera, a 2 esculturas se les hizo con asimetría entre las extremidades superiores e inferiores y 3 correspondían posiblemente a posibles personas pequeñas (ver Anexo 6 b).

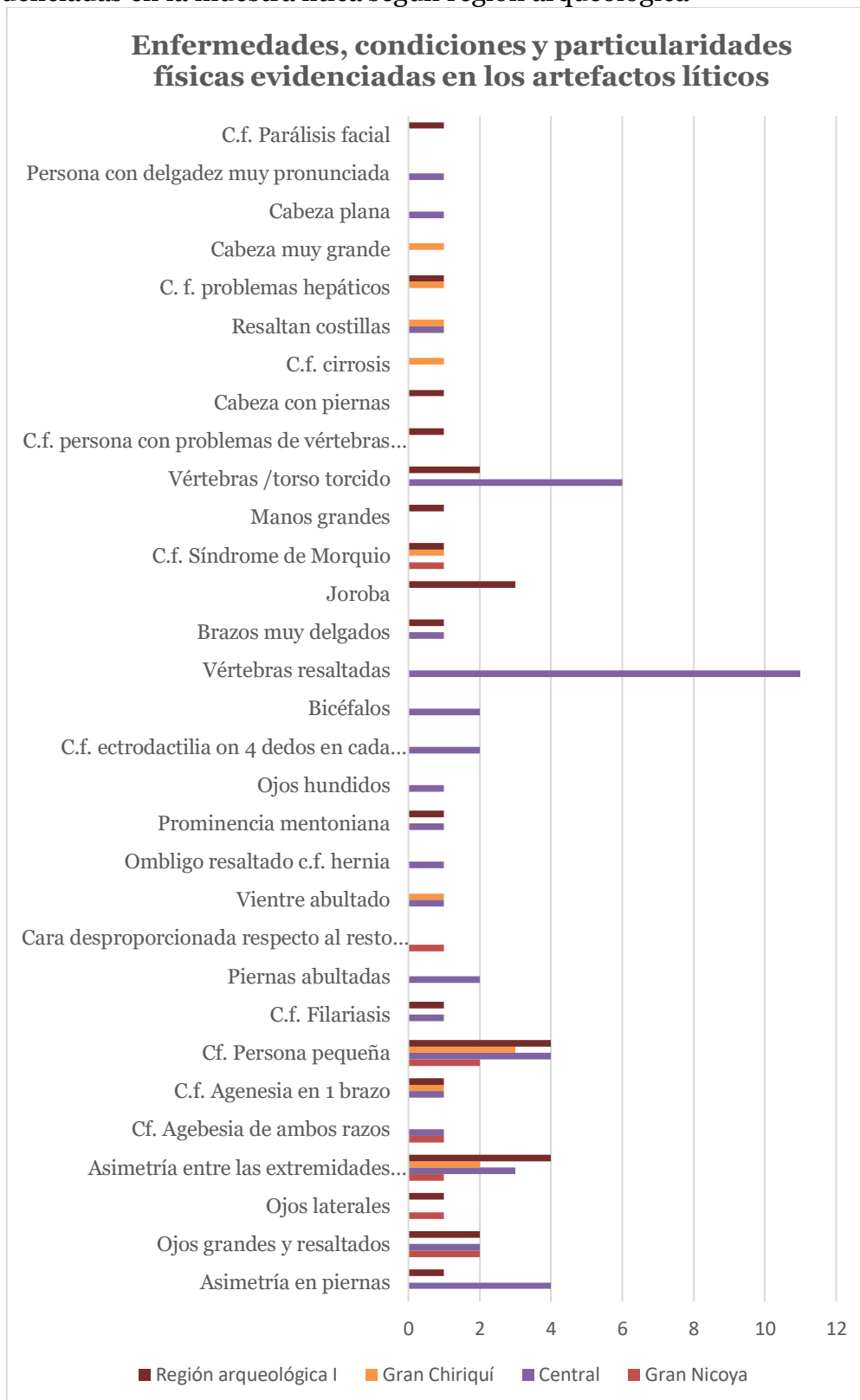
Finalmente, hubo un grupo significativo de artefactos a los que no se les ubicó dentro de una región arqueológica específica, ya que podían estar presentes en varias regiones o no tenía elementos distintivos para poder asociarlos con cierto nivel de certeza (N 16). De estos materiales 4 se asociaron a una cronología relativa entre el 500 a.C. al 800 d. C. principalmente jades (jades sociales o jadeítas), 5 entre el 300-1560 d.C. y 7 entre el 500y 1560 d. C. El sexo se identificó en 10 de ellos, siendo 2 mujeres y 8 hombres, los restantes 6 artefactos no cuentan con dato sobre el sexo.

En relación con las enfermedades, condiciones o particularidades corporales se encuentran la representación en 1 oportunidad de: *c. f.* parálisis facial, *c. f.* problemas hepáticos o de desnutrición, persona con problemas en las vértebras cervicales que podría representar a alguien parapléjico, manos muy grandes *c. f.* síndrome de Morquio, brazos muy delgados, prominencia mentoniana, *c. f.* filariasis, *c. f.* agenesia de 1 brazo, ojos laterales y asimetría de 1 pierna. Por su parte 2 artefactos presentaban ojos grandes y resaltados, y otras 2 con la columna torcida. Tres presentaron jorobas y se ilustró en 4 oportunidades la *c. f.* agenesia en ambos brazos y a personas pequeñas respectivamente.

A continuación, se presenta el gráfico con la distribución de las condiciones, enfermedades o particularidades físicas identificadas en los artefactos cerámicos según región arqueológica (ver Figura 38)

Figura 38

Gráfico con las principales condiciones, modificaciones corporales y enfermedades evidenciadas en la muestra lítica según región arqueológica



Como se desprende de las descripciones de artefactos para las 3 regiones arqueológicas de Costa Rica desde el 500 d. C. al 1560 d.C., la representación de figuras en cerámica y lítica incluye una variedad de personas en distintas actividades. Las actividades cotidianas fueron representadas con poca o ninguna indumentaria especial (pintura facial y corporal, vestuario, joyas, entre otras), así como en algunos casos por cargar vasijas. En tanto es posible identificar a personajes de importancia según sus atavíos, entre ellos joyas, pintura facial y corporal, sombreros, tocados, máscaras, bancos, instrumentos musicales, entre otros.

Mediante un análisis interseccional es posible contemplar estas representaciones en su dimensión biológica, social, cultural e ideológica, siendo categorías clasificatorias diversas pero interconectadas en la cultura material.

Las personas en su complejidad y como parte activa de la comunidad de la cual formaban parte, son representadas en su condición particular de salud y en su rol social. Dichos roles van a ser diferenciados según el momento y actividad particular que sea retratada en las figuras, de allí la variabilidad evidenciada en la indumentaria de uso cotidiano, así como el suntuario, el cual puede incluir joyas, vestimentas, peinados y tocados, así como pintura corporal particular.

Estos elementos cambian en el tiempo y el espacio y representaron elementos de identidad de los colectivos, quienes se representaban y a la vez diferenciaban ante la alteridad con su uso. Analizar estas categorías por separado sin contemplar la realidad simbolizada, puede crear interpretaciones parciales y en ocasiones fetichizadas.

Con lo señalado hasta ahora, se considera que las figuras cerámicas y líticas están representando a personas específicas. Inclusive en los tipos con figuras semejantes (con un estilo estandarizado -contemplados en la arqueología como tipos o grupos cerámicos-) se aprecian diferencias sustantivas en rasgos faciales e inclusive corporales, tal es el caso de las figuras asociadas a los tipos cerámicos Marbella con impresión de concha en zonas, el Galo policromo, el Mora policromo variedad Guabal y el Buenos Aires policromo.

Reconocimiento de condiciones, enfermedades y modificaciones corporales en la cerámica y lítica analizada

Como se ha indicado, el continente americano para épocas antiguas estuvo en un aislamiento biológico que, en términos generales, se extendió desde las distintas oleadas migratorias del Pleistoceno, hasta la llegada de la población ibérica y africana en el siglo XVI¹³⁶. Es por ello, que estas personas estuvieron aisladas de una importante cantidad de enfermedades, lo que se denomina como “epidemiología de grupos aislados”. *La paleo epidemiología de América precolombina es la epidemiología del aislamiento de grandes focos de enfermedades infecciosas que se desarrollaron en los otros continentes* (Hugo Sotomayor, 2007, pp. 39-40).

A pesar de lo anterior, no se debe pensar que la salud de las poblaciones era homogénea, esta varía dependiendo de las prácticas sociales, económicas (por ejemplo, acceso y gusto por tipos de alimentos que consumen, pautas culturales de quiénes pueden o no comerlos según su estatus y rol en el colectivo, las cantidades, prácticas de cocción, de higiene, entre muchas otras) y en general del tipo de organización y habientes con los cuales estuvieron relacionados los pueblos a lo largo de la historia de ocupación del continente (Hugo Sotomayor, 2007, pp. 39-40), así como de los ambientes en los que habitaron, la flora y la fauna que consumieron, ambiente en el que se establecieron los asentamientos, entre otros factores.

En la presente investigación se entiende por condiciones, a la manifestación de signos conocidos que pueden tener diversas causas, no necesariamente biológicas, aunque a las que se hace referencia fundamentalmente lo son. Algunas de ellas pueden ser de carácter hereditario -genético-, por malformaciones durante la gestación de la persona, entre otros. Estas condiciones no son concebidas una enfermedad. Las personas que los tenían pueden ser sanas, así como tener eventualmente quebrantos de salud como cualquier otra persona. No obstante, las características físicas particulares de su condición han sido representadas en cerámica o lítica, por parte de los y las artesanas en las diferentes épocas. Entre estas condiciones se encuentran la acondroplasia, el síndrome de Graves o Morquio, y

¹³⁶ Con excepción como se ha dicho de los contactos específicos que se dieron entre poblaciones del noreste de Asia con el Noroeste de Norteamérica, unas breves incursiones de la población vikinga hacia el año 1000 d.C. y la migración desde las islas del Pacífico de personas hacia la Isla de Pascua.

otros tipos de variedades de personas pequeñas, gemelos siameses o bicéfalos, personas con más o menos dedos, así como otras cuyo cráneo por diversas razones puede tener características (formas) particulares o atípicas, etc.

Por su parte, se consideró como enfermedades a infecciones, desnutrición, jorobadas (por distintas razones sean tumores, tejidos adiposos u otros -no es posible determinar en artefactos-), la escoliosis y otras particularidades con la columna vertebral, problemas bucodentales, ojos saltones, cifosis patológica correspondiente a una curvatura exagerada en la zona de las vértebras torácicas¹³⁷), entre otros.

La distinción se realiza, debido a que una persona con una condición –por ejemplo, acondroplasia- puede estar sana, simplemente pueden tener características físicas que la distinguen de otros miembros de la comunidad y que, en ocasiones, su cuerpo naturalmente funcione con ciertas diferencias. En tanto, las enfermedades pueden ser momentáneas o desarrollarse en momentos particulares de la vida de una persona, inclusive repetirse en su ciclo de vida, como cuando se adquieren virus, se enferma por bacterias, siendo en otros casos, procesos degenerativos, etc.

Como se indicó en el apartado anterior, en la muestra artefactual se identificó la representación figuras de personas pequeñas (ver Figura 39). Algunos de ellos pueden corresponder con acondroplasia, el cual abarca más de 300 variedades. De esta manera, dentro de la categoría de personas pequeñas se concibe a todas las que presentan una estatura baja debido a cualquier causa¹³⁸. En este caso particular, el que reconocemos es el de tipo desproporcionado, ya que evidencia claramente la diferencia de tamaños de diversas partes del cuerpo, principalmente las extremidades (Dicciomed, 2019, s. p.).

¹³⁷ En la “adolescencia” se suele relacionar con la enfermedad de Scheuermann, que es un apelsonamiento de varias vértebras de la columna consecutivas, en adultos la cifosis se puede dar debido a fracturas o aplastamientos vertebrales causada por la osteoporosis, por el deslizamiento de una vértebra hacia adelante sobre otra (espondilolistesis), como consecuencia de enfermedades endocrinas o autoinmunes o la degeneración de los discos intervertebrales, la tuberculosis ósea, la distrofia muscular, la enfermedad de Paget, la Polio, una espina bífida o tumores diversos. La cifosis también se puede asociar a una escoliosis (Sin autor, 2015, s. p.).

¹³⁸ La forma más común es la acondroplasia, el enanismo hipofisario que se debe a una deficiencia de la hormona del crecimiento por una alteración de la glándula pituitaria. El enanismo primordial condición genética en respuesta del organismo a la hormona de crecimiento, pero pueden ser múltiples las causas de su aparición (Oxford, 2007, p. 264)

En el grupo de figuras con representaciones de personas pequeñas, se incluyen artefactos con modificación craneal cultural, deformaciones craneales o formas atípicas de la cabeza, lóbulos perforados, algunas sentadas sobre un asiento o bancos (representación de personas de rango), con pintura corporal, con tocados-peinados-sombreros, con ropa y también sin ningún aditamento o indumentaria particular. También se representó -fundamentalmente mujeres- cargando a un infante con las mismas características fenotípicas e indumentarias de la persona adulta, lo cual se relaciona con el tipo de parentesco matrilineal. (Ver Anexo 6 a.)

Figura 39

Fotografías con representaciones de personas pequeñas



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica y Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

En la Figura 39 se observa 2 femeninas (a y b) las cuales son representadas desnudas con sus senos muy cerca de los hombros, otra figura (c) es neutra, pero presenta un tocado en la cabeza y sus extremidades inferiores flexionadas en posición sedente.

La figura d ilustra a un hombre, el cual también cuenta con ojos saltones y pies grandes con dedos muy gruesos, finalmente la figura e. representa a un posible hombre sentado sobre un banco, con el cabello largo peinado hacia atrás, la mano izquierda sosteniendo su barbilla y un leve estrabismo ocular. Tanto la figura b. como la d., fueron representados con sombreros, lo cual es significativo, máxime que carecen de otro tipo de vestimenta, lo anterior se concibe un símbolo que representa estatus o diferenciación social.

Particularmente, las personas pequeñas o con acondroplasia es la condición más numerosa de todas las representadas y cuenta con una variedad de personajes desde el 500 a. C. hasta el 1560 d. C. principalmente para las regiones arqueológicas Gran Nicoya (subregión Guanacaste), la región arqueológica Central y Gran Chiriquí (ver Figura 40).

En la figura 40 se observa la representación de 5 mujeres (a., d., e., f., y g.), 2 de sexo no identificado (b. y c.) y 1 hombre (d.). De estos se resalta que en 4 de las 5 mujeres su distintivo es el uso de sombreros, de los cuales 3 son estilo boinas (a., g. y h.), 1 es estilo kufi (f.). Al b., c. y e. se les retrató con peinados, en tanto la única persona con un tocado en su cabeza es el hombre (d.). En cuanto a la ropa, las mujeres policromas presentan diversas prendas en el caso de la e. se observa el uso de una enagua y posiblemente un top y en la figura f. una tanga con posible chal o chaleco.

Figura 40

Fotografías con representaciones de personas con acondroplasia “enanismo” de tipo indeterminado



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

El hombre lleva un tocado, una especie de camisa o fajón ancho y una franja en sus pies, el uso de esta especie de camisa o camisión pareciera estar también en las figuras b. y c. Los expansores lobulares fueron utilizados tanto en hombres como mujeres (d., e., f., y h.) y en diferentes épocas, por lo que fue una tradición compartida por pobladores de las distintas regiones arqueológicas presentes desde al menos el 500 a.C. hasta el siglo XVI.

Una diferencia que sí sobresale es la representación de los pies, en el hombre se reflejan pies grandes y anchos posiblemente relacionado entre otros factores, por la costumbre de andar descalzos, y por su parte, en las mujeres se estilizan resaltando las extremidades hinchadas con pies muy pequeños o representando solamente las piernas anchas y redondeadas y no los pies (parte del análisis contempló la vestimenta y posición anatómica de las piernas y los pies para indagar la posibilidad de que algunas personas, sobre todo mujeres se representaran hincadas lo que se relaciona con ciertas prácticas cotidianas como la molienda, pero fueron muy pocos casos los que se reconocieron en dicha posición).

De igual manera, se estableció una categoría de personas pequeñas varias, las cuales no fueron asociadas a algún síndrome o condición particular más allá de la estatura evidenciada por la asimetría de las extremidades. De esta manera, se suman 60 artefactos, de los cuales 25 contaron con modificaciones y/o malformaciones craneales, 14 con tocados, 4 con sombreros, 3 con el estómago muy abultado, 9 presentaron decoraciones de líneas y 42 con pintura.

La representación de figuras con características físicas asociadas con el síndrome genético de Morquio o mucopolisacaridosis tipo IV (ambos subtipos A y B), incluyeron a pocas personas de estatura promedio y fundamentalmente quienes poseían talla baja, tronco corto con displasia espondiloepifisaria grave (que afecta el crecimiento de los huesos y también a los sentidos de la vista y la audición). Esta condición puede provocar afectación neurológica importante debido a la compresión medular, aunque en este síndrome no se da afectación neurológica. Esta condición es autosómica recesiva, lo que significa que ambos progenitores son portadores del mismo gen alterado (o mutado) (Asociación de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados, 2012, pp. 6-9).

Se puede identificar el síndrome de Morquio no sólo por la talla pequeña, sino también porque puede presentar hipoplasia de odontoides (malformación de la unión craneoespinal), *pectus carinatum* (malformación en la que la pared torácica que sobresale hacia fuera debido a un crecimiento anómalo de las costillas y del cartilago del esternón), cifoescoliosis (curvatura anormal de la columna), deformidades en muñecas, codos y hombros, laxitud de articulaciones (mayor distensibilidad de las articulaciones o hipermovilidad), aplanamiento de la cabeza

del fémur y poco desarrollo del cuello femoral, alteraciones en la marcha, dificultad para caminar, entre otros (María Luz Couce, 2015, p. 61). Se puede presentar en 2 formas: el tipo A y el tipo B. El tipo A es el más común y severo y el tipo B es la forma leve¹³⁹. (Asociación de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados, 2012, p. 6). No obstante, el *pectus carinatum* puede presentarse en personas con síndrome de Down, síndrome de Marfan, síndrome de Morquio y en osteogénesis imperfecta (enfermedad de los huesos de cristal)

En la figura 41, se ilustran los rasgos característicos de dicho síndrome, como la baja estatura, la ubicación lateral y resaltada de los ojos y en algunos casos las jorobas y/o abultamiento de la caja torácica en la espalda. En el caso del posible síndrome de Morquio, se ha representado tanto a hombres, mujeres como figuras neutras. Entre los rasgos distintivos más sobresalientes se encuentran el abultamiento abdominal o *Pectum carinatum*, el cuello corto, atrofia o asimetría de las extremidades inferiores, ojos grandes laterales y resaltados.

¹³⁹ Los pacientes afectados por el tipo A carecen de la enzima llamada N-acetilgalactosamina 6-sulfatasa (galactosa6-sulfatasa) y los afectados por el tipo B carecen de la enzima beta-galactosidasa (Asociación de las Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados, 2012, p. 6).

Figura 41

Fotografías de representaciones cerámicas de personas con síndrome de Morquio



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museos del Banco Central de Costa Rica y Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Se observan personas en posibles actividades cotidianas ya que no portan una indumentaria particular, en tanto otras se encuentran altamente ataviadas como es el caso en la figura 41 a., e., g. y k. También se resaltan partes del cuerpo como los ombligos, algunos de los cuales presentan pintura corporal (b., e., y k.). De igual manera, muchos cuentan con expansores lobulares (ejemplo, a., b., c., e., f., g., i.). La mayoría tienen peinados o tocados/sombreros y prevalecen en su decoración los asociados al tipo cerámico Galo policromo (a. y e.)

Sobresale con esta condición una persona representada en piedra procedente del Delta del Diquís, Pacífico Sur de Costa Rica (ver Figura 42), con lo cual esta posible condición estaría presente en las 3 regiones arqueológicas del país.

Figura 42

Fotografía de escultura de espiga que representa a una persona con síndrome de Morquio, Subregión arqueológica Diquís



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Otras 2 figuras representan personas con posible artrogriposis (ver Figura 43), la cual surge cuando se da una limitación del movimiento articular en el feto. Bajo el término de artrogriposis se incluye variedad de contracturas congénitas, las cuales pueden estar presentes en alrededor de 300 trastornos diferentes, siendo los 2 tipos importantes la amioplasia (artrogriposis clásica) con contracturas simétricas múltiples de los miembros y la artrogriposis distal que presenta compromiso de manos y pies, pero se preservan las grandes articulaciones y son producto de un defecto específico en uno de una serie de genes (Simeon Boyadjiev, 2019).

Figura 43

Fotografía de representaciones cerámicas de personas con posible artrogriposis



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Otras figuras carecían de extremidades o presentaron anomalías en el desarrollo de estas (ver Figura 44) El artefacto h. carece totalmente de extremidades y cuenta con una forma cilíndrica largada saliendo de su boca (no se puede identificar si es un puro, instrumento musical u otro). La mayoría de las representaciones tienen extremidades inferiores poco desarrolladas, y/o con tamaños dispares (c., d., e., f., g., j.). Solamente en el caso de la escultura en piedra (a.) se presenta una anomalía en el tamaño de los brazos de un hombre que en el caso de la mano derecha podría deberse a alguna malformación y la izquierda también o a una amputación. En la figura también b. se evidencia una forma atípica en las manos de la persona.

Figura 44

Fotografías de representaciones en piedra y cerámica de personas sin extremidades y formas de pie asimétrico



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

De las esculturas cerámicas, 5 son personas sin un sexo identificable y el resto son mujeres. El artefacto en oro tampoco evidencia explícitamente el sexo y se elaboró con extremidades superiores cortas y una diferenciación en forma y talla o tamaño de un pie (aunque se puede deber a un error en el proceso de manufactura). Éste era un personaje de rango, el cual contaba con un tocado en la cabeza. Nótese que la mayoría tienen los ojos grandes y abultados, esto podría significar que estaban consumiendo alguna sustancia psicoactiva, estuviesen en estado meditativo, etc., o tuviesen alguna condición relacionada con su vista.

Se observaron figuras cerámicas y, sobre todo, esculturas en piedra que tienen diversas malformaciones, principalmente en las extremidades las cuales consisten en desproporción en los tamaños, grosores disímiles, posible presencia de artrogriposis, desproporciones en el tamaño y posición de la cabeza respecto al cuerpo, entre otros.

En total corresponden a 11 artefactos, 1 de ellos presenta sombrero, otro tiene expansores lobulares y un moño en su cabello (ya presentado en la Figura 44 a)

Por su parte, los gemelos siameses o bicéfalos (ver Figura 45). fueron evidenciados en 11 artefactos, 5 de ellos tienen algún tipo de modificación y/o deformación craneal (b., d., i., j. y k.), 1 estaba sentado en un banco y sostenían a una persona pequeña, la cual tiene una venda en su cabeza (a.), en esta figura las personas bicéfalas llevan atavíos, máscaras y plumas como parte de su decoración corporal, 2 presentaron tocados (a. y d.) y 2 más cargan infantes en sus espaldas (f. y g.).

Figura 45
Fotografías de representaciones de personas bicéfalas o gemelas siameses



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

De estas figuras, 3 tienen decoración corporal con pintura, 7 carecían de decoración con pintura y 4 presentan algún tipo de tocado en sus cabezas

Según Mayo Clinic, los gemelos siameses se suelen clasificar según la parte del cuerpo por donde están unidos o fusionados (en algunos casos es en más de un sitio), pueden compartir órganos, partes del cuerpo y la anatomía específica de cada gemelo es única. Las personas con esta condición pueden estar unidas por:

a. el tórax (denominados toracópagos, se unen cara a cara por el pecho, pueden compartir el corazón, hígado, así como la parte superior del intestino, este es uno de los sitios más comunes de unión de los siameses).

b. el abdomen: denominados gemelos onfalópagos, los cuales se unen cerca del ombligo (muchos comparten su hígado, la parte inferior del intestino delgado (íleon) y el colon, pero suelen tener un corazón separado), en la muestra están representados por la figura e.;

c. la base de la columna vertebral: conocidos como gemelos pigópagos, quienes se unen espalda con espalda, en la base de la columna vertebral y las nalgas (en algunos casos pueden compartir el tracto gastrointestinal inferior y en menor cantidad, los órganos genitales y urinarios), entre las figuras identificadas, la imagen con la letra g. posiblemente corresponde a este tipo, aunque también la figura podría estar representando el tipo de gemelo siamés que está unido *d. por la longitud de la columna vertebral:* los gemelos raquípagos o raquíópagos, los cuales también están unidos espalda con espalda a lo largo de la columna vertebral, siendo un tipo muy raro;

e. el tronco: son los gemelos parápagos se presentan unidos de lado a lado en la pelvis y en parte o todo el abdomen y pecho, pero tienen las cabezas separadas posiblemente como la representada en la figura 32 a y e., estos gemelos también pueden tener 2, 3 o 4 brazos, y 2 o 3 piernas, en el caso de la figura a. cuenta con 4 brazos y 2 piernas. No obstante, el caso ilustrado con la letra b. también podría tratarse de *Los f. están unidos por la cabeza y pecho:* gemelos cefalópagos (se unen en la cara y la parte superior del cuerpo), sus caras están en lados opuestos de una sola cabeza con cerebro compartido, pero este tipo de gemelos muy raramente sobrevive (Mayo Clinic, 2020, s.p.).

Los tipos de gemelos siameses que no fueron representados en la muestra son los que están unidos por *g. la pelvis* o isquiópagos quienes están unidos por la pelvis (sea cara a cara o de extremo a extremo), estos pueden compartir su tracto gastrointestinal inferior, el hígado y los órganos genitales y urinarios, asimismo, pueden tener dos piernas o, menos comúnmente, comparten dos o tres piernas. Los *h. unidos por la cabeza*: son los gemelos craneópagos vinculados por la parte posterior, superior o lateral de la cabeza, pero no en la cara, comparten una parte del cráneo, pero suelen presentar los cerebros separados, así como compartir algo de tejido cerebral. Finalmente, tampoco se evidenció los casos menos usuales correspondientes con los gemelos unidos con *i. un gemelo más pequeño y menos formado que el otro* (siameses unidos asimétricamente), en estos casos uno puede estar parcialmente desarrollado dentro de su hermano gemelo (feto en feto) (Mayo Clinic, 2020, s.p).

Un dato interesante es que estas personas son representadas durante su adultez. Es conocido que en estas poblaciones los primeros años de vida eran cruciales para la sobrevivencia de las personas. En el caso de gemelos bicéfalos es aún más crítico, ya que ellos, junto a sus madres tienen más dificultades durante el nacimiento y dependiendo de los órganos que compartan, durante el resto de su vida. Es posible que el índice de natalidad, pero más aún de su sobrevivencia hasta la adultez fuese reducida. No obstante, se logra apreciar su presencia en las 3 regiones arqueológicas durante en diversos momentos, lo que evidencia la atención y cuidado por parte de la familia (nuclear y extensiva), así como su importancia para el colectivo, lo que motivó la elaboración de las figuras (ver Figura 45).

En la Región Arqueológica Central, la representación más antigua data del 100 a. c. al 500 d. C. y corresponde con la representación de una persona con 8 dedos en su mano polidactilia (dedos de más), además de un abultamiento cercano al esternón y cuello (ver Figura 46.), correspondiente a una figura Santa Clara, sin embargo, esta condición no es única, en el sitio arqueológico Williamsburg (b.), se recuperó en superficie una mano que también tiene 8 dedos, pero cuya temporalidad se desconoce (posiblemente asociada a las fases La Selva o La Cabaña).

Para una temporalidad semejante (500 a. C. - 300 d. C.), pero posiblemente procedente de la Gran Nicoya, se reporta una representación con posible ectrodactilia, una persona que tenía 1 dedo menos en cada mano (d.), ésta además presenta un abultamiento en el lado izquierdo de su cuello.

Figura 46

Fotografías con representaciones de personas con cantidades atípicas de dedos



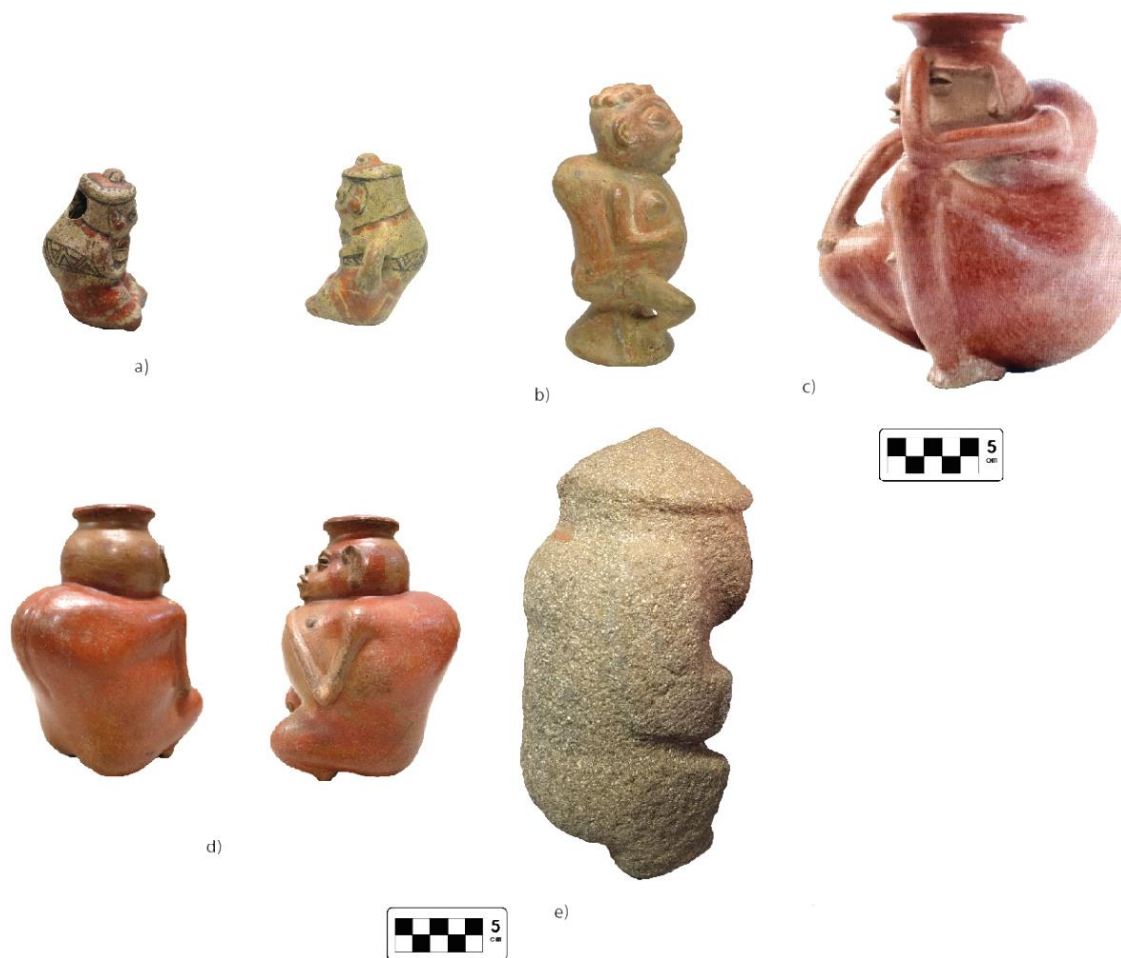
Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Por su parte, también se representaron personas jorobadas (ver Figura 47). Para la presente investigación, se incluyó en este “grupo” a quienes presentan abultamientos (generalmente tipo gibas). No se hace la diferenciación de si la joroba responde a cifosis o curvaturas exageradas en la columna en sus variantes (cervical, dorsal), -solamente una persona fue identificada claramente en esta categoría-, o por “jorobas de búfalo” correspondientes a abscesos o acumulación de grasa en la espalda (sector comprendido entre los omoplatos), a tumores u otras razones. Lo anterior debido a que este nivel de especificidad no se puede reconocer en los artefactos. En total corresponden a 8 esculturas entre las de cerámica y las de piedra,

de las cuales 3 presentan acondroplasia y usan sombreros (por ejemplo, a. y e.), otro presenta tamaño regular de las extremidades (c.); 1 tiene un peinado (b.) y 2 cuentan con decoraciones de líneas y está sobre un banco y 1 con pintura.

Figura 47

Fotografías con representaciones cerámicas y líticas de personas con jorobas



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica y Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

También se presentaron enfermedades, las cuales pudieron ser adquiridas en diversos momentos de la vida de las personas. Por ejemplo, la desnutrición energético-proteica- o *cf.* parásitos- la cual pudo presentar también poliomielitis. En este caso existe la posibilidad de que haya sido polio debido a que ésta suele producir lesiones de las astas anteriores o motoras de la médula espinal causada por distintos serotipos o polio virus humano. Estos pueden causar atrofia de los grupos de músculos que termina en la contracción de estos y su deformidad en el caso agudo

de la parálisis infantil (Santiago Segura, 2004, p. 66), no obstante, en la literatura aún se cuestiona la presencia de esta enfermedad para el continente americano, previo al proceso de conquista.

Por su parte, se cuenta con una escultura tamaño natural, de una persona con lo que parece ser un derrame facial, a la cual le hicieron un tocado y bolso y lóbulos perforados con grandes orejeras, esta última escultura es tamaño natural, superando la pieza original 1.60m de altura. (ver Figura 48).

Figura 48

Fotografías con representaciones de personas con parálisis facial en cerámica y lítica



a.

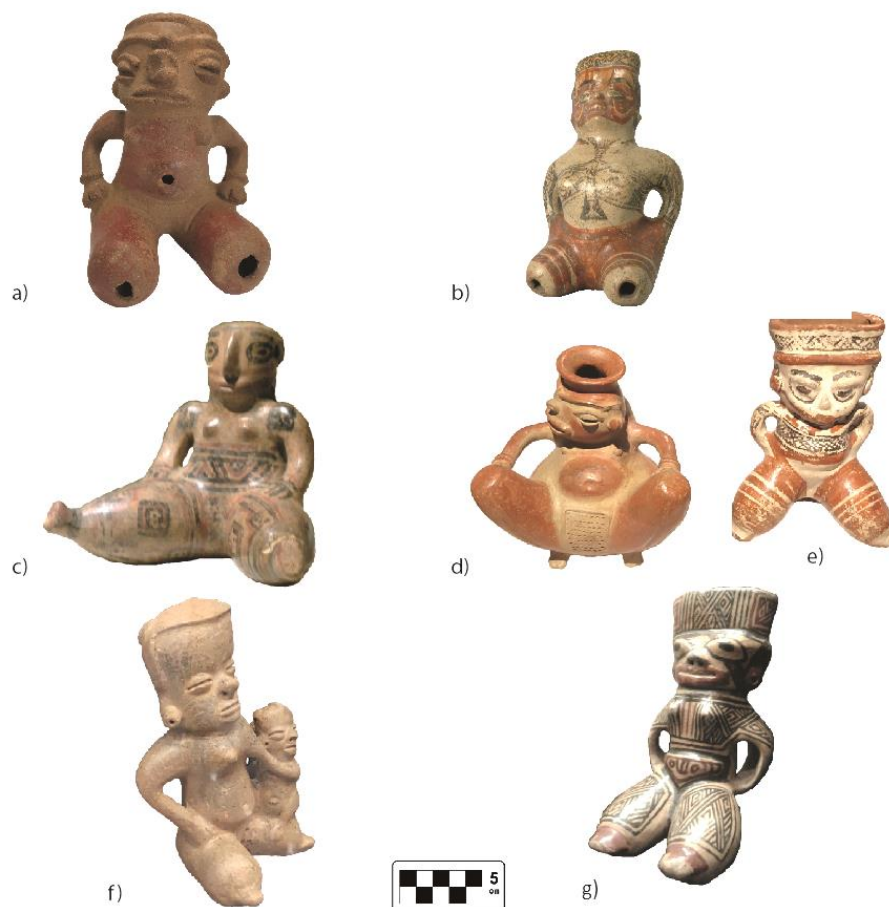
b.

Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Como se indicó en el apartado anterior, numerosos artefactos asociados a los tipos cerámicos Galo variedad figura y Mora policromo variedad Guabal tienen las piernas abultadas, contrastando el tamaño de estas con el de los pies; en estos casos podrían estarse reflejando edemas, retención de líquidos, celulitis, infecciones por filariasis linfática (infección parasitaria -elefantiasis, entre otros).

En el caso de las figuras policromas procedentes de la Gran Nicoya, corresponden a representaciones de personas con una parafernalia propia de actividades especiales, entre ellas presencia de peinados o sombreros (ver Figura 49), pintura facial (e. y g.) y corporal, perforación lobular con presencia de expansores, tangas, pampinillas, entre otros (ver Anexo 6 a.).

Figura 49
Fotografías con representaciones en cerámica de personas con piernas abultadas



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Como se observa en la figura 49, dos de las personas presentan agujeros en sus piernas y no cuentan con los extremos distales de éstas (rodillas, tibias, peroné y pies), en tanto las otras están muy abultadas y sus pies son pequeños, abultados y

con forma puntiaguda, tal y como se observan en personas que presentan problemas de celulitis, retención de agua, elefantiasis, entre otras.

Por otra parte, hay 1 persona con un posible absceso en una mejilla (ver Figura 50), el cual pudo corresponder con una infección asociada a la dentadura mandibular. En el caso de los abscesos corresponden a infecciones bacterianas o pus es rodeada y delimitada por tejidos dañados (Oxford, 2007, p. 3), aunque también podría estar reflejando tumores, enfermedades bucodentales, -que también se observan en los restos óseos- así como furúnculos e inclusive por la infección ocasionada por la picadura de insectos. En este caso se resalta la expresión de dolor de la persona.

Figura 50

Fotografía de artefacto cerámico que representa a una persona con posible absceso o tumor facial en el lado izquierdo de su cara



Fuente: Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

De la muestra lítica analizada, 18 artefactos evidenciaron las vértebras resaltadas, en 4 casos la columna estaba torcida (posible escoliosis), 2 presentaron sombreros y ojos saltones y otras 3 solamente los ojos saltones. Por su parte, 3 figuras tenían ojos saltones, sin tener ninguna particularidad en su columna vertebral.

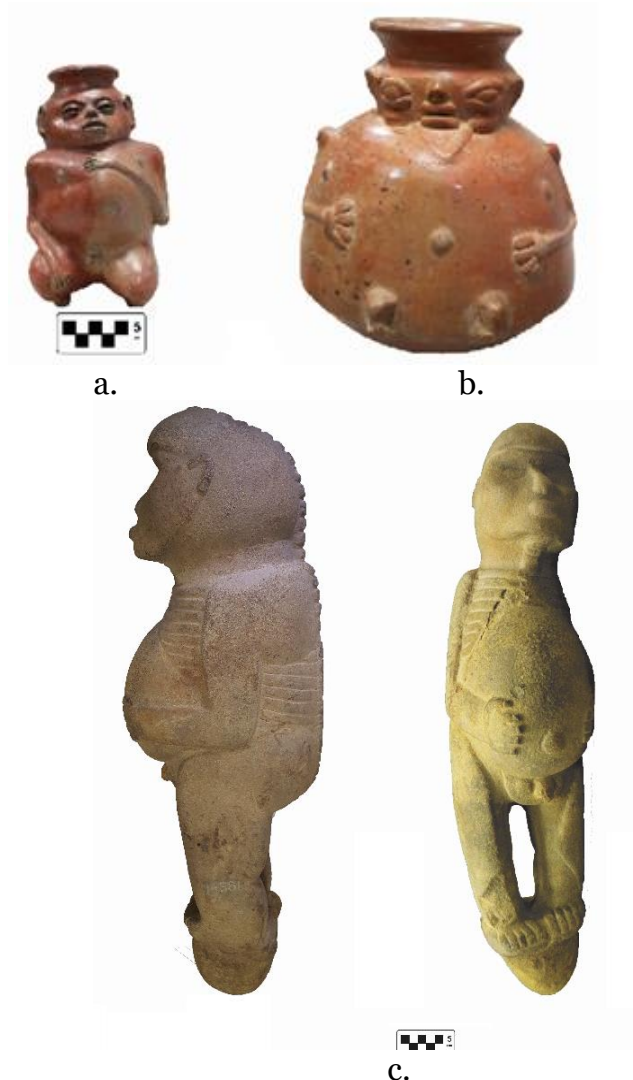
Dos mujeres representadas en piedra están unidas por la espalda, otra era bicéfala. Diez eran personas pequeñas, 2 tenían jorobas, 1 una posible hernia en el vientre, por otra parte, 2 tenían ectrodactilia (4 dedos), 1 con prominencia

mentoniana, 11 con asimetrías en sus cuerpos principalmente en el tamaño y grosor de sus extremidades, así como en la proporción del tamaño del cuerpo respecto a la cabeza.

Dos representaciones de personas mostraron ojos grandes y resaltados con disposición lateralizada. Por su parte, a 4 se les representó con anomalías en el desarrollo de sus brazos o malformaciones congénitas del miembro superior, a 1 con un tumor o un osteofibroma de la cavidad nasal y boca, así como otro con parálisis facial y posibles problemas hepáticos (Ver Figura 51 y Anexos 6 a. y b.).

Figura 51

Fotografías con representación de personas con vientre abultado y posibles problemas hepáticos



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica y Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Una escultura sobresale al contar con un abultamiento en su vientre (ver Figura 51), la columna vertebral resaltada, así como sus costillas y una expresión facial que se interpreta como de dolor (c.), en este caso se podría tatar de una e cirrosis hepática (correspondiente a procesos inflamatorios en el hígado) y el abultamiento se puede dar a causa de las ascitis o acumulación de una cantidad anormal de líquido dentro del abdomen (a. b. y c.).

También se cuenta con la figura cerámica de una persona con un posible bocio, el cual es un agrandamiento anómalo de la glándula tiroides (glándula ubicada en la base del cuello), cuya causa más frecuente es la falta de yodo en la dieta. El yodo es esencial para la producción de hormonas tiroideas y se encuentra principalmente en el agua de mar y en el suelo de las zonas costeras. En épocas antiguas quienes vivían en el interior o tierra adentro podían presentar deficiencia de este elemento y tener bocios cuando la tiroides se agrandaba en un esfuerzo por obtener más yodo. El bocio también puede estar presente la enfermedad de Graves y en personas con tiroiditis crónica (Mayo Clinic, 2020, s.p. Mediplus, 2020, s.p.). Es por lo anterior que se puede inferir la presencia del bocio en las piezas, pero evidentemente no la causa que la pudo ocasionar.

De igual manera, algunos artefactos representaron problemas oculares como ojos saltones, y estrabismo, siendo más frecuentes los ojos grandes y saltones (ver Figura 39). En la figura 39 a., c., e., y f. se representó a personas con estrabismo ocular, por su parte las b., d., y d. presentan los ojos muy abultados/saltones.

Figura 52

Fotografías con representaciones de personas con ojos grandes y/o resaltados y estrabismo ocular



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Algunas de estas malformaciones y modificaciones craneales pudieron incidir en el desarrollo cerebral, así como en el desempeño cognoscitivo, aspecto que es imposible de identificar en los análisis arqueológicos realizados. Las representaciones de personas con formas atípicas de la cabeza como se ha indicado previamente son comunes en artefactos desde el 500 a. C. hasta el 1560 d. C. en tipos y grupos cerámicos como Marbella con impresión de punzonado, El Bosque rojo, Pan de azúcar, Galo policromo, Papagayo policromo, Mora policromo, Murillo aplicado, entre otros.

Las modificaciones culturales han sido identificadas en vestigios culturales desde hace varias décadas, el estudio tanto de restos óseos, como de artefactos, donde se representan alteraciones corporales como las craneales y dentales son las más extendidas en tiempo y espacio y pudieron ser utilizadas *con propósitos de identificación étnica, pertenencia a grupos especiales en las diferentes sociedades y con criterios estéticos*. Para el caso costarricense, Carl Hartman (1991) reportó en su visita al Guanacaste a inicios del siglo XX, una persona que procedía del sur del

país y que contaba con modificaciones dentales, igualmente en la actualidad dicho tipo de modificaciones se practica entre los pueblos gnäbes, pero con mucha menor frecuencia.

Las condiciones y enfermedades a través del tiempo, según los diversos tipos de evidencia

Gracias a la metodología implementada en la presente tesis, fue posible contrastar distintos tipos de evidencia, que si bien no son homogéneas ni necesariamente se presentan totalmente interconectadas, mediante un abordaje interseccional permiten complementar la información sobre el estado y el cuidado de la salud de las poblaciones antiguas en Costa Rica. Al aplicar solamente un tipo de análisis no se puede obtener un panorama de la complejidad social vivida por las personas en la Costa Rica antigua y colonial y las reacciones que ellas tuvieron en relación con el cuidado y percepción de sus cuerpos.

En el presente apartado se contrasta la información procedente de los análisis osteológicos, la cultura material cerámica y lítica, así como los textos escritos en épocas coloniales y republicanas, con la finalidad de identificar cuáles enfermedades o condiciones perduraron en el tiempo y están evidenciadas en diversos tipos de materiales (óseos, cerámica, lítica, papel).

El estudio de las poblaciones humanas antiguas desde la bioarqueología y antropología física se ha abordado como se ha señalado en otros apartados de este documento, mediante la identificación de los indicadores óseos principalmente. Estos permiten conocer las paleodietas, el estado de nutrición, las paleopatologías, el crecimiento, entre otros aspectos relacionados con las poblaciones humanas.

Lo anterior es posible debido a que *el esqueleto humano es un sistema vivo y sensible de interacción constante con el medio ambiente, dadas las propiedades orgánicas de su constitución ósea que le otorgan una plasticidad capaz de registrar las fuerzas, y los factores de acción y reacción que operaron a lo largo de la vida individual y de la población* (Silvia Elena Cornero y Rodolfo C. Puche, 2007, p. 81).

A su vez, este conocimiento, permite indagar aspectos sociales como la calidad de vida, prácticas alimentarias, oficios, incidencia del ambiente en la salud, entre

otros. En el caso de estudio, fueron precisamente los análisis osteológicos los que brindaron información más específica según el sexo de las personas, ya que, en el caso de las figuras, a las personas artesanas les interesó más resaltar otras cualidades y características que su sexo, siendo muchas identificadas como indefinidas.

No obstante, hay ciertos tipos cerámicos, principalmente de la Gran Nicoya para épocas tardías (800-1520 d.C.) en donde predomina la representación de mujeres, tal es el caso de los tipos Galo policromo variedad Figura, Papagayo policromo variedad Mandador, Mora policromo variedad Guabal y Cuello, como se apreció en el apartado anterior y en el Anexo 6 a.

Sin embargo, estas representaciones artísticas cerámicas, líticas y metalúrgicas permiten acercarse a las conceptualizaciones, representaciones e imaginarios que las poblaciones antiguas establecieron respecto a su corporalidad, sistema de creencias, identidad, entre otros precisamente por lo que se representa a nivel de los signos y simbolismo, el tipo de contexto en el que aparece y la dispersión territorial que abarcan.

Por su parte, las fuentes escritas nos acercaron, aunque brevemente a información relacionada con enfermedades provocadas por virus y bacterias que incidieron en una muerte más rápida como es el caso de las pandemias presentes desde la época de conquista y durante toda la colonia. No se cuenta con dicha evidencia en otra materialidad (tangible), ya que no son crónicos como para dejar evidencia en los restos óseos. En algunos textos se brindan datos que sí permiten contrastar con información de épocas anteriores y la permanencia o continuidad de algunas enfermedades, así como la explicación que las personas daban respecto a las enfermedades. A continuación, se presentará la información sobre las enfermedades y condiciones, así como modificaciones corporales agrupándolas según las posibles causas o tipos.

Condiciones genéticas

La acondroplasia por su parte fue documentada para Costa Rica en la cultura material cerámica y lítica para épocas antiguas. En otras partes del continente, la documentación etnohistórica reseña la importancia que tenían estas personas entre las culturas indígenas (*e. g.* México y Perú). No obstante, no se encontró

documentación relativa a esta población en la época colonial para Costa Rica. En el registro osteológico, como se indicó previamente, solamente hay mención de una persona con esta condición para el sitio Las Marías en Guanacaste, aunque posteriormente se señaló que podría tratarse de un infante, lamentablemente no se tuvo acceso a los restos para corroborar lo señalado.

Es posible que estas personas no aparezcan frecuentemente en el registro arqueológico debido a varios factores entre ellos que no fuesen muchas en cantidad, aunque sí en importancia para sus comunidades o que al ser personas consideradas como especiales o muy valoradas, tuviesen un tratamiento mortuario diferenciado, por ende, no los enterraran en los cementerios comunes, entre otros.

Enfermedades provocadas por deficiencias de vitaminas (por varias razones), minerales, estrés alimentario o mal funcionamiento hormonal

Entre las enfermedades provocadas por la deficiencia en la absorción o acceso a vitaminas por razones varias se encuentra la anemia.

En la presente investigación fue posible identificar que para Costa Rica se han presentado problemas relacionados con la anemia (y déficit de vitaminas B 23, C, hierro, entre otras) desde el 500 a. C. y posiblemente estuvo presente desde mucho tiempo antes, pero no se cuenta con datos más antiguos. Esta es una enfermedad que se evidenció en los tres tipos de información revisada. En los restos óseos se infiere principalmente en lesiones en el cráneo y órbita ocular, también pudo incidir en el crecimiento al presentarse tensión alimentaria lo que deja marcas en las piezas dentales (*c. f.* hipoplasia de esmalte, aunque como se indicó oportunamente, esta no es la única causante). La anemia no solo la causa la tensión alimentaria, también responde a múltiples causas que provocan la insuficiente absorción de hierro de los alimentos, como el tipo de procesamiento y preparación de alimentos, la presencia de parásitos¹⁴⁰ entre otras.

¹⁴⁰ Es fácil comprender que el hecho de instalarse para una ocupación prolongada o permanente de una aldea supuso nuevos riesgos de invasión parasitaria. El contacto creciente con los excrementos humanos, que se acumularían en las proximidades de las viviendas, podía permitir, por ejemplo, que *Una gran variedad de parásitos intestinales se desplazaba de un huésped a otro... Debemos suponer por tanto que las poblaciones humanas que vivían en comunidades sedentarias estaban*

Es interesante notar que la hipoplasia de esmalte dental fue más abundante en personas que habitaron antiguamente el sector Sur de la Gran Nicoya, que en el Intermontano Central de la región arqueológica Central, esto podría estar relacionado a muchos factores, entre los que se infieren estreses ambientales, por razones económicas, sociales o ambientales, principalmente en momentos de sequía, dependencia de la agricultura, horticultura, disminución de poblaciones de fauna terrestre y ribereña y prácticas culturales, entre otras.

A nivel de cultura material cerámica y lítica, se ha identificado como una posibilidad la anemia o problemas de parasitarios, en las representaciones de personas con extremidades muy delgadas “huesudas”, así como abultamientos estomacales (posibles parasitosis), aunque también se reconoce la posibilidad de problemas hepáticos. Es de resaltar que en la cultura material (figuras cerámicas y líticas) con extremidades huesudas y vientres abultados son más frecuentes en las figuras de la región arqueológica Gran Nicoya y Central para fechas entre el 500 a.C. Y 500 d.C.

En relación con la documentación, la anemia se puede relacionar con los problemas alimentarios que vivieron las personas, entre ellas las hambrunas, y otras situaciones de carencia de alimentos sean por motivos climáticos (exceso de lluvias, sequías) o ambientales (presencia de plagas), erupciones volcánicas, así como políticos y económicos (como en el caso documentado de especulación que se hacía en épocas de carestía cuando los comerciantes guardaban los alimentos). No obstante, también se mencionan problemas de hacinamiento, suciedad y otros que pueden afectar las condiciones higiénicas y con ello la proliferación de parásitos.

Por otra parte, la presencia de extremidades torcidas (principalmente inferiores), han sido registradas en los restos óseos antiguos señala la posible presencia de escorbuto, como se ha documentado en la presente tesis. Además de la

considerablemente más infestadas de gusanos o parásitos... A otros organismos parasitarios les debía resultar fácil desplazarse de un huésped a otro a través del abastecimiento de agua contaminada. Esto ocurriría con mayor probabilidad, asimismo, cuando las comunidades humanas permanecían en una localidad de forma permanente y debían recurrir, un año tras otro, a las mismas fuentes de agua para todas sus necesidades domésticas (William McNeil, 1984, p. 42).

curvatura en hueso de las extremidades, es posible relacionar el escorbuto con anemias, la hiperostosis porótica y pérdida *antemortem* de piezas dentales.

En la documentación escrita, esta enfermedad se vinculaba con personas navegantes y la poca o nula ingesta de vitamina C. Se asoció la ingesta de tortugas entre poblaciones esclavas y de origen de la Gran Bretaña para minimizar este tipo de problemática, aunque también se agregaban valores culturales a su consumo, ya que les gustaba su consumo como sinónimo de opulencia como “energizante” e inclusive afrodisíaco, de ahí el interés de los ingleses por el comercio y control de territorios donde desovaban estos reptiles y sus rutas de comercio a Inglaterra. En contraposición a las personas de origen europeo no les gustaba el consumo de dicho animal y tanto ellos, como los portugueses implementaron llevar en las embarcaciones plantas de naranjas y otros cítricos para tratar de contrarrestar el problema.

Como se apreció en los apartados anteriores, el bocio se representó en figurillas cerámicas antiguas y se mencionó entre las enfermedades documentadas en la época colonial. La misma disminuyó en el país después de la incorporación de yodo en alimentos como la sal.

Enfermedades degenerativas

Dependiendo de la época en la que se llevaron a cabo los análisis osteológicos de los restos óseos antiguos y coloniales es habitual la identificación de lesiones óseas con denominaciones generalistas como la artritis, osteoporosis, en los análisis más recientes es posible identificar otros conceptos más específicos (osteoartritis, osteofitosis, osteofitosis vertebral, etc.). No obstante, dichas enfermedades son más comunes en personas con una edad más avanzada. En el caso de la artritis responden a lesiones reumáticas, degenerativas, acumulación de osteofitos, rebordes óseos, etc. Como se mencionó algunos factores que explican su presencia es la incapacidad biológica de los huesos por repararse, pérdida de vascularización, entre otros. Por su parte la osteoporosis es una disminución del tejido óseo que se presenta cuando la regeneración de los huesos es más lenta que su pérdida. Lo anterior, provoca que éstos sean porosos y que se fracturen con mayor facilidad.

La evidencia en torno a dichas enfermedades se ha reportado en los restos óseos a lo largo de la secuencia temporal, tanto en la antigüedad, como durante la colonia. De igual manera, aunque no se menciona con esos términos, es posible inferirlas en las descripciones de la documentación etnohistórica, cuando señalan la fragilidad de las personas enfermas, así como producto de edades avanzadas y en poblaciones con inseguridad alimentaria, tal como se describió para el caso de Catalina, esclava de casta Luango con manos “algo remordidas”. En el caso de las figuras de piedra y arcilla, es más difícil inferir su presencia ya que se requeriría de representaciones narradas “en secuencia” donde se ilustren algunos de los síntomas y consecuencias de estas.

La comprensión social de las lesiones provocadas por la osteoartritis podría ayudar a comprender las actividades cotidianas de gran esfuerzo realizadas por las distintas personas (las cuales, a su vez, se pueden manifestar de distinta forma según el sexo de las personas y los roles asignados cultural y socialmente) y los efectos acumulativos a través de la edad, con lo que se puede inferir, mediante la valoración de sus síntomas, la calidad de vida de quienes la presentan. (Arthur Aufderheide; y Conrado Rodríguez Martín, 2002, citado en Hugo Sotomayor, 2007, p. 41).

Enfermedades por tensión ambiental

La exostosis del canal auditivo estuvo presente en algunas personas que habitaron Costa Rica en épocas antiguas. Las perlas y algunos de los moluscos que pudieron extraerse de las aguas medias y profundas donde se buceaba han sido documentadas en contextos arqueológicos, de igual manera, las fuentes etnohistóricas hacen referencia a la práctica del buceo para la extracción principalmente de perlas, lo cual corrobora su continuidad en el tiempo, aunque no se hayan reportado en muchos restos óseos. En la cultura material se ilustra el uso de embarcaciones, sin embargo, éstas se refieren a la existencia de la tecnología para el desarrollo de dichas prácticas extractivas, no se puede determinar que sus usuarios sean personas con exostosis auditiva.

Infecciones

La información sobre las infecciones se reporta en los tres tipos de evidencia, tanto en épocas antiguas como coloniales. Los datos más específicos se presentan en los restos óseos, en donde se identifica huesos con periostitis, así como osteomielitis. Por su parte, en las figuras principalmente cerámicas se incorporan piernas abultadas, muy hinchadas, que posiblemente evidencian como se mencionó anteriormente edemas, celulitis, filariasis-elefantiasis, lo que permite visualizar la reacción infecciosa sobre el tejido blando. Muchos de los pies se elaboran muy pequeños e hinchados los cuales presentan colores rojos y negros, en otros casos sólo se elaboraron figuras con parte de las piernas, estando estas también hinchadas. Si bien, podría tratarse de extremidades amputadas, las evidencias de amputaciones con las que se cuentan, (en figuras cerámicas y restos óseos antiguos) se tienen solo para las extremidades superiores. Es preciso indicar que las amputaciones son excepcionales en los reportes.

No obstante, en las fuentes escritas se indica la abundancia de especies que afectaban con sus piquetes a todas las personas, inclusive Fernández de Oviedo (1976, pp. 73-.74) se refiere a las garrapatas que hinchan las piernas, los ambientes en los que se encontraban, así como algunos de los procedimientos empleados en su tratamiento, como se indicó en apartados anteriores de la presente tesis.

La infección provocada por la bacteria *Treponema* o sífilis, se identificó solamente en los restos óseos, si bien afectó a pocas personas, estuvo presente en la Costa Rica antigua y colonial. El único caso relacionado con la brujería (reseñado en esta investigación) también puede corresponder con esta enfermedad. La documentación es más explícita al señalarla como un problema (social, moral y de salud) en las Antillas especialmente en La Española y en Europa.

Las fuentes etnohistóricas se refieren a una enfermedad que también estuvo presente en épocas antiguas: la leishmaniasis mucho-cutánea. Si bien sus lesiones no se observan en los restos óseos, la lesión de “nariz de tapir” podría responder a la afectación de la mucosa del tabique nasal ya que *las lesiones obstructivas de la nariz y parte del labio superior se dan en las formas úlcero-vegetantes del leishmaniasis cutáneo-mucosa, pero con gran deformación de las partes afectadas...* (Enrique

Hermida, 2007, p. 187). En la muestra se pudo representar en la Figura 46 a aunque se contempla como principal causa de la anomalía la posibilidad de que sea un rinofima.

Es posible que esta enfermedad también se manifestara por medio de perforaciones o lesiones en la piel, Es por ello, que la figura 53 procedente del Museo del Jade y la Cultura Precolombina esté representando a una persona con leishmaniasis, pústulas sifilíticas, entre otras.

Figura 53

Fotografía de las representaciones de personas con perforaciones en el rostro



Fuente: a. Museo del Jade y la Cultura Precolombina; b. Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia.

Por su parte, las fuentes etnohistóricas como se explicó anteriormente mencionan que las llagas o úlceras que producían insectos (mosquitos del género *Leishmania*) eran muy difíciles de tratar, más si estas se infeccionaban (León Fernández, 1881, p. 10). Esta enfermedad continúa hasta el presente, en la actualidad principalmente en zonas rurales del país.

Jorobas o protuberancias

En relación con las personas jorobadas, la que se podrían evidenciar en los restos óseos son las provocadas por la curvatura en las vértebras (en el caso de las cifosis cervicales o cifoescoliosis cuando es causada por la osteoporosis), sin embargo, éstas no han sido documentadas aun posiblemente por los problemas de conservación de los restos óseos. También es posible que las jorobas representadas fuesen causadas por acumulaciones de tejidos grasos (grasa dorso cervical), quistes u otros tipos de tejidos corporales. En este sentido, las columnas torcidas sí se evidencian en las esculturas líticas, en tanto las jorobas provocadas posiblemente por posibles tejidos grasos o líquidos lo han hecho en las figuras cerámicas, en el caso de la cerámica, estas incluyen además de las jorobas a personas con *Pectus carinatum*. Por su parte, en los análisis osteológicos de personas antiguas, se documentaron pocos casos con esta particularidad en la columna y en las fuentes escritas también se mencionaron.

Salud oral

La salud oral fue otra constante en la información revisada. Como se evidenció en los apartados anteriores, la presencia de caries y pérdidas *antemortem*, se reportaron en los análisis osteológicos antiguos y coloniales, así como en las fuentes escritas, principalmente cuando se hacía referencia a las personas esclavas, ya que eran consideradas mercancías. El apiñamiento dentario o dientes que erupcionan torcidos, así como las pérdidas fueron representados también en la cerámica, así como "dientes rotados o invertidos" en restos óseos antiguos (ver Tabla 13). Algunos de los problemas orales se deben a prácticas de higiene, como es el caso de la caries y la presencia de cálculo dental, este último fue reportado en los análisis osteológicos tanto en personas de épocas antiguas, como coloniales siendo un reflejo de las prácticas de higiene bucal de las personas.

En la muestra también se evidenció desgaste dental debido a una mayor abrasión de la superficie de los dientes que se evidencia conforme las personas van envejeciendo, aunque también se pueden deber a prácticas culturales, entre ellas al consumo de productos procesados o macerados en metates o superficies que al

utilizarse se erosionan y desprenden fragmentos pequeños de roca que se quedan en los alimentos, los cuales al ser consumidos provocan un mayor impacto sobre la superficie de los dientes, provocando un mayor estrés masticatorio. En la Gran Nicoya, N 80 personas presentaron un desgaste dental avanzado, en tanto para la Región Arqueológica Central, se evidenció en N 37 personas.

Traumas

En el caso de las lesiones traumáticas, que no son muy abundantes, lo que predomina son las abolladuras y quebraduras. La información al respecto proviene del análisis osteológico antiguo y colonial, así como de fuentes etnohistóricas.

Si bien en el caso de los restos óseos de épocas coloniales, podrían asociarse con impactos violentos contra sus cuerpos (por castigos, luchas u otros documentados en los textos), así como luchas en momentos de resistencia, el tipo de contextos documentados impide ser contundentes con estas interpretaciones para personas concretas de los sitios arqueológicos de los cuales se tiene información. Lo anterior porque también se pudieron deber a caídas, golpes que se llevaron en diversas actividades cotidianas, por el oficio o labores realizadas, por accidentes de diverso tipo, etc. Este tipo de lesiones se contemplan, ya que pudieron afectar la salud de las personas y requerir cuidados específicos para sobreponerse de las dolencias ocasionadas.

Se resalta que al menos en el sitio arqueológico Nicoya los traumas son abundantes, en comparación con lo indicado por los diversos autores para las colecciones osteológicas antiguas y en relación con el tamaño de la muestra del propio sitio. Por ejemplo, de la persona inhumada en la Operación 1D enterramiento 27 del sitio Nicoya, tuvo exposición del hueso en su quebradura en grada, esta herida fue cuidada, de manera que no se le infeccionó y pudo sanarse (huesos están bien saldados), aunque posiblemente esta persona vivió el resto de su vida renca o con problemas de locomoción y posiblemente dolor.

En cuanto a las fuentes escritas se reportaron quebraduras que inhabilitaron a las personas, entre ellas las relacionadas con la columna vertebral y por golpes con bestias (como lo sucedido al negro don Juan Francisco de Ibarra y Calvo,

anteriormente citado). Por otra parte, los traumas no fueron identificados en la cultura material cerámica, lítica y orfebre.

Prácticas culturales de modificación corporal

Las modificaciones corporales fueron valoradas en épocas antiguas y en el caso de Costa Rica algunos estudios las vinculan con población de origen mesoamericano, a pesar de que se conoce para distintos espacios geográficos, incluyendo los suramericanos y en épocas anteriores, como se expuso previamente. Si bien esta no es una enfermedad ni condición, son modificaciones corporales propiciadas por prácticas culturales que podrían ocasionar algunas molestias, por ejemplo, dolores de cabeza o en el caso de los dientes si se liman mucho las piezas se puede generar sensibilidad y problemas para masticar. Así, las modificaciones craneales o formas atípicas del cráneo fueron evidenciadas en restos óseos (*e. g.* en los sitios Jícaro y La Cascabel) y en la cultura material (en figuras de las regiones arqueológicas Gran Nicoya y Central en diversas fases de ocupación), no así en la documentación escrita.

Por su parte, las prácticas de modificación dental están presentes también en la evidencia osteológica de contextos arqueológicos antiguos y posiblemente contemporáneos con el proceso de conquista e inicios de la colonia. Estos tuvieron una valoración positiva durante épocas antiguas y una valoración opuesta en el caso colonial. En el caso del sitio Nicoya pareciera que las piezas dentales con modificación (incisivos centrales) fueron limadas para que dicha modificación no fuera notoria, siendo esta una práctica implementada por los españoles y documentada en otras partes de América (Cleria Ruiz, comunicación personal, 2020).

Es conocido que las modificaciones corporales se realizaban con el propósito de lograr una diferenciación identitaria e inclusive puso ser étnica, así como con fines estéticos (Hugo Sotomayor, 2007, p. 42). En el caso de las poblaciones esclavas africanas, también presentaban la modificación dental, pero generalmente en forma de pico o “triangulares” como canino (semejante a G 15 en Vera Tiesler, 2011, p. 190) y se les asoció con la valentía y ferocidad de las personas según el rol que cumplían dentro de sus comunidades de procedencia en África.

Como se desprende de lo anterior, la percepción del cuerpo y lo que le sucede sea natural o culturalmente se transforma históricamente, siendo un constructo social y cultural que sobrepasa su condición biológica (Olga Sabido, 2013, 24). Retomando a Pierre Bourdieu, según el papel que se ocupe socialmente se lleva al cuerpo de distintas formas. La clase social incorpora la preferencia de ciertos alimentos, la complejión de las personas, el cuidado del cuerpo (Pierre Bourdieu, 2003, p. 54) y con la presente investigación se agrega, la estética y diferenciación social que ésta brinda. Lo anterior, también depende de las épocas vividas, las circunstancias específicas, el contexto, el sexo, condición socio económica entre otras.

En este caso la colonización, ejerció dominación física, estética y simbólica sobre los cuerpos de las personas sobre las cuales se buscó ejercer una dominación. Los ibéricos y en otras partes del continente, los ingleses, franceses, holandeses, etc., impusieron su cosmovisión sobre los cuerpos de la otredad americana y africana. Inicialmente cuando cuestionaron su condición humana y posteriormente al clasificarlos mediante sistemas de castas.

Aunado a lo anterior, se impuso una percepción negativa, peyorativa y hasta condenatoria a las personas con condiciones genéticas o congénitas, así como en condición de discapacidad, así como en las enfermas. Se pasa de una percepción favorable de la diferencia física durante las épocas antiguas (en donde según la evidencia analizada en la cultura material como la cerámica y la lítica, estas personas eran partícipes de actividades comunitarias, así como desempeñaban algunas actividades cotidianas e inclusive formaban familias y heredaban su estatus social a sus hijos e hijas), a vivir violencia física y emocional durante la época de conquista y colonia. Lo anterior se debió a la percepción cultural de los españoles sobre la diferencia física y el considerar que las enfermedades eran producto del pecado de las personas familiares o de quienes nacían o vivían con alguna condición o enfermedad. Además, claramente desde el punto de vista económico, estas personas no podían ser explotadas de la misma manera que el resto de las personas esclavizadas y repartidas en las encomiendas, por lo cual junto con las personas adultas mayores eran vistas por el capitalismo incipiente como no rentables.

De esta manera, se dio un tránsito de la percepción positiva de la diferencia a una negativa, que caló profundamente en la sociedad, en donde inclusive, hasta hace poco tiempo a muchas de estas personas se les escondía en sus familias para protegerlos.

De los signos, símbolos, representaciones e imaginarios sociales relacionados con la corporalidad y salud en la antigüedad

Signos, símbolos e imagen

Inferir aspectos relacionados con los saberes distanciados no sólo por la cultura, sino también por el tiempo, es un gran reto, no obstante, es preciso establecer los mecanismos metodológicos para poder comprender a las poblaciones en su legado.

Cuando se observa a las personas no se hace de una manera “neutra” sino mediante los “esquemas” incorporados culturalmente a lo largo de la vida, es por eso que, desde las ciencias sociales el abordaje del cuerpo se realiza desde una perspectiva analítica y desde definiciones conceptuales y categorías específicas. Aunado a lo anterior, los cuerpos, las personas están constituidas por el “sentido” que se les asigna socialmente, es por lo anterior, que más que una definición de cuerpo, existen múltiples posibilidades analíticas y categorías de abordajes (Olga Sabido, 2013, pp. 23-24).

Existen dos formas de representar, una directa cuando se cuenta con el objeto, la cosa, el ser y otra indirecta, en los casos en que éstos no están presentes y *se representan*, recuerdan, se imaginan mediante la “conciencia indirecta” mediante, por ejemplo, una imagen (Durand, en Julio Amador, 2020, p. 1). Las imágenes que “se comunican” se han elaborado partiendo de un “núcleo esencial” de carácter simbólico, las cuales conllevan procesos mentales que convierten la cognición en expresión mediante el uso de signos socialmente elaborados, utilizados para sustituir, explica y comunicar lo real percibido y pensado (*Ibid.*, p. 3)

En este sentido, lo representado constituye lenguaje, pero no queda reducido a éste, es un sentido extralingüístico. Tiene sentido en función de la cultura, el contexto y la historicidad del mensaje emitido en lo representado.

Hay una indefinida cantidad de signos o símbolos que pueden servir para el propósito de lo que llamamos “lenguaje”. Estamos leyendo la significación de la conducta de otras personas cuando, quizás, éstas no tienen conciencia de ello. Hay algo que nos revela cuál es el propósito –una mirada, la actitud del cuerpo que lleva a la reacción. La comunicación establecida de tal modo que, entre los individuos, puede ser perfecta. Puede efectuarse una conversación por medio de gestos, que no es posible traducir en lenguaje articulado (George Mead, 1993, pp. 60-61).

De esta manera, si se toma en cuenta que la producción alfarera tanto doméstica como ritual, era una actividad especializada y que reprodujo diversos intereses colectivos, los bienes de élite u objetos de prestigio tales como las esculturas

...transmitían lenguajes simbólicos y eran utilizados por las élites para legitimar su poder ante la comunidad. Las prácticas sociales se expresaban tanto en la cerámica, como en la metalurgia y el arte mural, y a través de las imágenes se transmitían las ideas preponderantes sobre el cosmos, la naturaleza y la sociedad. Eran lenguajes simbólicos de comunicación social, que funcionaban también como fuertes componentes de identidad cultural (Hugo Sotomayor, 2007, p. 23)

La propia materialidad es la aliada que muestra la visión que la persona - artesano u artesana- tenía sobre quien era representada, en este caso en las figuras cerámicas y líticas, así como de la colectividad de la cual ambos formaban parte, por ende, de su cultura. Para algunos autores, *las piezas de arte con representación de enfermedades fueron confeccionadas por especialistas en el trabajo de arcilla, oro, hueso, y madera con el propósito de ser usadas en ceremonias sagradas (chamanísticas de prevención, limpieza y curación)* (John Nunn, 2002, citado en Hugo Sotomayor, 2007, p. 57). No obstante, la amplitud de uso de este tipo de representaciones pudo ser mayor.

En el presente apartado se retoma el concepto propuesto por Julio Amador (2020, pp. 13-14) de *signo visual*, en lugar del ícono.

Éste reproduce ciertas características estructurales del referente que, por mediación de códigos culturales de representación y de procesos de abstracción, da forma a una estructura perceptiva de carácter simbólico, cuya decodificación se basa en el conocimiento del propio código, aprendido a través de la experiencia socialmente adquirida. La estructura visual, creada

mediante el proceso de abstracción, tiene la intención de generar el mismo significado que el de la vivencia de la cosa o ser reales o imaginarios, denotados por el signo.

En este caso, el signo representa seres, cosas o imaginarios, los cuales incluyen una selección y organización estructural de algunas de sus características perceptuales (de ahí que es motivado). Para ello hace uso de composiciones visuales que forman parte del código de comunicación de la población y cultura específica a la que va dirigida en un momento dado, (estilo), así como de la lógica imaginaria particular y los procesos de abstracción con los cuales se creó la imagen y sus respectivas codificaciones histórico-culturales (Julio Amador, pp. 14, 16) valorando su cronología y corología (espacio geográfico), de ahí que es arbitrario (no tiene un significado universal ahistórico). En otras palabras, el código cultural compartido es fundamental para poder descifrar el significado de las imágenes y sus representaciones.

Si abordamos a los símbolos, desde la perspectiva de su función cognitiva, podemos decir que son figuras explicativas. Son el medio interpretativo que permite comprender los aspectos complejos de la realidad, a partir de presentar figuras y relaciones de sentido a los cuales puede ser traducida la sobreabundancia de la vida. Los símbolos sintetizan y presentan de manera concreta esa inagotable diversidad en figuras repetibles y claramente identificables que sirven de guía heurística de la realidad. En su sentido trascendente, son la vía ideal para alcanzar el conocimiento de verdades espirituales.

Incluso, si pensamos en el origen sagrado del símbolo, podemos continuar sosteniendo nuestra hipótesis pues, dentro del ámbito de la religiosidad, el símbolo es concebido como el medio y la evidencia de una verdad revelada. Aún como *Epifanía* es signo de conocimiento. En ese sentido, Eliade explica que el símbolo mismo es una hierofanía, porque materializa una realidad sagrada o cosmológica que ninguna otra manifestación está en posibilidad de revelar (1988 (1964), p. 399) (Julio Amador, 2020, pp. 24-25).

La polisemia de los símbolos trasciende los alcances de la presente investigación, no obstante, se aclara que, si bien los artefactos analizados se han abordado desde la representación de posibles enfermedades y condiciones, no se deja de lado la importancia simbólico social de la cual formaron parte. Se considera que algunas de las representaciones “únicas” (todas lo son si se parte de la técnica de manufactura con la que se hicieron -manual, uno por uno-), es posible que esto se

deba a la representación de personas o conceptos (también posiblemente deidades), que fueron importantes para un colectivo en un momento dado.

Existen otras figuras o *re-presentaciones* que son “repetitivas” en sus *signos visuales*, por ejemplo, en la manera en que se representan las cabezas, cuerpos, ojos, etc., hay una estandarización que evoca a un significado particular historizado principalmente en las figuras cerámicas de La Gran Nicoya para el Periodo Tempisque y Sapoá Ometepe (en tipos cerámicos como el Marbella con impresión de concha (500 a. C. a 300 d. C.), principalmente en el Galo policromo asociado al periodo Bagaces (500 a 800 d. C.) y los tipos Mora y Papagayo policromo del periodo Sapoá (800-1250 d. C.), así como representaciones faciales con ojos distanciados de la fase Cartago asociados al tipo Pavones ordinario en la región Arqueológica Central (800 a 1560 d. C.) y para el caso de la lítica las figuras antropomorfas denominados como “sukias” también presentes en esta última región arqueológica.

Los artefactos asociados a los tipos cerámicos mencionados presentan códigos de vestimenta, modificaciones craneales, uso de colores específicos (claramente con un significado particular para las personas que los crearon, los representaron y quienes los observaban). En el caso de los policromos, además incluyen otras representaciones pintadas sobre los cuerpos simbolizados que abarcan grecas, cruces, estilizaciones de lagartos, se resaltan los ojos, entre otros. Es posible inclusive, distinguir otros elementos identitarios como tipos de vestimenta y formas de sentarse en los diferentes tipos cerámicos.

En estos artefactos se recurrió a la redundancia en la representación de los símbolos, lo cual es explicado teóricamente como el mecanismo para poder explicitar todos sus significados, los cuales posiblemente no se limitaban a la figura en sí. El uso que se debió dar a estos artefactos debió ser por parte de líderes en contextos, ceremonias específicas, con frases recurrentes que permitiera la perpetuidad de lo que se quería transmitir con ellas (incluidas prácticas religiosas, curativas, entre otras).

Si bien los materiales analizados son “sin contexto conocido”, la gran mayoría procede de cementerios en donde la vida social pública que pudieron tener estos artefactos finalizaba, para pasar a ser un ajuar funerario que cumplía una función específica para la persona fallecida, según las creencias de los distintos pueblos

étnicos a través del tiempo. Es por lo anteriormente señalado, que reitero, se concibieron 2 tipos de artefactos, primero las representaciones específicas con alguna particularidad asociables a una condición o enfermedad y que al menos hasta el momento constituyen una representación única y las figuras que si bien, podrían representar a personas, familias, clanes e inclusive deidades, fueron representadas en múltiples artefactos, los cuales tuvieron un mayor alcance al estar presentes en diversas comunidades (o sitios arqueológicos) que estaban culturalmente vinculados.

Para el caso de las representaciones de personas con alguna enfermedad o condición, en la Costa Rica antigua, se evidencia su participación tanto en actividades cotidianas, como especiales que motivaban el uso de una vestimenta y decoración corporal diferenciada, entre ella pintura corporal, sombreros, tocados, joyas, vestimentas particulares, entre otras.

Se aclara que no se realizó un análisis semiótico de la evidencia, debido a que se carece de textos escritos para relacionar signos específicos y eventos puntuales contextuales de cada época (por ejemplo, el significado del uso de un color particular en determinada parte del cuerpo), símbolos (significado de determinadas figuras y motivos) y su respectiva imagen. No obstante, como se señaló en la primera parte de la presente tesis, se buscó identificar los signos y símbolos, para poder inferir aspectos como la recurrencia en el uso de diseños, formas de representar ciertas partes del cuerpo, colores entre otros, ya que son los elementos más básicos del sistema de significación (o códigos culturales) utilizados en los procesos de comunicación. Lo anterior, ya que sería imposible lograr acceder a los significados sociales complejos que los diversos pueblos étnicos a lo largo de más de 20 siglos pudieron conferir a esos signos a través de las esculturas, pues se desconocen aspectos intangibles relacionados con los sistemas de creencias entre ellos interpretaciones, mitos de origen, valoraciones positivas o negativas dadas, entre.

Cada pueblo étnico y dentro de ellos las diversas comunidades brindaron significado al *estar bien* y la enfermedad, así como a su corporalidad. Esos significados (imaginarios sociales) se legitiman y reproducen socialmente, su comunicación se ve reflejada en el uso de determinados símbolos que albergan los significantes, en el presente es posible que no sea posible “traducir” esos significados

particulares reflejados en las representaciones, pero sí reconocer recurrencias y con ello, identificar que responden a una comunicación particular entre las relaciones de significantes y significados (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 201-202).

En épocas antiguas, la concepción de “estar o no bien” trascendía lo físico; estaba determinado por la forma de vida de las personas: lo físico, lo psicológico, lo social – comunitario-, los sistemas de creencias, las relaciones sociales y su vínculo con el medio en el que se vivía y del que también se formaba parte.

Los imaginarios dan cuenta de la dimensión política, incluyen las negociaciones, luchas y tensiones de las poblaciones respecto de lo que las representa y los códigos culturales y de comunicación. Por su parte, las representaciones sociales permiten acceder a las subjetividades individuales y sociales (Maricela Perera, 2003, p. 2), por ejemplo, mediante las pesquisas de si una condición pudiese ser “socialmente bien o mal vista”, si las personas que las poseen eran partícipes de la vida en comunidad, si se les representa con indumentaria especial o en actividades de índole cotidiano, entre otros. De igual manera, es posible acceder a concepciones que el colectivo antiguo tenía respecto a la corporalidad, la salud, el cuidado de familiares y de la comunidad¹⁴¹, así como de lo que querían comunicar por medio de la artefactualidad. Lo anterior debido a que,

El arte se inserta, a mitad del camino, entre el conocimiento científico y el pensamiento mítico o mágico. Los códigos poéticos o artísticos son fundamentalmente polisémicos, en contraste con los códigos monosémicos que caracterizan a los de tipo lógico o científico, y en los que a cada significado le corresponde un solo significante. El arte se alimenta y nos alimenta con toda la riqueza del mito, del símbolo y la analogía, al mismo tiempo que nos permite extraer para la conciencia racional los mensajes profundos incluidos en el mito (Alcina, 1982, en Sotomayor, 2007, p. 49). Los símbolos referidos al ser se explican sólo entendiendo a éste como la totalidad física... Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca de él son tributarias de un estado social, de una visión del mundo y dentro de esta última, de una definición de la persona... En las sociedades tradicionales, el cuerpo no se distingue de la persona (Pedro Laín, 1984; David Le Breton, 2002, citado en Hugo Sotomayor, 2007, p. 58).

¹⁴¹ Por ejemplo, el cuidado de las personas se evidencia en la capacidad de que personas con diversos tipos de discapacidad logren llegar a edades adultas, la integración de éstas se observa en su capacidad de contar con un rol dentro de la comunidad, en su papel como madre o padre, entre otros.

Algunas poblaciones contemplan las enfermedades como castigo ante la transgresión de ciertas prohibiciones de normas sociales importantes para el colectivo, (*e. g.* incestos, alimentaria, religiosa, relación con el ambiente y las criaturas que lo habitan, entre otras). No obstante, no siempre se les adjudicó un valor negativo, en ocasiones fueron motivo de valoración neutra o positiva, representando atributos de identidad social, por ejemplo, cuando una condición como un síndrome era estimado, tal y como señalan las fuentes etnohistóricas para México y Perú en relación con las personas con acondroplasia.

Las representaciones artesanales de las condiciones y enfermedades, tanto las personas que los producen, como la comunidad en la cual cobran importancia como para realizarlas, permiten no solo la identificación de la condición y/o enfermedad, sino también los simbolismos expresados por los diversos pueblos étnicos a lo largo del tiempo, como señala Sotomayor *cuando se observan las representaciones plásticas prehispánicas de enfermos, éstas deben relacionarse no sólo con el conjunto del saber paleopatológico y de la historia de las enfermedades, sino que se debe tener en cuenta lo sabido sobre el simbolismo de las representaciones de las partes del cuerpo humano* (Hugo Sotomayor, 2007, p. 69).

Ejemplo de dicha valoración social se presenta en las representaciones de personas con decoración corporal, indumentaria y atavíos particulares, posados en bancos y otros tipos de artefactos como tocados, sombreros, penachos, entre otros.

El análisis de la cultura material artefactual evidenció que en la antigüedad se hicieron representaciones bastante realistas de las personas con enfermedades y condiciones que culturalmente fueron importantes de retratar a través del tiempo. En muchas de esas representaciones se plasmaron signos y símbolos que comunicaban y reproducían contenido cultural de importancia para la comunidad. *Los símbolos referidos al ser se explican sólo entendiendo a éste como la totalidad física. Comprender el léxico simbólico e iconográfico de la forma humana y de las partes constitutivas es útil tanto en el campo antropológico como en la historia del arte y de las religiones* (*Ibid.*, p. 58).

Cada cultura tiene maneras de interpretar y representar los cuerpos y los conocimientos que culturalmente han construido sobre él desde su visión de mundo. Como señaló Le Bretón (2002), en algunas poblaciones tradicionales el cuerpo no se distingue de la persona.

Para autores como Hugo Sotomayor (2007, p. 57), en el pensamiento analógico existe la convicción de la existencia de espíritus en el mundo circundante, por lo que los diferentes pueblos cuentan con 3 tipos de amuletos o talismanes: *homopéuticos, filáticos y apotropaicos*.

Los primeros corresponden a criaturas vivas (o partes de ellas) con características deseables para las personas portadoras del “amuleto”, bajo el principio de *similia similibus* (con características como la fuerza, velocidad, visión aguda, etc.). En los segundos se ubican los amuletos filáticos que ayudan a proteger e incluyen imágenes de personajes, ojos u otros y, los terceros denominados amuletos apotropaicos, representan la forma de animales peligrosos y enfermedades que se desean evitar, dentro de esta última categoría, según el investigador, estarían las representaciones analizadas en el presente apartado (Hugo Sotomayor, 2007, p. 57).

No obstante, en la presente investigación, se considera que, en el caso costarricense, las representaciones analizadas, dada su variabilidad, presencia en las diversas fases de ocupación, así como en el detalle de las características de las personas y particularidad de las enfermedades o condiciones representadas, pudieron ser utilizadas como imágenes “positivas” (no como algo que se quisiera evitar necesariamente).

Entre las particularidades más significativas en las figuras cerámicas se encuentran las diferenciaciones en la pintura corporal para los policromos de la región arqueológica Gran Nicoya, subregión Guanacaste.

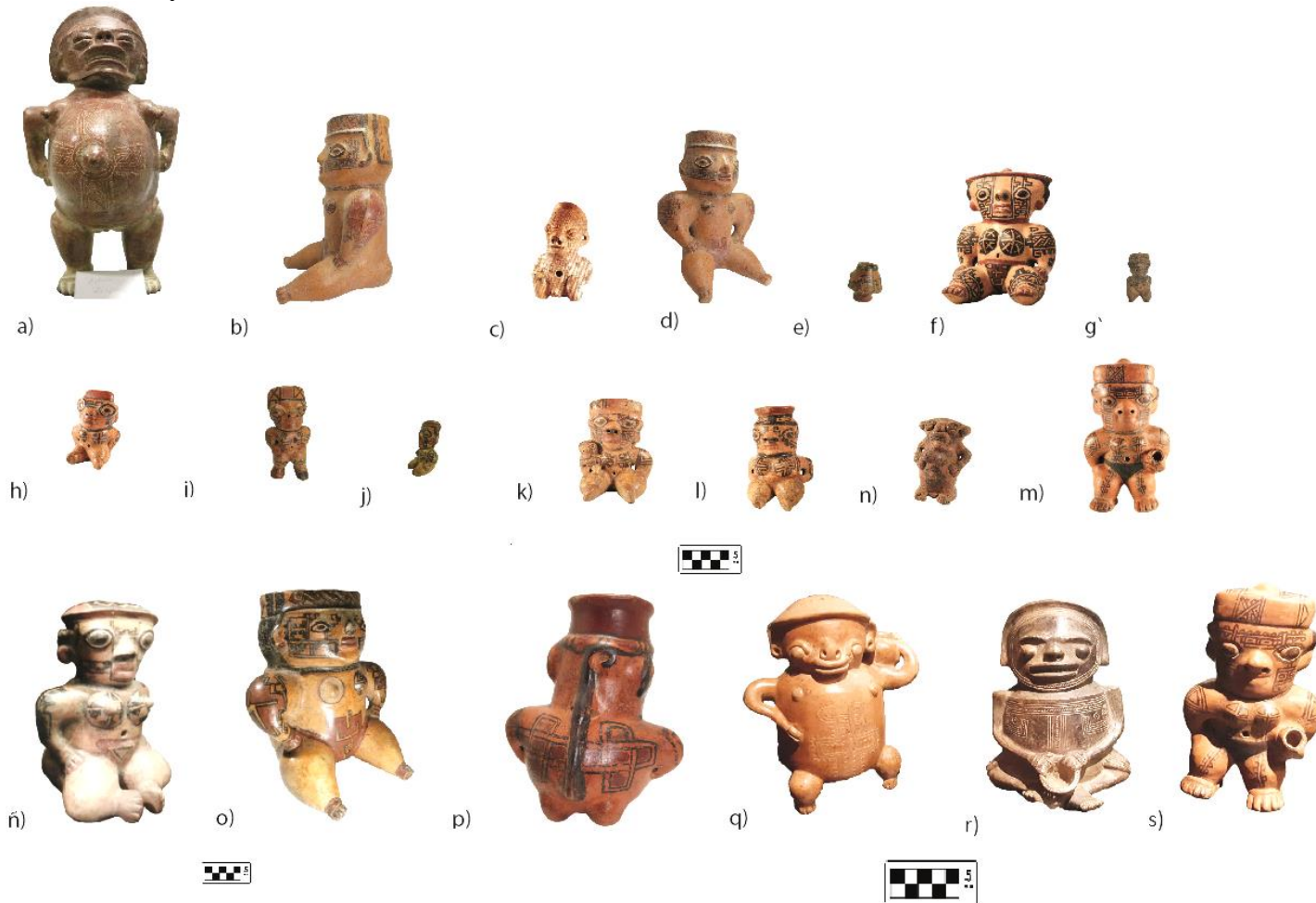
Los tipos Galo policromo, variedad Figura y el Mora policromo variedad Guabal, resaltan en color negro (café muy oscuro, negro logrado en esa época), en diversas partes del cuerpo fundamentalmente los ojos (con un delineado grueso) y

en el caso de las mujeres los senos y con menor frecuencia, el ombligo delimitado por un diseño cuadrangular a romboidal semejante a una cruz.

En otras culturas se ha documentado la importancia de la “cruz” (ver Figura 54) para la cosmovisión de los pueblos, ejemplo de ellos los calendarios mesoamericanos cuatripartitas de antes y posterior a la conquista, en el códice de Madrid y cosmograma del Fejévary-Mayer se organiza la información como un símbolo floral con dos series de cuatro pétalos (una Cruz de Malta) alrededor de los cuales se incluyen múltiples signos y símbolos que incluyen todos los asuntos astrológicos y calendáricos figurados en el cosmograma. Por su parte, en los pétalos de la Cruz de San Andrés se encuentran elementos relacionados con los puntos cardinales (Anthony Aveni, 2013, pp. 205-208), con lo anterior se evidencia la complejidad de los elementos representados en imágenes que pueden parecer desde el referente cultural actual como una cruz, podría representar información mucho más compleja para las diversas poblaciones que las crearon.

Figura 54

Fotografía con representaciones cerámicas de personas con decoraciones que incluyen el signo de “cruz”, Región arqueológica Gran Nicoya



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Los tipos cerámicos Galo y Carrillo policromo, según Jane Stevenson (1988, p. 143) es la que inicia la llegada de la iconografía mesoamericana en la forma de un jaguar estilizado con la lengua bífida y la piel adornada con rosetas. Sin embargo, en las figuras humanas asociadas a este tipo son más frecuentes el símbolo abstracto asociado a los saurios, lagartos o caimanes presentes en cerámica monocromo anteriores y contemporáneas a estos artefactos como se observa en el Anexo 6 a. Según dicha autora, este motivo de caimán más antiguo se mantuvo en la cerámica de Guanacaste y se mezcló con el ícono del jaguar más reciente creando en las vasijas una representación simbólica parecida a un dragón que luego fue reemplazada por motivos de origen maya (p. 144)

Los dibujos iconográficos y artísticos de esta cerámica han servido para aclarar las relaciones entre las áreas y los pueblos antiguos y sugieren claramente la presencia prehistórica de actividades religiosas complicadas y de una rica mitología (*Ibid.*, p. 137)

Para el caso de Costa Rica, como se ha señalado con anterioridad, al no contar con documentos escritos que permitan traducir la información simbólica contenida en los signos, no se les da un significado particular, solamente se representa para que, en caso de que en el futuro aparezca alguna documentación etnohistórica aún por conocer que contenga dicha información, se puedan hacer las inferencias sobre su posible significado, al menos para las poblaciones presentes en el siglo XVI.

En Costa Rica se presentaron múltiples representaciones naturalistas en la cerámica desde las épocas tempranas, siendo importantes los saurios (lagartos, cocodrilos, caimanes, entre otros se engloban bajo este concepto), así como anuros (ranas, sapos, renacuajos), mamíferos (felinos, martillas, etc.), aves, entre otros.

Conforme pasó el tiempo algunos de los elementos distintivos de éstos continúan presentes en la cerámica, aunque adquiere también importancia la representación de personas, a quienes en ocasiones se les incluye elementos decorativos relacionados con estos animales, los cuales pudieron tener importancia desde el punto de vista ideológico (*e. g.* ser animales míticos, tabús o asociados a clanes, deidades, espíritus, entre otros). Esta tradición también pudo estar presente en muchas otras culturas en el continente americano.

Existen diversos signos que suelen ser repetitivos, en la cerámica entre ellos los diseños relacionados con los “saurios”. En ocasiones se presentan de forma realista con pastillajes, incisos y modelados, aunque también es posible observar sus estilizaciones en motivos pintados (ver cara en la Figura 54 l y s). En las poblaciones de origen chibchense se encuentran representados aproximadamente desde el 500 a. C. y pierden auge en la última fase de ocupación (800-1560 d.C.),

Otro signo recurrente es una cruz. Ésta se presenta en diversas partes, aunque con una mayor frecuencia en cerámica de la Gran Nicoya, por ejemplo, en decoraciones de posibles sombreros asociados al tipo cerámico Marbella con impresión de concha en zonas (500 a.C.-300 d.C.), Guinea inciso (300-800 d.C.), Galo policromo variedad figura (500-800 d.C.), entre otros (ver Figura 54).

Como señalaron Michael Snarskis (1982) y Dana Leibsohn (1985), algunos artefactos policromos incluidos en el presente análisis y asociados al tipo cerámico Galo policromo podría representar una nueva e importante dimensión sociocultural, podría ser producto de la necesidad de las élites locales que al ver la ruptura de la red de comercio que traía jade, espejos de piritita y otros bienes suntuarios de Mesoamérica (cerca del 500 d. C.), reaccionaron produciendo su propia cerámica distintiva con fines especiales. Esta cerámica estaba inspirada en modelos del norte (los cuales “emulan” por ejemplo, en acabados, policromía, etc.).

Sin embargo, en esta producción se incluía la iconografía y elementos foráneos como locales creándose así un estilo propio (el tipo Galo policromo, es también conocido en la literatura fuera de Costa Rica como cerámica Nicoya). Lo anterior sucedió no sólo con la cerámica, desde antes este fenómeno se dio en la producción de jades con materias primas foráneas, pero formas e iconografías locales. Esto no significa que las poblaciones locales existentes en la Gran Nicoya fuesen desplazadas por las de origen mesoamericano, sino la presencia cerca del 500 d. C. de nuevas ideas e innovación tecnológica en la producción cerámica principalmente para rituales fúnebres en la zona (Jane Stevenson Day, 1988, p. 144).

En el caso de las figuras humanas analizadas es interesante porque no se evidencian representaciones de las deidades mesoamericanas reconocidas que sí se observan en otras cerámicas policromas de épocas posteriores (Jane Stevenson Day, 1984), lo que reafirma la idea de que se continúan las tradiciones locales que

evidencian estatus mediante la decoración corporal, tocados, sombreros, peinados, ropa, joyas, entre otros elementos.

Sin embargo, a pesar de que pueden representar a diferentes personas, la estandarización en la técnica, uso de colores, poses de las figuras, entre otros elementos característicos podrían evidenciar una producción artística socio religiosa controlada tanto en la producción y posiblemente en su distribución. Lo anterior se relaciona con los mensajes que deseaban transmitir las élites para su reafirmación de su sistema de creencias, así como el orden social vinculado. Esta misma situación sólo se observó en épocas más antiguas con el tipo cerámico Marbella con impresión de concha en zonas y sus representaciones antropomorfas (personas) y antropozoomorfa (personas-animales).

Es así como en el caso de la presente investigación se incluyen figurillas cerámicas con decoración corporal que cuentan con un motivo parecido a una cruz. Ésta puede o no estar delimitada por una figura geométrica, colores, etc., en su mayoría estas cruces se representan de forma vertical. Si bien puede estar en las distintas regiones arqueológicas, ésta se presenta con mayor frecuencia en la Gran Nicoya, tanto en artefactos como en petrograbados.

Magdalena Almaraz (2008) realiza un análisis contextualizado en Mesoamérica relacionado con los diseños de la cruz de Malta. Se han concebido en relación con los puntos cardinales. También se señala que las personas mesoamericanas concebían el universo de forma que asemejaba a una cruz, en el centro estaban las deidades primigenias ligadas al tiempo y el espacio y cada uno de los rumbos se asociaba a un color, días, ave, mamífero, árbol y una pareja de deidades. De esta manera, el espacio y tiempo lograban una armonía de los dioses (4 fuerzas) y con esto también el movimiento del sol y la vida (*Ibid.*, p. 72).

La visión del cosmos entre los nahuas incluye los puntos cardinales asociados a días específicos. Para los mayas la visión cuatripartita del universo representa los 4 rumbos y el centro con color, días, árbol, pareja de dioses y la influencia en cuanto a los augurios, por ejemplo, *el oeste se relaciona con el color negro y los días akbal, manik, chuen, men y kauac, corresponde a la ceiba, frijol y maíz negros, guajolote, pedernal y nenúfar. El augurio para estos días es muy malo (Ibid., pp. 72-73).* Sin

embargo, estas cruces no son verticales como las representadas en la cerámica analizada.

Si bien no se puede afirmar que en Costa Rica la representación de este signo tuviese el mismo simbolismo y significado que el expuesto para Mesoamérica sí se coincide con Verence Heredia Espinoza y Joshua Englehardt (2015) en que este signo denominado como cruz es uno de los *símbolos panmesoamericanos*. Si bien podría evidenciar una cosmovisión compartida, no es algo que se pueda afirmar como se mencionó en la complejidad de su significado, lo que sí refleja es la incorporación de elementos estilísticos compartidos desde épocas bastante tempranas como el Formativo tardío (aprox. 500 a.C.-o d. C.) y el Clásico temprano (aprox. 200-600 d.C.).

En la muestra de la presente investigación la cerámica foránea que lo posee dicha representación se asocia al tipo cerámico Rosales esgrafiado y a nivel local como se indicó previamente el más antiguo fue el Marbella con impresión de concha en zonas. Esta representación a su vez refleja los procesos de intercambio regional presentes entre Mesoamérica y el área Intermedia o la región histórica Chibcha Chocó o Itzmo-colombiana desde épocas tempranas. De igual manera, se debe contemplar que si bien los modelos difusionistas señalaban que las influencias eran de norte (Mesoamérica) a sur (Área Intermedia), estos vínculos e interacciones también debieron manifestarse en dirección opuesta¹⁴².

Continuando con el tema de las decoraciones corporales, estas se mantuvieron a lo largo de la secuencia de ocupación de la muestra analizada. Para los veinte siglos abordados cambiaba la técnica de manufactura que utilizaron las personas artesanas, el lugar en el que se colocaba y la composición entre los distintos elementos decorativos.

Las fuentes etnohistóricas brindan información relevante en torno a cómo se realizaban estas decoraciones corporales:

¹⁴² Las poblaciones chibchenses deberían tener una presencia en espacios mesoamericanos. El comercio, los vínculos políticos e ideológicos no tendrían mucho sentido en ser unidireccionales. Del vínculo entre estas poblaciones ambas partes debieron sacar provecho, lo que podría estar variando en la cultura material es la conservación por ejemplo de los materiales perecederos. Quizás investigaciones como las genéticas en el futuro podrán aclarar más el nivel de interacción entre las distintas poblaciones a lo largo de la secuencia de ocupación, no solo entre mesoamericanos, sino con otras poblaciones antiguas.

Todos los indios de Nicoya, en especial los principales é sus mujeres, traen pintados los brazos de aquella pintura negra, que se hace con la sangre propia é carbón, cortando é dibujando primero con navajas de pedernal; y la divisa son tigres, que estos Chorotegas llaman *nambúe*, y en lengua de Nicaragua se dice *teguan*, y en lengua de Cueva *ochi* (León Fernández, 1881, p. 114).

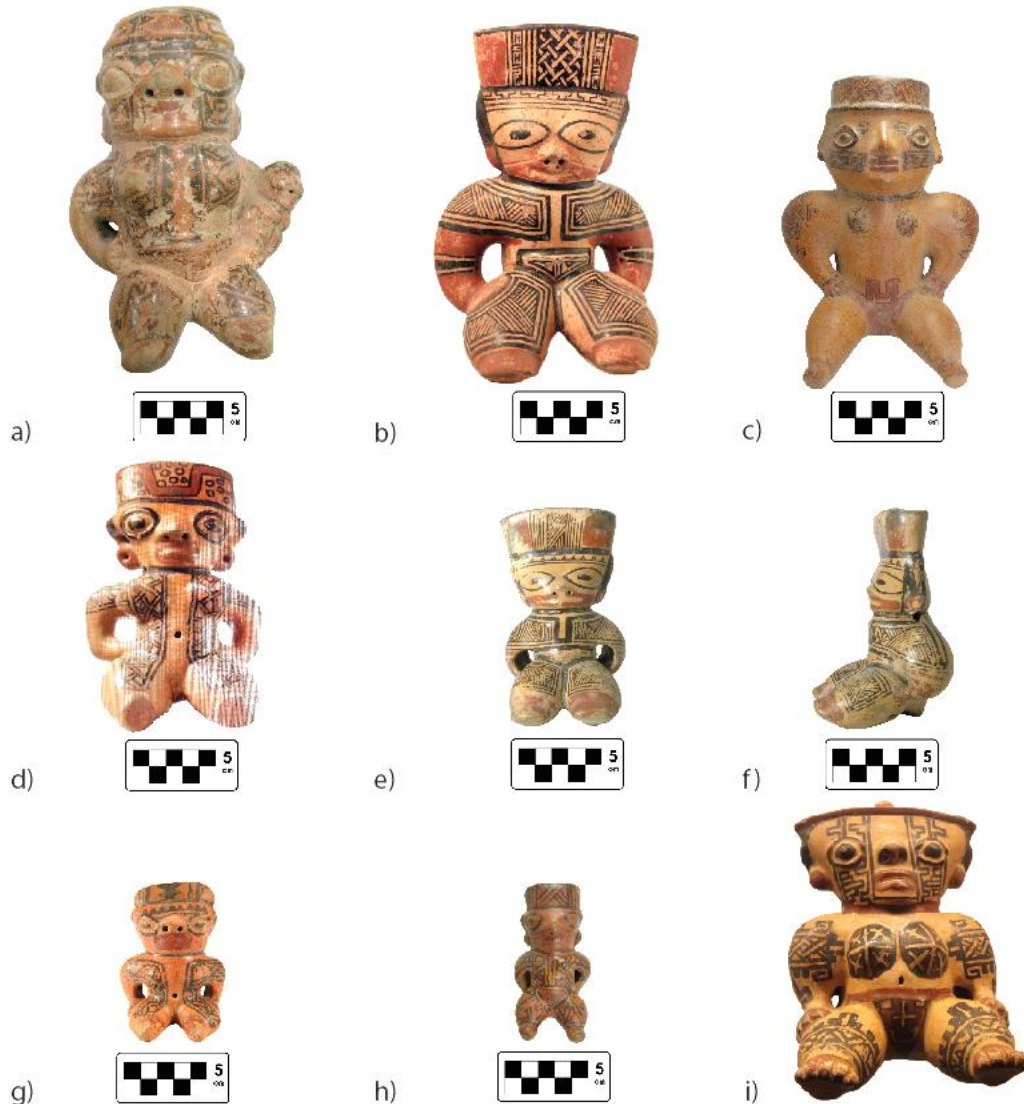
Por otra parte, Diego García de Palacio, autor observó cómo se fabricaba un tinte de color amarillo-limón con el *agín* o *axín* (nombre con el que se denominaba en Costa Rica) que se extraía de un animalito semejante a la cochinilla, pero 3 o 4 veces más grande. Estos insectos estaban cubiertos en la superficie por un polvo blanco como la cochinilla; y al prensarlos vertían un color amarillo (semejante al amarillo óleo) que usaban para teñir (en Yucatán también fijaban los colores con la sustancia grasienta -efecto de almidón o engrupo- que obtenían al hervir a dicho animal). Tanto esta variedad de *agín* o *axín* grande, como la más pequeña o cochinilla, también tenían la propiedad de curar varias enfermedades (León Fernández, 1881, p. 25).

Se representaron los habituales diseños de pintura corporal y tejidos incluidos dentro de las descripciones de los modos correspondientes a esos tipos cerámicos como característicos, como el Mora policromo variedad Guabal y Galo policromo (ver Figura 55).

Estos diseños se han interpretado como decoraciones corporales realizadas con pintura y sellos, así como algunas telas. Por ejemplo, en la figura 41 la mayoría de las personas representadas presentan cara, brazos, ´piernas y torsos pintados y son pocas las prendas de vestir incluidas a saber: tangas (a., b., c., e., f., h., i.), pampanilla (b) y pintura corporal o un chaleco tejido largo (d. y g.). Lo anterior, aunado a otros elementos de uso diferenciado como tocados, sombreros, colgantes (collares, pulseras) y perforación lobular con o sin expansores, permiten ubicar a las personas representadas como partícipes importantes en las actividades suntuarias de las comunidades

Figura 55

Fotografías de artefactos cerámicos asociados a los tipos Galo policromo, variedad Figura y Mora policromo variedad Guabal con pintura corporal



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica; Museo del Jade y la Cultura Precolombina y Museos del Banco Central de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Se representaron personas con alguna condición y/o enfermedad en actividades cotidianas, entre ellas personas con cántaros o vasijas (ver Figura 56), así como sin ningún distintivo particular que lo asocie a una vestimenta para una actividad especial.

Figura 56

Fotografías de artefactos cerámicos que representan a personas cargando cántaros



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

La gran mayoría de figuras asociadas al tipo Galo policromo evidencian la importancia dada a las personas que representaron. Los tocados, peinados, vestimentas y pintura corporal son variadas y complejas. Llama la atención la representación de signos particulares semejantes a lo que actualmente se conocen como cruz dispuestos en diversas partes del cuerpo como en la espalda, brazos, piernas y sobre todo en los senos de las mujeres, siendo algunos de estas las representaciones de la cruz Khan. Es interesante resaltar que en la muestra analizada, la mayoría de las personas que cuentan con este símbolo parecen ser integrantes sobresalientes de la comunidad, muchas de ellas mujeres que pudieron desempeñar roles de importancia, esto se infiere por presencia de decoración corporal, vestimenta, joyas, peinados, sombreros, posibles modificaciones corporales, entre otras.

Como se indicó en el apartado teórico, el análisis de la cultura material artefactual que se representa con condiciones y enfermedades es trascendental, no

solo en el reconocimiento de los signos como se ha expuesto, sino también en lo simbólico social.

Las personas que compartieron los códigos lingüísticos y sociales comunicaron distintos mensajes a través de sus cuerpos, pinturas corporales y faciales, vestimentas, entre otros. Los espacios representan, acciones de la vida cotidiana de las personas como a nivel ritual. Al mismo tiempo, los artefactos utilizados, como se explicó cuando se aludió la vida social de los objetos (el concepto de cultura material), en apartados anteriores, reflejaron significados y mensajes particulares según la ocasión, por ende, expusieron mensajes de manera reflexionada. Es posible que estos simbolismos se crearan en un momento dado (desplazamiento de sentido) con representaciones de personas concretas y sus condiciones o enfermedades, pero que con el tiempo se diera un *desplazamiento de sentido* y se utilizaran estos simbolismos ya existentes para comunicar otras significaciones (por ejemplo con connotaciones especiales o diferenciadas del resto de la población -fuese porque adquirieron una connotación ideológica, política, u otra), con lo que pasaron a ser imaginarios -cuyos significados concretos lamentablemente desconocemos (Cornelius Castoriadis, 2013, pp. 203-204).

Como se explicó, *Lo simbólico comporta, casi siempre, un componente "racional, real": lo que representa lo real, o lo que es indispensable para pensarlo, o para actuarlo. Pero este componente está inextricablemente tejido con el componente imaginario efectivo (Ibid., p. 205)*. Las explicaciones que las personas hacen de estos simbolismos -muchos de los cuales a su vez incluyen signos con significados específicos-, y como señaló Cornelius Castoriadis, 2013 van aportando otros sentidos y las síntesis sucesivas de estos elementos (totalidades parciales) las figuras, permiten visualizar un sentido indivisible originaria (pp. 208-209).

Para el caso analizado, los imaginarios colectivos (que derivan de los imaginarios sociales), son las significaciones que son privilegiadas por un grupo particular (Leonardo Cancino, 2015, pp. 11-12). En la materialidad arqueológica se puede identificar y corresponder socialmente con las particularidades específicas de los tipos y grupos cerámicos específicos, por ejemplo, los códigos culturales que encierra para un pueblo étnico de una época y lugar específico el significado de usar determinados colores, signos, formas y representaciones específicas, lo que también

se ha concebido como evidencia de diferenciación identitaria y entre los diversos colectivos.

Los imaginarios dan cuenta de la dimensión política de un dominio institucionalizado, en este sentido, es posible que no estén obligatoriamente determinados por el poder hegemónico, en este caso el papel de los sistemas de creencias, las relaciones sociales de los diversos colectivos y la historia tengan un papel determinante. Más que una modificación de conducta, en las épocas antiguas, los imaginarios pudieron ser mecanismos de cohesión social, reproducción de sistemas de creencias, integradores de personas con algunas condiciones y enfermedades, entre otras razones instauradas por el colectivo y en épocas posteriores reproducidas por el poder político-religioso.

El papel social de la diferencia física

El papel social de los objetos con algún tipo de representaciones de enfermedades o condiciones se ha explicado asociada a la práctica del chamanismo. Para algunos pueblos étnicos, el mundo está habitado por diversos espíritus y las enfermedades pueden representar la influencia negativa de algunos de ellos, así como prácticas rituales inconclusas, mal realizadas transgresiones de pautas colectivas. *Las representaciones de las enfermedades en el arte se hicieron para ser usadas en las prácticas mágico-religiosas con diferentes propósitos propiciatorios, de ofrendas o exvotos, amuletos preventivos o como manifestación de diferentes destrezas y conocimiento de los chamanes* (Hugo Sotomayor, 2007, pp. 55-56).

El mismo autor señala que algunas de estas piezas pudieron ser usadas en ceremonias sagradas de prevención, limpieza y curación (p. 57). Sin embargo, en la presente investigación se contempla su valoración de forma positiva, no necesariamente “para evitar algo, o curar algo”, esto debido a que muchas de las esculturas (en arcilla y piedra, inclusive la de oro) reflejan a las personas siendo partícipes de actividades tanto cotidianas como ceremoniales, de acuerdo con la indumentaria representada y en algunos casos con los utensilios que portan en sus manos.

Es conocido que muchas culturas alrededor del mundo, inclusive en la actualidad, tienen una valoración positiva de quienes nacen con alguna condición o enfermedad. Entre algunas comunidades de la India, por ejemplo, se les suele asociar con deidades o personas más cercanas a las deidades, por lo que no hay que descartar que esto sucedieran en algún(nos) momentos de los 20 siglos abordados dentro del análisis artefactual para el caso costarricense.

Dichas imágenes reflejan la importancia que tenía lo representado para las poblaciones que las elaboraron y dieron un sentido. En ellas se plasmó atributos de identidad social. Ejemplo de lo anterior se observa en los símbolos, colores, formas, ropa, tipos de sentados, poses, etc. que son generalmente pasados por alto en los análisis clasificatorios tipológicos y modales en arqueología. El análisis de una mayor cantidad de piezas refleja características diferenciadoras, inclusive fenotípicamente entre los “tipos”, estéticas e inclusive simbologías que aún resultan ininteligibles, de igual manera se puede identificar a una persona en diferentes momentos de la vida o a personas emparentadas.

Los seres humanos han asociado el poder con el cuerpo humano. El cuerpo puede albergar espíritus del universo, puede aprovechar la fuerza y el conocimiento de esos espíritus y puede comunicarse o llevarles mensajes. De estas funciones es la comunicación con el mundo no humano la que conecta el arte con el poder y el cuerpo humano. El arte proporciona el medio que da forma a los mensajes y por lo tanto que crea una trascendencia (Dana Leibsohn, 1985, p. 1)

Es posible que muchos de los artefactos analizados hayan pertenecido a las élites o fueron producidos por éstas para entregarlas en momentos claves a las personas de los estamentos basales o no pertenecientes a las élites. La gran mayoría de las figuras tanto en cerámica, como piedra y metal provienen de contextos funerarios. Lo anterior significa que *están vinculadas a conceptos* [que están] *más allá de lo mundano* (Ibid., p. 4) y son de gran importancia en la reproducción del mensaje en su propia corporeidad (de la escultórica) durante los rituales de enterramiento.

Los antiguos pobladores del actual Costa Rica buscaron evidenciar a personas que presentaron diferencias físicas, mayoritariamente asociadas a diversos tipos de acondroplasia (o personas pequeñas), además establecieron iconografías

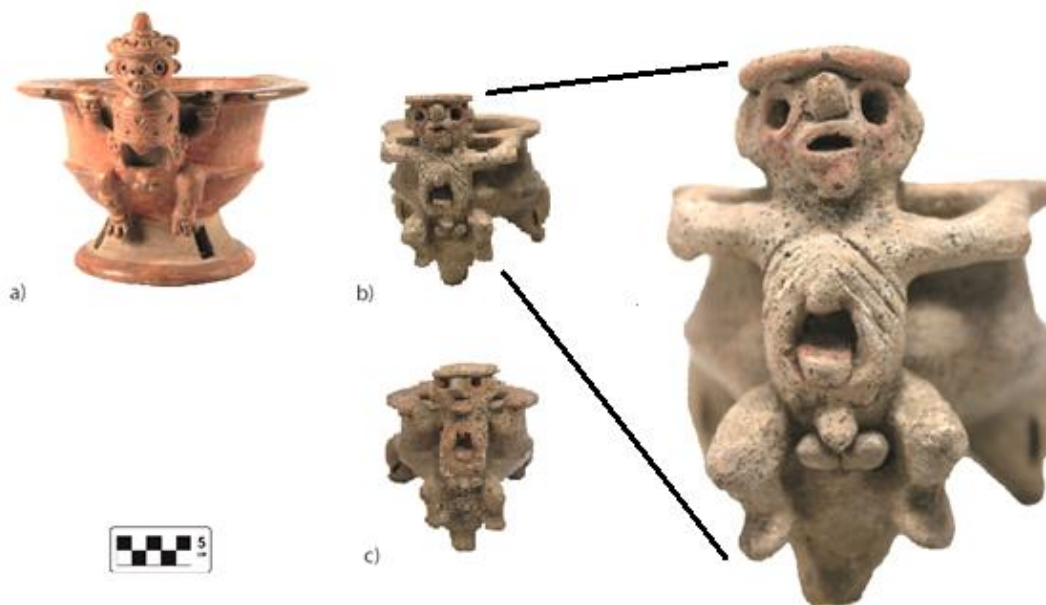
particulares para representar elementos que consideraron importantes dentro de su sistema de comunicación.

Es destacable que en la muestra analizada predomina en las representaciones asociadas a condiciones, diferencias en la forma del cráneo (sea por razones naturales o modificaciones culturales), las personas pequeñas (con asimetría en su corporalidad) y en mucha menor cantidad se evidenció a quienes tenían ojos saltones, vientres abultados, entre otros. Se enfatiza en que lo que se logró identificar tras el análisis, fue principalmente las representadas de manifestaciones externas o físicas sobresalientes.

Lo anterior se puede relacionar con el hecho de *que la iconografía del cuerpo humano entre las comunidades indígenas le dio un carácter simbólico a lo externo, mientras que por no representar lo interno y la anatomía interior, le dio menos valor a la representación simbólica de las vísceras y órganos internos* (Hugo Sotomayor, 2007, p. 59), aunque se puede decir que hay algunas excepciones cuando se representan calaveras y personas posiblemente prisioneras con inanición o algún tipo de herida (ver Figura 57).

Figura 57

Fotografías de artefactos asociados al tipo cerámico Guinea inciso con representaciones de hombres delgados con un agujero en el vientre (c. f. extracción de órganos).



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica y Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Es particular la abundancia de figuras que representan a personas con posible síndrome de Morquio, reflejando la importancia que estas tenían dentro de las comunidades, lo cual se infiere no sólo por su cantidad, sino también en la indumentaria con la presencia de elementos de rango como lo son los sombreros y tocados, pintura corporal, presencia de colgantes y orejeras. Otros elementos de diferenciación social e identitaria es la distinción en relación con la forma del cráneo, posiblemente productos de prácticas culturales intencionales, las cuales iniciaban a una temprana edad cuando los huesos del cráneo están en formación.

Este aspecto es de interés ya que se observa en materiales antiguos (500 a. C. – 300 d. C.), previo a lo que se ha considerado el desplazamiento o migraciones mesoamericanas para el Pacífico Norte, por lo que la práctica estuvo presente en poblaciones de origen Chibcha y en al menos 2 regiones arqueológicas: la Gran Nicoya y la Central subregión Caribe. Generalmente, las inferencias respecto a la modificación craneal en Costa Rica se suelen asociar a personas de origen mesoamericano y están fundamentadas en cerámica policroma, así como restos óseos con las modificaciones, los cuales son posteriores al 800 d. C. Esto mismo se observa en varias de las representaciones con acondroplasia o de personas pequeñas.

Al representar deformaciones y enfermedades, los artistas dejan ver no sólo la realidad anatómica de ellas sino, también, entrever los simbolismos y metáforas que alrededor de ellas siempre han tenido los diferentes pueblos. Cuando se observan las representaciones plásticas prehispánicas de enfermos, éstas deben relacionarse no sólo con el conjunto del saber paleopatológico y de la historia de las enfermedades, sino que se debe tener en cuenta lo sabido sobre el simbolismo de las representaciones de las partes del cuerpo humano (Hugo Sotomayor, 2007, p. 69).

Algunos autores (Bernal Díaz del Castillo, 1632 (1983), Felipe Guamán Poma de Ayala, 1987, citado en Hugo Sotomayor, 2007) han propuesto un carácter especial de prestigio dado en la antigüedad a quienes que se diferenciaron físicamente, para ellos, la recurrencia y las características físicas y estéticas con las que se representan a jorobados, personas pequeñas, entre otros. El valor positivo o neutro mediante la simbolización de ciertas enfermedades se puede observar en la reiterada representación, por ejemplo, de quienes tenían alguna condición o enfermedad sentados sobre bancos, metates, butacas, vestimenta especial, tocados, sombreros y

otros elementos de distinción social. Por su parte, la asociación de estos con fuentes etnohistóricas, permiten inferir que existieron imaginarios sociales positivos asociados a los sujetos que presentaron estas condiciones y enfermedades.

Mientras que comía, ni por pensamiento habían de hacer alboroto ni hablar alto los de su guardia, que estaban en las salas cerca de las de Montezuma. Traíanle frutas de todas cuantas había en la tierra, mas no comía sino muy poca, y de cuando en cuando traían unas copas de oro fino, con cierta bebida hecha del mismo cacao, que decían era para tener acceso con mujeres y entonces no mirábamos en ello; mas lo que yo vi, que traían sobre cincuenta jarros grandes hechos de buen cacao con su espuma y de lo que bebía; y las mujeres servían al beber con gran acato, y algunas veces al tiempo de comer estaban unos indios corcovados, muy feos, porque eran chicos de cuerpo y quebrados por medio de los cuerpos, que entre ellos eran chocarreros; y otros indios que debían de ser truhanes, que le decían gracias, e otros que le cantaban y bailaban, porque el Montezuma era muy aficionado a placeres y cantares, e a aquéllos mandaba dar los relieves y jarros del cacao; y las mismas cuatro mujeres alzaban los manteles y le tornaban a dar agua a manos, y con mucho acato que le hacían; e hablaba Montezuma a aquellos cuatro principales viejos en cosas que le convenían, y se despedían de él con gran acato que le tenían... (Bernal Díaz del Castillo, 1983 (1632), pp. 249-250)

Este texto evidencia el respeto que tenía Montezuma por las personas pequeñas y con condiciones corporalmente diferenciadoras (así como la desvaloración de éstos por parte de quien lo escribe), no son los que se dedican a “entretener” a los cortesanos, sino que son incluidos en los rituales (en este caso de alimentación) de las máximas autoridades, pudiendo consumir bebidas tan importantes como lo era el cacao. Se evidencia una estética inclusiva y de posición social alta, en contextos que eran reservados, por lo que estas personas estaban muy alejadas del estamento basal poblacional para el caso mexicano.

En Perú Guamán Poma de Ayala se refirió en el siglo XVI, a una diferenciación en la distribución de las ciudades estableciendo lugares de residencia para personas enfermas y con condiciones particulares, *en esta calle del cuarto de los enfermos y lisiados, cojos y mancos y tullidos; upa mudo, nausea, ciego, uncoc, enfermo, uinay uncoc, tulludo; maquin paquisca, manco; hanca, coxo. Estos servían de pasatiempo, hablar y chocarrear, como sin enanos, tinre, uayaca; como corcovado; chicta cinca (nariz partida) (...)*. A su vez, estas condiciones genéticas pasaban de generación en generación, ya que los vínculos matrimoniales se fomentaban entre personas con las mismas características físicas, lo cual podría

aumentaba las posibilidades de reproducción y conservación de las características físicas y genéticas entre esta población (Felipe Guamán Poma de Ayala, 1987, citado en Hugo Sotomayor, 2007, p. 70).

Para Costa Rica se desconoce el papel que estas personas pudieron tener, sin embargo, desde el 500 d. C. se observa que pudieron ser parte importante de las comunidades e inclusive personajes importantes de rango. Por ejemplo, en las representaciones asociadas a la Fase El Bosque, quienes eran representadas con los ojos muy abultados y en ocasiones semiabiertos, se puede interpretar a este tipo de representación facial se asocie con el consumo de algunas sustancias psicoactivas (M. A. Marco Arce, comunicación personal, 2021). Además, para estas épocas se presentan artefactos asociados a los mismos grupos cerámicos correspondientes con inhaladores nasales y pipas, los cuales son instrumentos para el consumo de dichas sustancias.

Si bien, hay artefactos que reflejan personas que pudieron tener la condición genética de síndrome de Morquio con todas las características, en tanto en otros artefactos solo se resaltan algunas de las características más conspicuas, razón por la cual se pueden apreciar artefactos con todas las extremidades funcionales, en algunos casos con jorobas y/o cifosis y cajas torácicas prominentes (*pectus carinatum*), lateralidad de los ojos, entre otras. Pues hay unos con solamente algunas de las características de dicho síndrome, junto a otras propias de la acondroplasia y otros tipos de personas pequeñas. En estos casos se infiere que lo importante para las comunidades era representar a quienes poseían particularidades físicas como un conjunto o inclusive podría deberse a una estilización de algunos de los rasgos más distintivos. Es de resaltar que se buscó representar a personajes particulares, a pesar de notarse muchas semejanzas en la iconografía, por ejemplo, asociada a los tipos cerámicos Marbella con impresión de punzonado en zonas, el Galo y Guabal policromo, entre otros, es posible apreciar diferencias entre los personajes e inclusive cuándo a una persona se le pudo confeccionar más de 1 artefacto en diversos momentos de su vida, como se podría inferir en la siguiente figura¹⁴³ (ver Figura 58).

¹⁴³ Otra posibilidad de interpretación sería que sean parientes con un grado cercano de consanguinidad.

Figura 58

Fotografías de vasijas con representaciones de posibles personas con síndrome de Morquio y dientes desalineados



Podría tratarse de la representación de la misma persona en diversos momentos o estados. Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Esta diferenciación de personajes se presenta también para las otras condiciones y enfermedades, con excepción de las correspondientes a la Región Arqueológica Gran Chiriquí, subregión Diquís, en donde existe una estandarización en la forma en la que se representa a las personas, lo cual es propio del tipo cerámico Buenos Aires policromo (800-1560 d.C.), para este último tipo se incluyeron las representaciones de gemelos siameses o bicéfalos.

Si bien es conocido que las poblaciones pudieron tener problemas nutricionales principalmente cuando dependieron de una dieta de granos, lo cual se observa en los restos óseos en la hiperostosis porótica, así como la criba orbitaria, resulta relevante que no se representaron muchos con desnutrición como podrían ser las que parecieron marasmo o desnutrición por deficiencia calórica, sino que las enfermedades más recurrentes fueron las que tenían las piernas muy abultadas, las oculares (ojos saltones, estrabismo) y quienes tenían abdómenes abultados. Las representaciones de estrabismo, por ejemplo, pudieron responder a concepciones estéticas, ya que como señala Hugo Sotomayor (2007, p. 70) fue considerado en

varias poblaciones antiguas del continente americano como una característica de distinción y belleza¹⁴⁴.

Como se señaló previamente, el abdomen abultado podría responder claramente a embarazos, obesidad, parasitosis y en 1 caso se interpretó como fibrosis o cirrosis hepática (la cual se puede dar no sólo por consumo de alcohol, sino también por hepatitis B y C, así como por problemas de hígado graso). En todas las anteriores, pudieron tener incidencia aspectos ambientales, pero también el tipo de asentamiento en el cual habitaban las personas y el aseo y manejo de residuos, así como el tipo de alimentación y el respectivo procesamiento de los alimentos.

Para los casos de representaciones de la columna vertebral, hay varias líneas posibles de interpretación, muchas de las figuras que las tienen corresponden con los *awás* (también conocidos como *sukias*) o médicos de tradición indígena, quienes están en posición de meditación (ver Figura 59).

¹⁴⁴ Sobre esta valoración positiva del estrabismo escribió Diego de Landa en la Relación de las cosas de Yucatán: “Que los indios de Yucatán (...) tenían por gala ser bizcos, lo cual hacían por artes las madres colgándoles del pelo desde niños, un pegotillo que le llegaba al medio de las cejas; y como les andaba allí jugando, ellos alzaban siempre los ojos y veían a quedar bizcos” (Diego De Landa, 1985, en Hugo Sotomayor, 2007, p. 70)

Figura 59

Fotografías de esculturas líticas con representaciones de posibles *awapas* y otros en donde se resalta su delgadez y/o columna



Fuente: Departamento de Protección al Patrimonio Cultural, Museo Nacional de Costa Rica. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Es conocido que estos personajes representan a líderes espirituales, los cuales realizaban periodos de meditación y ayuno (al menos durante el proceso de aprendizaje del oficio, como se verá más adelante), por lo que la evidencia de la columna es posible que refleje la delgadez por esas prácticas de ayuno y posturas; las que se representan torcidas podrían ser representaciones de escoliosis. Dentro de las personas representadas con esta enfermedad, se encuentra el hombre con posible cirrosis (j). Otro aspecto para resaltar en este tipo de esculturas es que, a pesar de la importancia de las personas, lo que se resalta son las vértebras la actitud contemplativa (a., d., f., h., i.) y en algunos casos un artefacto cilíndrico que sale de las bocas (posiblemente un puro de tabaco) (c., e. y g.).

Asimismo, en diferentes artefactos (no necesariamente con representaciones de paleopatologías), se evidencia la importancia de los saurios o diversidad de lagartos, cocodrilos u otros, cuyas cabezas, crestas y otros suelen ser estilizadas y representadas junto a este tipo de líderes, por lo que esta columna resaltada también podría estar reflejando estas estilizaciones y el vínculo espiritual con estos animales.

Finalmente, las piernas abultadas podrían corresponder a valoraciones estéticas, así como a aspectos relacionados con la ingesta de alimentos, que generaran celulitis, o a ciertos grados de obesidad que facilitara la presencia de edemas, aunque también existe la posibilidad de que se deba también a la retención de líquidos por el acceso que estas poblaciones pudieron tener al mar y, por ende, el consumo de sal. No obstante, se observa que, aunque no es estandarizado para toda la población, pareciera que hay “un gusto” por este tipo de estética o al menos quienes la tenían solían ser personajes importantes dentro de las poblaciones, esto se infiere por las decoraciones corporales y la indumentaria.

Como se aprecia, en realidad son muchas las posibilidades de interpretación que brindan los artefactos elaborados por los antiguos artesanos, pero lo interesante de estas figuras es que trasciende el conocimiento sobre algunas de las condiciones y enfermedades que se presentaron en el pasado. Esto es relevante también para la comprensión de la importancia que se les dio a esas personas por parte de quienes convivieron con ellos, pues muchos tenían un papel activo en sus comunidades lo cual se evidencia en algunos elementos que se interpretan como de rango o de

estatus, por ejemplo, el uso de vestimentas especiales, joyas particulares, el estar sentados en bancos, entre otros.

Un tema de relevancia cuando se habla de la salud y el significado sobre el *estar bien* es del cuidado, en el caso de personas con alguna enfermedad e inclusive con condiciones que limitan la independencia de movimiento, comunicación, etc., su sobrevivencia estaba relacionada con el cuidado de sus familiares y posiblemente de las comunidades, desde el momento del nacimiento, el éxito en la sobrevivencia dependía del cuidado que les brindaran.

Este cuidado incluye las atenciones cotidianas tales como una buena alimentación, higiene, aprovisionamiento de alimentos y abrigo, entre otros, así como las prácticas culturales asociadas a procesos de sanación específico cuando las personas enfermaban. Entre estos últimos, se incluyen los conocimientos de las medicinas que obtenían de la naturaleza y que podían consumirse cuando alguien tenía algún malestar, esta atención se podía dar desde diversos niveles, en las propias familias aplicando conocimientos básicos de la herbolaria, así como mediante una atención especializada, en este caso dada por los médicos de tradición indígenas. En el siguiente apartado se ahondará en estos conocimientos tradicionales, así como los correspondientes a otros pobladores para la época colonial.

V PARTE
EL CUIDO DE LA SALUD COMO
DISPOSITIVO DE CONTROL Y
RESISTENCIA -DE Y ANTE- EL
PODER Y LA DOMINACIÓN

Introducción

El cuidado de la salud como se aprecia a lo largo de la presente investigación, se ha presentado desde épocas antiguas. Si bien no se cuenta con información documental sobre las creencias que estas poblaciones tuvieron en torno a su salud, es posible observar la eficacia de muchos de los procedimientos de curación implementados, por ejemplo, en la sanación de traumas como las quebraduras.

Además, algunas de las condiciones, enfermedades y traumas que se tuvieron en el pasado, las vivieron también personas que habitaron en la época colonial y republicana e inclusive hasta la actualidad. Durante todo este tiempo se han presentado prácticas culturales de cuidado y sanación que incluyen procedimientos, instrumentos y medicinas ancestrales.

De igual manera ha sido posible conocer el rol de personas importantes como los denominados sukias y awápas, quienes fueron representados en esculturas y mencionados posteriormente en documentos etnohistóricos y etnográficos, así como algunos de los instrumentos utilizados en sus prácticas de curación como el caso de las piedras adivinatorias que también se les puede recuperar en algunos contextos arqueológicos, por lo que se estima como una práctica ancestral.

El presente apartado busca complementar la información presentada (bioarqueológica antigua y colonial, así como la artefactual) con las nociones y prácticas de cuidado y sanación, así como las concepciones que las distintas poblaciones han tenido en Costa Rica. Lo anterior mediante el uso de información documental etnohistórica y etnográfica. Se busca ejemplificar la variedad de implicaciones sociales, políticas, económicas, ecológicas y ambientales, entre otras que incidieron en el bienestar y *estar bien* de las poblaciones que habitaron la provincia de Costa Rica en la época colonial y que no es posible conocerla mediante los análisis osteológicos o la clasificación de la cultura material tradicional.

Como se verá, muchas de estas prácticas inmateriales o intangibles proceden a su vez de prácticas ancestrales indígenas, africanas y europeas, así como las mezclas entre ellas. Si bien responden a un momento determinante en la historia de las poblaciones como lo fue el proceso de conquista y colonia, correspondientes a

menos de 4 siglos, es importante ilustrar este momento, para que se comprenda también todos los aspectos que pudieron incidir en el pasado en los más de 13 milenios previos al siglo XVI en los cuales se cuenta con datos de ocupación humana en Costa Rica. Durante estos 13 milenios también se llevaron a cabo procesos de gran importancia como el arribo e instalación de las poblaciones al continente americano, el cambio en el clima flora y fauna, la domesticación de las plantas, el desarrollo de los diferentes tipos de organización social, etc. El proceso metodológico que abarca las diferentes líneas de evidencia es coincidente con lo expuesto respecto a la interseccionalidad, de manera que se conceptualiza y vincula categorías clasificatorias en su contexto y época, abordando el fenómeno social de forma más completa e integrada

De esta manera, a pesar de no contar con datos exactos ni documentos sobre el cuidado de la salud (concepciones, ceremonias, entre otros), para estas épocas, es importante que las personas que lean la presente tesis puedan comprender que la historia antigua no es lineal, homogénea ni estática. Fueron muchas las distintas poblaciones que habitaron el continente, cada una de ellas contó con sus propios sistemas de creencias, tecnologías, lenguas, tradiciones de sanación, economías, conflictos, alianzas, climas a los que se enfrentaron...y es precisamente mediante el estudio de diversos tipos de evidencia que se puede tener una mejor comprensión, interpretación y aproximación a la vida en el pasado.

De la mano con lo anterior, no existe una ruptura entre el pasado y el presente determinada por la ausencia o no de la escritura, esta ruptura ha sido política, ideológica, económica, entre otras y ha respondido a un modelo de dominación determinado por la colonialidad del ser y del saber mediante el ejercicio del poder producto del colonialismo moderno en el marco socio histórico del “descubrimiento” de América.

La institucionalización del conocimiento sobre la curación en las poblaciones indígenas

Las personas dan distintos sentidos al estado en el que se encuentra su ser como totalidad (cuerpo, alma, espíritu, psique...) según la época, la cultura y el sistema de creencias¹⁴⁵ que se posea. La cultura particular determina la manera en que se experimenta la enfermedad, estableciendo respuestas sociales a los síntomas, tratamientos y comportamientos en torno a la enfermedad. Si bien las creencias son estables y perduran en el tiempo, no deben contemplarse de manera estática a las explicaciones que socialmente se brindan de las enfermedades. Dichos razonamientos colectivos pueden tener explicaciones específicas respecto a lo que se está viviendo en una coyuntura determinada. La salud y enfermedad son categorías también sociales y políticas, se insertan dentro de las relaciones de poder en los colectivos (Ray Fitzpatrick, 1990, pp. 19, 27; Hugo Sotomayor, 2007, p. 68).

Los estudios interculturales permiten identificar la variedad e importancia de las ideas que se presentan en torno al estado de salud de las personas y, particularmente de las enfermedades. Las lógicas que explican la presencia de una enfermedad en diversas culturas han sido identificadas en 4 grandes grupos:

- Una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo.
- Una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales.
- Una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre partes, o entre la persona y el medio. [en la presente investigación, además, a esta lógica se le suma el equilibrio con el colectivo y sus creencias].

¹⁴⁵ Las creencias de una comunidad en relación con los estados de salud y de enfermedad deben analizarse de acuerdo con un sistema cultural que da sentido a lo que se está viviendo ya que, las creencias son elementos interconectados y estructurados de un todo (Ray Fitzpatrick, 1990, p. 28) compartido por el colectivo del cual se forma parte.

- Una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad (Ray Fitzpatrick, 1990, pp. 23-24).

Para el caso costarricense, para el caso de las poblaciones indígenas se ha evidenciado que muchas de las explicaciones dadas a la presencia de las enfermedades, están relacionadas con las transgresiones a las normas sociales e ideológicas, el daño que otra persona o espíritu pueda infringir, entrar en contacto con personas o bienes contaminados, así como los deterioros y enfermedades ocasionados por la vejez, entre otras razones.

Las personas que cuidan de la salud comunitaria

El análisis del cuidado de la salud, en relación con los sistemas de creencias en diversos pueblos étnicos tradicionales, ha estado vinculado con la figura de los “chamanes”, también denominados sukias en el contexto local. De acuerdo con el análisis histórico de Mircea Eliade (1994) éste fenómeno tuvo su origen en las regiones de Siberia y de Asia Central. La palabra “chamán” proviene del ruso y del tungusio “*Saman*”. Tiene nexos filológicos con la palabra del Sánscrito “*Sramana*” y del “Pali” “*Samana*” que significan: “Hombre inspirado por los espíritus” (Alix de Montal, 1988, s. p., citado en Orlando Mejía, 2016, p. 148).

A las personas “chamanes” les correspondió memorizar tradiciones, mitos, rituales y cultos de generación en generación: eran sabias. Tenían la capacidad de comunicarse con los espíritus, los dioses, con las almas de los muertos¹⁴⁶, y con los demonios. Lo anterior lo lograban gracias a su capacidad de éxtasis y trance, la cual le permite viajar a través de los planos del cielo, la tierra y el infierno por medio de su alma. De esta manera, podían actuar de forma simultánea como un sacerdote, un

¹⁴⁶ La comunicación entre la dimensión de los vivos y de los muertos se considera una realidad evidente. Es común que a través de los sueños y de los ritos, los muertos puedan volver, transitoriamente, a la comunidad de los vivos. De igual manera, algunos vivos, como los chamanes, son capaces de descender al reino de la muerte y luego volver a la vida de la tierra. La creencia en los espíritus “animismo” según Tylor (1871), permite entender que para las comunidades tradicionales no existe la muerte que extinga a la persona de manera definitiva, se cree que hay una serie de mundos espirituales paralelos, donde las almas continúan viviendo (Orlando Mejía, 2016, pp. 147-148).

médico, un “brujo o hechicero”, un Psicopompo¹⁴⁷, un hacedor de lluvias y una persona que podía intervenir ante los dioses para una buena caza o que las cosechas mejorasen. No todo médico tradicional era o es un “chamán”. Pero todo “chamán” sí es médico y cura aquellas enfermedades que tienen que ver con la pérdida o la ausencia del alma de las personas y sus consecuencias en los cuerpos y espíritus (Orlando Mejía, 2016, p. 149).

Es por ello, por lo que el término “chamanismo” se ha asociado en múltiples culturas, con personas encargadas de actividades religiosas y del cuidado de la salud individual y colectiva. Se les atribuye la capacidad de hacer viajes del alma a los reinos de los seres sobrenaturales, gracias a técnicas y sustancias embriagantes, entre ellas hongos y plantas sagradas, las cuales les producen una expansión de los sentidos (lo que anteriormente se consideraba alteración de la conciencia), como se ha señalado, mediante el uso de sustancias activantes o retardantes, ebriedad de posesión o raptó, éxtasis y, por ende, ebriedad estática¹⁴⁸.

Los y las “chamanes” le ofrecen al resto del mundo sus ideas del cosmos, el cielo y el infierno (Hugo Sotomayor, 2007, p. 49). A estas personas también se les atribuía la capacidad de volar, de transformarse en animales, de ser inmunes a las heridas de las lanzas y las flechas, de desaparecer en forma súbita (Orlando Mejía, 2016, p. 153).

Las enfermedades “naturales”, como las fracturas por accidentes, indigestiones, las atribuidas al frío o al calor, no necesariamente eran tratadas por “chamanes”, sino que podían ser abordadas por otro tipo de personas médicas como las “curanderas” y “sobanderas”, denominados en la presente investigación como médicos(as) de tradición indígena.

¹⁴⁷ Quien guía las almas al reino de la muerte.

¹⁴⁸ *La ebriedad estática, propia de los chamanes se realiza con sustancias que desarrollan los sentidos. Los agentes son sobre todo plantas ricas en fenilaminas e índoles con una toxicidad muy baja y una gran actividad visionaria. Caracteriza el trance no sólo retener la memoria, sino una disposición activa, que en vez de ser poseído por el espíritu busca poseerlo. Hay vuelo mágico y viaje. La diferencia real entre un chamán y un sacerdote es el lugar en donde se encuentra el dios: dentro o fuera del individuo* (Antonio Escohotado, 1998, citado en Hugo Sotomayor, 2007, p. 50).

Los médicos de tradición indígenas, sukias o awápas como se denominan en Talamanca, eran renombrados herbolarios, tenían conocimientos botánicos precisos y empleaban diversidad de plantas en sus curaciones. Tratan el envenenamiento por mordeduras de serpientes venenosas, fracturas de huesos, entre otros complejos síntomas de enfermedades, siendo concebidos como personas muy valiosas dotadas de grandes poderes sobrenaturales. *En algunos casos, durante la meditación queman dádivas de plantas resinosas aromáticas, reminiscencias de las antiguas ofrendas de sahumerios de copal y hule* (Jorge Lines, 1938, pp. 411-413).

En algunos pueblos, las personas que podían ser “chamanes” eran quienes habían enfermado de gravedad y tuvieron la capacidad de curarse a sí mismos. Según Kai Dooner (1946) se puede afirmar que los “chamanes” tienen una capacidad intelectual y un control emocional muy superior con respecto al resto de personas de sus pueblos étnicos y comunidades (Orlando Mejía, 2016, pp.149-150).

Para la medicina chamánica el origen de las enfermedades depende de su categoría etiológica, las cuales se catalogan de la siguiente manera:

1. Enfermedades por causas naturales como los accidentes evidentes.
2. La transgresión colectiva de un tabú de la comunidad.
3. El embrujo o la acción de los espíritus de la enfermedad producido por otro chamán¹⁴⁹.
4. La introducción de demonios al cuerpo del enfermo, generalmente enviados por las almas de los muertos.
5. La introducción de objetos o insectos al cuerpo de la persona enferma creados mentalmente por un brujo o un chamán, y.
6. La pérdida del alma de la persona, que puede ser ocasionada porque se haya perdido en el sueño, haya sido robada por el alma de un muerto, por los espíritus infernales¹⁵⁰, o secuestrada por un chamán (Orlando Mejía, 2016, p.153).

¹⁴⁹ Las enfermedades chamánicas son producidas, entre otras causas por “el mal” o “daño”, o malos espíritus. El “daño” penetra en el cuerpo y produce la enfermedad. Los chamanes deben descubrir el daño y la curación consiste en el exorcismo. Mediante diversos procedimientos debe sacar o exorcizar el daño (Plutarco Naranjo, 2007, p. 204).

¹⁵⁰ La creencia en los espíritus (animismo según Edward Tylor, 1871), permite entender que para las comunidades tradicionales no existe la extinción definitiva de las personas después de la muerte, sino una serie de mundos espirituales paralelos, donde las almas continúan viviendo y, a veces, vuelven a reencarnar en el cuerpo de niños recién nacidos del mismo clan o comunidad (Orlando Mejía, 2016, pp. 147-148).

De todas las anteriores, las únicas enfermedades que no trata la persona chamán son las de origen natural (*Ibid.* p. 154).

La forma en que las personas “chamanes” diagnostican las enfermedades gira alrededor de la ceremonia ritual del trance. Para ella deben de prepararse desde días antes guardando un riguroso ayuno, absteniéndose de relaciones sexuales y dando indicaciones también a la persona enferma y su familia. Una vez establecido el diagnóstico de la enfermedad, se suspende la ceremonia e inician las prácticas terapéuticas o curativas específicas (María Eugenia Bozzoli, 1982; 2006). Cuando la enfermedad es causada por una transgresión colectiva de un tabú, *el tratamiento debe ser hecho por todo el pueblo o se corre el riesgo de que se produzca una epidemia de características catastróficas. Aquí es evidente la actitud preventiva del chamán.* Si la enfermedad fue provocada por objetos o espíritus, esta persona líder médica realiza diversos procedimientos. En ocasiones introduce los demonios de la enfermedad en su propio cuerpo o el de un animal u objeto y luego los expulsa con ayuda de sus espíritus auxiliares. Cuando la enfermedad es debida a la pérdida del alma, el o la chamán inicia su viaje espiritual para tratar de encontrarla (Orlando Mejía, 2016, pp. 154-155).

Como características de la medicina chamánica se encuentra que se aborda a la persona enferma de manera integral. No existen dualismos entre el cuerpo y el alma o la mente. Las personas enfermas se abordan a partir del contexto colectivo donde viven, en otras palabras, como señalan Xóchitl Herrera y Miguel Loboguerrero (1983), la medicina chamánica es holística. Además, es de carácter preventivo, más que curativo, debido a que el o la chamán siempre está pendiente de que la comunidad no trasgreda los tabúes, para que no se enfermen, o recupera las almas antes de que la enfermedad se manifieste en el cuerpo. Finalmente, esta medicina basa su poder de curación en la relación médico-paciente, ya que la atención por parte de este especialista es considerada por los enfermos como una terapia en sí misma¹⁵¹ (Orlando Mejía, 2016, p. 156).

¹⁵¹ Descubrimientos de la psico-neuro-inmune-endocrinología, permiten comprender, dentro del plano científico las razones del éxito de la medicina chamánica: las células del sistema inmunológico poseen receptores para neurotransmisores (en especial los monocitos) y de allí que una actitud

Dentro de la organización social de los pueblos indígenas costarricenses, como bien señala María Eugenia Bozzoli para el caso talamancaño, había clanes que podían desempeñar ciertos cargos (políticos, religiosos, organización de prácticas económicas, entre otras) y otros que no (2006). Existe un orden institucionalizado dentro de un “universo simbólico”. En este universo *todos los sectores del orden establecido se integran en un marco de inferencia que lo abarca todo* (Peter Berger y Thomas Luckmann, 1966, 89). Este universo simbólico “se endurece” y “se engruesa”, *gradualmente se apropia del manto de la realidad objetiva* (Graham Scambler, 1984, p. 227), adquiriendo mayor legitimación conforme pasa el tiempo por parte de los pueblos que comparten un origen común, y sistemas de creencias u organización social afín.

Lo anterior, permite que exista una cohesión social funcional con un nivel abstracto y práctico de legitimación que integra el orden social a nivel institucional y dentro de este el rol correspondiente a cada colectivo que lo integra. Nuevamente en el caso talamancaño, orientado en el mito de origen que brinda roles importantes (rituales y políticos, entre ellos el correspondiente con el ejercicio de la medicina tradicional) a los clanes descendientes de las semillas originales de maíz *que Sibö guadaba en la canasta* o de los usados cerca del centro *de la casa que construyó para traer a los clanes* (María Eugenia Bozzoli, 2006, p. 10).

¿Quiénes cuidaban la salud de las personas en la antigüedad del actual Costa Rica?

Usékar

Como se ha indicado previamente, la sobrevivencia de las personas durante tantos siglos estuvo relacionada con las prácticas culturales para la protección de salud. Las familias contaban con conocimientos de las medicinas obtenidas de la naturaleza y que podían consumirse de forma doméstica en las comunidades cuando

positiva o de fe ante la curación estimula una respuesta inmune muy notable, la cual puede perfectamente, conducir al restablecimiento de la salud de la persona. El pensamiento es capaz de producir cambios moleculares en el cuerpo, que explican muchas de las increíbles curaciones de los chamanes (Orlando Mejía, 2016, p. 156).

alguien tenía algún malestar. Para enfermedades y males más complejos, existían especialistas, quienes se encargaban del cuidado físico, emocional, espiritual y colectivo. Estos médicos (de tradición indígena, africana... y vinculados a los distintos pueblos étnicos tradicionales), utilizaron sus conocimientos para sanar y proteger al colectivo, brindando recomendaciones que debían ser acatadas, para lograr la restitución del bienestar tanto individual, como colectivo.

En Costa Rica, el grueso de la información reportada en épocas coloniales y principalmente etnográficas se enfoca en los pueblos talamancaes. En los textos disponibles, se ha distinguido distintos especialistas encargados del cuidado de la salud. El más distinguido considerado sacerdote mayor de todas las tribus era el *usékur* o *usékar*, como se señaló en el II apartado del presente documento en la figura 9 Jerarquías entre los pueblos bribris y cabécares. Esta persona era quien tenía el cargo más importante, semejante a la figura de los “chamanes” o de una persona “chaman principal” en otros pueblos.

Henry Pittier señaló que el *usékur*¹⁵², es el sacerdote mayor de todas las tribus. Todavía a inicios del siglo XX, ningún explorador había podido conocer perfectamente sus atribuciones, ya que *todos los indios temen su venganza si hablan demasiado acerca de él*. El *usékar* evitaba aparecer en público y si lo hacía era disfrazado, *con la cara pintada a la manera de los cabécaras*. Estaba prohibido revelar quien era, so pena de recibir un severo castigo.

En 1893 tuve oportunidad de encontrar en Xiroles, en Talamanca, un indio todavía joven, pero de apariencia excepcionalmente noble y altiva y que solo contestaba por medio de vagas sonrisas cuando uno lo interpelaba. Estaba enteramente vestido de manta blanca, pero no se diferenciaba de ninguna manera de sus demás compañeros, vendiendo como ellos su provisión de caucho y zarzaparrilla y comprando muchos objetos menudos. Más tarde supe que era el *usékur*, pero veo todavía la cara espantada del indio que me reveló ese terrible secreto (Henry Pittier, 1938, p. 17).

Los *usékares* atendían los asuntos que afectaban al pueblo como un todo, entre ellos las guerras o epidemias. Hacia 1763 Fray Manuel de Urcullú dijo que eran pocos, pero *Tienen abominables costumbres y varias supersticiones, y se reducen a tres los supersticiosos que hay entre ellos. A los primeros llaman capar y son los*

¹⁵² El *useköL* (plural *usekóLpa*), también denominado en los textos como *usegro*, *usegra*, *usékur*, *usékara*, *usékar*, *kpa*, *capar* (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 167).

que hablan con el demonio y les consultan las cosas que temen suceda; de éstos hay pocos y son muy respetados (en Fernández Guardia, 1918, p. 18).

El *usékur* estaba en constante comunicación con los espíritus. Cuando deseaba conversar con aquellos se encerraba en una gruta. *Vive con su familia, y ésta es muy conocida en la región, pero nadie se atreve a hacer alguna alusión a aquel personaje en presencia de uno de sus parientes, por miedo del inevitable castigo que sobrevendría en forma de un tigre o de una serpiente encargados de acabar con el culpable*” (Henry Pittier, 1938, p. 17).

Según William Gabb, el cargo del *usékar* se heredaba del tío materno (p. 1978, p. 170) y estaba a cargo de la supremacía religiosa.

El usekara es una especie de gran sacerdote, y goza casi de tanta importancia a los ojos del pueblo, como el jefe. En efecto, hubo un tiempo, y no muy remoto, en que los jefes mismos hacían viajes para visitarlo como suplicantes. El actual gran sacerdote es un joven imberbe, apenas de veinticinco años de edad. El predecesor, su padre, murió recientemente, y hasta después de la fiesta funeraria, puede entrar de lleno en el ejercicio de sus funciones... El anterior usékara era muy arrogante y no tenía comunicación con los extranjeros. Pretendía tener poderes sobrenaturales y tenía frecuentes entrevistas con los espíritus. En estas ocasiones iba sólo a una caverna, distante algunas millas de su casa, y pasaba allí varios días. A su regreso, no quería conversar ni aún con los de su familia. A nadie, excepto a su fámulo, hoy día muy anciano, le era permitido servirle, o siquiera hablarle, durante varios días después del progreso de sus misteriosos viajes. Rara vez viajaba o visitaba a sus vecinos. Vivía de las contribuciones voluntarias. No bebía más que chocolate, y el cacao lo obtenía como donación voluntaria, tanto de los de cerca como de los de lejos. Si entraba a una casa y ofrecía comprar o manifestaba si quiera que algo le gustaba, ya un pollo, un cerdo, o cualquier objeto, inmediatamente se lo regalaban. Se consideraba tan bueno como si fuera confiscado... En caso de una calamidad pública, como una enfermedad epidémica, o escasez de alimentos por sequía, sólo el jefe podía visitarlo y pedirle intercediera con los espíritus. No atendía a las súplicas privadas. Cuando se sentía inclinado a conceder gracias, se retiraba a su caverna, y a su debido tiempo ordenaba un ayuno. El joven que hoy tiene aquella posición es uno de los hombres más bien parecidos del país. Es alto y bien formado; la bondadosa expresión de su rostro lleva impresa cierta seriedad casi incompatible con sus pocos años, y todas sus maneras son graves y solemnes. Me hicieron mucha impresión sus modales, tan opuestos a la alegría y carácter comunicativo de la mayor parte del pueblo.... Estando en Cabécar nos visitó dos veces, y en ninguna de ellas nos dirigió la palabra, excepto cuando le hablábamos, a menos que tuviera que hacer alguna observación, muy pocas palabras y en voz muy baja, a alguno de su comitiva” (William Gabb, 1978, pp. 93, 134-136) *[el resaltado es nuestro].

Como se desprende de las descripciones realizadas, la persona *usékar* o *usékar* tiene un rol de líder máximo al servicio de las comunidades. Atiende el bienestar colectivo en los diversos aspectos de la vida, incluyendo el rol de interceder por la comunidad ante las deidades para corregir problemas por la trasgresión de tabúes, abordar las enfermedades colectivas, buscar la seguridad alimentaria, bienestar en las diversas labores políticas de los jefes y hasta en las prácticas cotidianas, entre otras.

Por su parte, María Eugenia Bozzoli (1979) añadió datos sobre el *useköL*. Según detalla, éste podía escuchar a gente común, pero no les hablaba. La comunicación de él hacia otras personas era [como lo había descrito William Gabb] por intermediarios con títulos específicos para ese cargo. El *useköL* también utilizaba piedras adivinatorias para las actividades de su cargo, pero éstas tenían mayor poder que las de los *awápa* (médicos de tradición indígena). Tanto del *useköL* como de sus piedras, se decía que se podían convertir en felinos y otros animales. (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 170-171).

Awá

Por su parte, para María Eugenia Bozzoli (1982, pp. 173-174), el rango de los *awápa* (o *jawa*) está después que el del *usékar*, pero antes o después de los cantores fúnebres o de los jefes o reyes: los *bLupa*. Si se le ve al orden de las personas médicas aparte del fúnebre y éste aparte del guerrero o del gobierno “secular”, estos tres órdenes son de igual importancia para las poblaciones talamanqueñas. Los tres órdenes pueden tener rangos en niveles de prestigio equivalentes (como se ilustra en la figura 9 anteriormente señalada). Podrían estar en un mismo nivel alto, los guerreros principales, los *awápa*¹⁵³ experimentados y los cantores principales, ocupando los recién iniciados y aprendices los rangos subordinados.

¹⁵³ La información etnográfica señala que, si bien los *awá* son de las personas más pudientes de su comunidad, conservaban en su cotidianidad las mismas costumbres y actividades del resto de la población. *Hacen su casa con los mismos materiales que utiliza cualquier vecino, pero si más grandes, y le añade una construcción adicional para recibir pacientes. Suelen tener dos o más residencias, según las fincas que posean.* Realizaba actividades agrícolas y de cuida de animales que utilizaban también para comerciar. Eran polígamos (algo tradicional en el pueblo bribri). (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 184).

...El rango de los /awapa/ o /jawa/ se inserta después del usékar, pero antes o después de los cantores funerarios o de los /bLupa/. En realidad, si se ve el orden médico aparte del orden fúnebre y éste aparte del orden guerrero o del gobierno “secular”, estos tres órdenes de igual importancia para la sociedad, los tres órdenes pueden tener rangos en niveles de prestigio equivalentes (María Eugenia Bozzoli, 1982: p. 173).

De esta manera, en la estructura organizativa talamanqueña, los *useköLpa* sabían más que los *awápa*¹⁵⁴ (María Eugenia Bozzoli 1977, p. 98) debido a que:

Cuando Dios vino a la tierra Él se puso a enseñar a los /useköLpa/ casi toda la noche. Ya casi iba amaneciendo, eran ya las últimas horas en la madrugada, cuando Dios empezó a enseñar a los Sukias. En eso salió el sol y Dios tuvo que irse. No terminó. Por eso los usékares eran más poderosos que los /awápa... El Dr. Jack Wilson recogió la siguiente versión de la historia de Cuyeo¹⁵⁵ y de /töL/, y nos la facilitó para su reproducción. Tanto esta versión como las anteriores sobre el tema son de Salitre. Shpö´ (Culleo) “Shpö´ es el pájaro que llaman el “cuyeo”. El cuyeo es el sukia antiguo. Fue el primer suquia. Una vez Dios se hizo el que estaba enfermo y llamó al cuyeo para que lo curara y para que viera qué era lo que tenía. En la noche se fue Cuyeo a cantar, Dios, oyéndole, oyó que así no se curaba y se enojó. Al otro día Dios se fue adonde el cuyeo y lo agarró y le rajó la boca. La dejó aplastada. Es por eso que el cuyeo tiene el piquito así, porque no supo curar a Dios. Llamó Dios al /atöL (gusano que hace un capullo, pero no se convierte en mariposa) y éste se fue allá en la noche. AtöL vio que era que Dios se hacía el enfermo. Dios vio que éste sí sabía curar y como premio lo envolvió con ese capullo que tiene por fuera. Dicen que ese insecto no se puede tocar porque si uno lo toca en la tarde le agarran dolores de huesos y de los músculos. Si uno lo toca por un descuido, tiene que matarlo para que en la tarde no le duelan los huesos (María Eugenia Bozzoli, 1982 pp. 36- 37).

La posición del awá no es hereditaria. Pero con mayor frecuencia, entrena sus propios hijos o sus sobrinos. En español el awá es conocido como sukia. Este término posiblemente es de origen miskito, y puede relacionarse con el vocablo bribri que quiere decir “cantar”, o sea /jtsök/, que al oído del que habla español le suena “suk”. De este verbo se deriva el nombre del cantor en los funerales, el /jitsokoL/, palabra que se ha escrito como *tsukur*, *tsugur*, *tsugru*, *tsuku*, de donde fácilmente se puede derivar *sukia*. Posiblemente las personas no indígenas confundieron los cantores y los curanderos en un solo papel, por ser ambos intermediarios del mundo sobrenatural y también porque el curandero se basa en el canto para sus curaciones,

¹⁵⁴ Plural de awá. Otro término que les dieron los no indígenas a estas personas es “sukia”, “suquia”.

¹⁵⁵ *Nyctidromus albicollis*, ave nocturna de plumaje camuflado.

como el cantor cantaba para el alma del fallecido¹⁵⁶ (María Eugenia Bozzoli, 1982: p. 4).

Las referencias escritas más tempranas de estos médicos de tradición indígena la brindan Fray Agustín de Zevallos, en 1619 cuando indica:

Tienen ydolos, y para la administración de su culto nombrados y señalados sacerdotes, que son indios hechizeros á quienes con mucha frecuencia de el demonio rrespuestas de los que se les consulta, y ellos las dan al pueblo; por lo que son tenidos en mucha veneración, considerando en ellos alguna calidad divina, como prophetas que les previenen las cosas futuras y que an de suceder, y les dan noticia de las que suceden en otras partes distantes y rremotas de las suyas” (León Fernández, Doc. Tomo V 1886, pp. 158-159).

Según Henry Pittier, ser *awá* o *sukia* suponía, según los Bribri, una inteligencia verdaderamente superior. El proceso de formación incluía acompañar al maestro que ha escogido lo menos durante 3 años, antes de poder practicar por su propia cuenta. Todo *awá* posee una colección de piedritas redondas (unas blancas, las demás rojas o moradas (sió)), a las cuales se atribuye propiedades sobrenaturales. Dichas piedritas pueden conversar con las almas de los enfermos e informarle del estado de éstos durante la consulta que suelen ser nocturnas mediante retahílas de palabras ininteligibles *para los oyentes que lo escuchan “respetuosamente”*. *Su canto monótono es interrumpido por largos silencios durante los cuales parece escuchar lo que dicen las piedritas... son objetos temibles para los indios, pues según ellos pueden transformarse en la medida del deseo de su amo en serpientes, tigres, etc., que atacan sin piedad a los que él les señala* (Henry Pittier, 1938, p. 22).

Otros materiales utilizados por las personas médicas tradicionales durante el proceso de curación son una pipa encendida con tabaco, o directamente las hojas arrolladas de esta planta, llegado el momento aspira y luego sopla y succiona el humo en la parte afectada de su paciente, lo cual acompaña de oraciones y cantos ininteligibles. Algunos de ellos además utilizan una maraca pequeña o chilindrín de

¹⁵⁶ Rudolph Schuller (1928, pp. 53-54) sobre los bribris, como Edward Conzemius (1932, p. 140) refiriéndose a los miskitos, al igual que Jorge Lines (1945, p. 20) refiriéndose a los talamanqueños, proponen /*tsu*/, que quiere decir “pecho”, o “mamar”, como la palabra de origen del vocablo “*sukia*”, por la extendida costumbre en el chamanismo indígena, de “chupar” o succionar las causas de las enfermedades con la boca. Pero esta técnica no es utilizada por los /*awapa*/, quienes, por el contrario, las soplan. Según María Eugenia Bozzoli tanto Schuller (1928, p. 54), como Jorge Lines (1945, p. 19) confunden al cantor *tsúgür* (/jtsölöL/) con el /*awá*/ (en María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 6).

calabazo o arcilla, un tambor hecho con un tronco de madera hueco y piel de iguana que ayudan con la comunicación con el más allá, ... *es en estos momentos cuando con gran respeto y veneración sacan una piedra adivinatoria de su mochila y frotándola entre las manos, le rezan una oración y luego soplan sobre ella...* Dichas personas médicas también podían cargar *amuletos que les protegen contra ataques de animales feroces y asechanzas de sus enemigos* (Jorge Lines, 1938, pp. 413, 415).

Al respecto, existe evidencia de este tipo de artefactos auxiliares a en los procesos de sanación, tanto para épocas antiguas como en la colonia, en épocas republicanas y recientes. En 1667 Fray Francisco de San José escribió:

Otros tienen unas piedras como de jugar a las tablas, de diversos colores, las coloradas adivinan si hay enemigos por donde van a trabajar ó caminar; otras como de mármol con unas vetas aplomadas para saber el buen día de su sombra; otras de laja para cazar o pescar; y el modo como lo hacen es que ponen la piedra sobre la palma de la mano y le hacen su razonamiento, y luego le dan un soplo; si la piedra baila hay feliz acierto; y si no, no van ó no caminan porque sucederá mal; y en esto tienen grande fe, porque dicen que Dios les dio a sus mayores de aquellas piedras para gobernarse, y ellos lo imitan y van a sacar a la cantería en ayunas, y luego la amuelan; y en este tiempo, no comen sal; de estas piedras quemarían mis dos compañeros dichos dos medias fanegas por lo menos, y nosotros, de las que los escondieron, al pie de doscientas (León Fernández, 1886 Tomo V, pp. 369-380; María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 372-373).

La función de estas piedras iba más allá de conocer las particularidades sobre la cacería y de las actividades cotidianas. Fueron utilizadas durante los procesos de sanación para conocer las características de la enfermedad y si esta podía ser tratada.

A este respecto Fray Manuel de Urcullú señaló en 1763 que los segundos en rango de importancia después de los usékares (también para el caso talamanqueño) son los *awás*:

...[les] llaman jacguacs (/jawa´ s/=sukuas), y éstos son los que tienen la piedra del adivinar y los que consultan los demás indios cuando salen de algún viaje largo y les preguntan si les picará culebra, si vendrá el enemigo, y también les preguntan en sus enfermedades si sanarán de ellas y los llaman para su curación; y cuanta medicina aplican a los enfermos los referidos jacguacs.... Para dar respuesta al jacguac a las preguntas que los demás le hacen sobre los sucesos futuros, pone en la palma de la mano la piedra, que es poco más grande que un peso duro de cordoncillo: allí la está soplando y repitiendo ciertas palabras en secreto, y si la piedra se menea o da vuelta es señal de cosa

adversa, y su no se menea es favorable, aunque en todo esto hay mucho embuste” (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 7-8).

Como se desprende de la cita anterior, en este caso quienes tenían el oficio de *awá*, eran personas que desempeñaban un papel consultivo que trasciende el estado de salud física de las poblaciones. Lo anterior precisamente porque la conceptualización de bienestar en estas poblaciones cubría más allá que la concepción moderna de no estar enfermo(a). Los diversos aspectos de la vida están integrados, lo personal a lo comunitario y lo ambiental, así como en lo cotidiano hay elementos ritualizados.

Steven Ginzburg (1977, pp. 389-391) citó las palabras de un /awá/ de Soki, en el Valle del Río Urén quien señaló el papel que desempeñaban los sukias o awápas:

...No tiene importancia en cuan pobre sea, un sukia puede ir donde quiera por el mundo y hacer dinero con su trabajo y llegar a ser dueño de muchas cosas, pero es difícil llegar a ser un sukia. En otras épocas los sukias eran bien remunerados por sus servicios. Se les pagaba con monedas de oro o con pollos, gallinas, perros, gatos, puercos, pavos o aún con caballos y vacas. Tocando cosas impuras el sukia, como un ser humano que es, está sujeto a la contaminación, y por eso presta sus servicios recibiendo a cambio considerables compensaciones. Hoy en día los grandes y poderosos sukias se han ido todos... Un sukia es una persona de respeto y no debe trabajar en tareas que denigren su dignidad. Un hombre cualquiera puede decir a un sukia: -Mi mujer me abandonó. ¿Puede usted hacer algo para que ella regrese de nuevo? - Estos trabajos son de poltronería y un sukia no debe hacerlos, pero si el sukia conoce su trabajo, puede con todo éxito hacer esas cosas” (Ginzburg, 1977, p. 391; en María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 180).

Los awápa mayores ejercían un mayor liderazgo en su comunidad, con excepción del o los que tenían una clientela de lugares ajenos al lugar de residencia donde practicaban la medicina, a diferencia de los que sí lo hacen en su zona, lo anterior se debe a que al menos para la población bribri talamanqueña con la que trabajó María Eugenia Bozzoli, lo familiar *da más confianza y lo distante causa incertidumbre y temor que se resuelven en la atribución de hechicería y maldad al que representa lo desconocido* (Ibid., p. 182).

Los datos etnográficos talamanqueños indican que, cuando una persona se enfermaba, se daba aviso al *awá* más cercano. Durante la espera de la llegada del *awá* donde el enfermo, las mujeres de la casa preparaban para él mucho cacao y

chicha, un poco de comida y un cierto número de hojas de una aráceas llamada por ellos *ai-ko* conocida también como sahinillo¹⁵⁷. Una vez que llegaba el *awá*, éste comía y los ocupantes de la casa se retiraban, el paciente era colocado frente al médico:

Este [el *awá*] está sentado en la mejor hamaca de la casa y al alcance de su mano se ha encendido un pequeño fogón y colocado una pipa con las hojas de *ai-ko*. Luego comienza el examen del enfermo. El *awá* calienta las hojas y enciende la pipa pasa lentamente las primeras por la espalda y el pecho del enfermo, soplando al mismo tiempo sobre él el humo de la pipa. Terminada esta operación. El enfermo explica en qué consiste su mal y ruega al *awá* consulte sus piedras con objeto de conocer el mejor modo de curación” (Henry Pittier, 1938, p. 22).

En el proceso de sanación, el pronóstico o identificación de la enfermedad o aspecto que está provocando el malestar en la persona es una etapa fundamental. Cuando el poder que retiene el alma o que dio causa a la enfermedad es mayor al poder del médico de tradición indígena, el enfermo debe prepararse para su muerte próxima (Orlando Mejía, 2016, p. 155).

La consulta se da por la noche, cuando la gente está dormida. El *awá* comienza a recitar sus oraciones durante 4 o 5 horas. Al amanecer se le vuelve a ofrecer chocolate, después de lo cual vuelve a practicar sobre su enfermo las mismas operaciones de la víspera. Esta vez soba el cuerpo de la persona enferma con un animal que tenga relación, según él, con la enfermedad del paciente. A veces es un zopilote o un pollo, un lagarto, una tortuga, una cola de ardilla, un loro o un mono. No siempre es muy fácil conseguir el animal que solicita. Luego el *awá* se despide y prescribe una dieta, que priva a la persona enferma de sal o de chicha. Estas visitas y actividades del *awá* se pueden repetir 2 o 3 veces (Henry Pittier, 1938, p. 23)

En los estudios antropológicos realizados por María Eugenia Bozzoli con pueblos talamanqueños, recopiló algunos conceptos que guían los procedimientos de los *awá* y que forman parte del sistema sociocultural importantes de señalar:

a. Curar y purificar se traduce por “soplar”. El viento correspondiente en bribri es /woikök/. Se sopla la piedrita para adivinar; también se sopla con la boca el cuerpo; se abanica con zahinillo y con /stejkwo/; cuando el *awá* hace

¹⁵⁷ *Dieffenbachia spp.*

un tratamiento de su especialidad, se dice que anda soplando; se sopla al perro, a la parturienta, al recién nacido, a la púber, al maleficiado.

b. El concepto de aire es de complejo y simbólico: /siwa'/ es aire, viento, respiración aliento, las historias que narran los awás; las historias que cantan; el alma en el sentido de principio vital; de /siwa'/ se deriva el nombre dado a la sabiduría de los /awápa/, o sea, /siwewa/.

c. La reiteración y la pluralidad en la unidad se simbolizan con el número 4 (o su doble 8).

ch. El /awá/ utiliza el concepto de origen, de lo que fue primero. Los principios son jefes o reyes de los seres y las cosas; poseen lo real o esencial, y la sabiduría.

d. Lo sensible, percibido por los sentidos, es aparente; lo real o esencial está más allá, está oculto.

e. La vía del sol es la vía de las enfermedades; el día, con el calor del sol, es negativo; la noche es positiva para lograr sanar.

f. Las plantas son favorables, protectoras, los seres humanos se comparan metafóricamente con árboles; las enfermedades se comparan con animales, el mundo de los animales selváticos y acuáticos es peligroso. La curación es como una negociación con los intermediarios conocedores de ese mundo. Un /awá/ nos comparó su trabajo al que realiza un abogado entre nosotros.

g. Los dueños de los animales son principalmente 2, los cuales parecen reflejar una oposición: Altos picos y planicie de lagos o pantanos. El señor de la puerta del sol naciente también vive en charcas.

h. Las enfermedades y otros males vienen de contextos desconocidos; más allá de la propia casa; más allá de la propia comunidad; más allá de los campos de cultivo; más allá del horizonte visible; el mal está afuera del hogar; en la comunidad vecina; en la selva; en el mar; en el lugar donde sale el sol; donde se pone el sol, debajo de ahí, o más allá de ahí. El /awá/ entonces media con cada uno de esos contextos externos a sus clientes o pacientes.

i. Los auxiliares utilizados por el /awá/ para la mediación equilibran los sexos: son macho y hembra; hermano y hermana; marido y mujer.

j. La lucha contra los males, enfermedades y peligros utiliza una estrategia persuasiva, cuidadosa, indirecta o engañosa, y cautelosa, más que ataques frontales. El enemigo debe retirarse del mundo en el cual es un intruso, pero tiene su propio mundo en el cual conserva derechos que se deben respetar (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 164-166).

Para estos pueblos los espíritus podían manifestarse como protectores de los animales, estos se podían encontrar y combatir las enfermedades cuyos nombres eran conocidos solamente por la persona awá o quien ejercía la curación. Los espíritus auxiliaban a los médicos de tradición indígena y para ello adquirirían las formas de los animales (Edgar Cabezas, 1990, p. 30)

Estos conceptos, complejos y muy importantes para la comprensión de los sistemas de creencias talamanqueños. Permiten apreciar entre otros aspectos, la territorialidad y el papel de las personas dentro de un entorno propio y conocido.

Las enfermedades proceden de donde nace o se oculta el sol, del mar, de lejos. Coincide con la procedencia de las personas no indígenas, los y las forasteras, quienes siglos atrás, también trasladaron al continente americano muchas enfermedades desbastadoras para las poblaciones nativas.

Se expone una concepción de la comunidad versus la otredad, tanto de las personas, como las enfermedades, intrusos, males, peligros... las cuales deben alejarse de los pacientes y las comunidades, pero sí tienen un lugar en los espacios naturales o sobre naturales de los cuales proceden. Cada quién tiene su lugar en sus territorios, que de forma subjetiva y por distintos motivos, interactúan en una multiterritorialidad.

Para lograr su cometido, las personas *awápa* al igual que otros médicos de tradición indígena en todo el continente, hacen uso para el tratamiento de las enfermedades de plantas, minerales, animales, agua, etc. que les brinda el territorio en el que viven y al que tienen acceso.

Para los procesos de sanación se utiliza solamente lo que se requiere en el momento y para cada caso que aborden médicamente. Se buscan las plantas, animales y minerales específicos para cada paciente. De esta manera, con el respeto adecuado al medio, podrán seguir teniendo los elementos que requieren para sus rituales de curación.

La experiencia, así como la etnobotánica han revelado la eficacia de las plantas utilizadas, las cuales poseen los principios activos que permiten el alivio o cura (Orlando Mejía, 2016, p. 159). Por ejemplo, se disponía entre otras, plantas analgésicas que son cicatrizantes de heridas, otras para limpiar el organismo por medio de purgas, plantas psicoactivas que contribuyeron a consolidar y ampliar la

cosmovisión mitológica y se convirtieron en plantas sagradas¹⁵⁸. (Hugo Sotomayor, 2007, p. 50).

Además de la flora, también se aprovecharon animales y productos derivados de estos. Por ejemplo, durante mucho tiempo se ha reconocido las propiedades medicinales de la miel de abeja y otros productos relacionados. En el caso de las abejas de origen americano, las que producían miel dentro de las colonias eran las meliponias o sin aguijón. Estos insectos eran nativos de zonas tropicales y subtropicales de América Latina y se encontraban en estado silvestre, pero accesibles estaban *en las cavidades de los árboles; y no siendo ponzoñosas se las puede trasportar en los troncos ó ramas en que se anidan, á un punto cerca de las habitaciones, para extraerles con facilidad la miel que producen. La cera es de color pardo oscuro y no blanquea* (León Fernández, 1881, p. 11). *Es tierra Nicoya de mucha miel é cera, é las abejas no pican, é son desarmadas, é tan pequeñas, como moscas de España, é negras. Hay abispas muy malas, pequeñas é que pican é dan muy gran dolor.* (León Fernández, 1881, p. 114).

La raíz conocida como jalap o jalapa (*Ipomoea Purga Wender*) fue utilizada por personas nativas de México y Centroamérica y llevada a Europa dentro del cúmulo de plantas medicinales. La planta abunda cercana a los arroyos. Fue utilizada como purgante y contra otras enfermedades como la sífilis (León, Fernández, 1881, p. 33).

La herbolaria indígena como se ha indicado era muy importante para el tratamiento de diversas enfermedades. El conocimiento se ha heredado de generación en generación hasta épocas recientes. Investigaciones etnográficas realizadas por José Camacho Zamora se mencionan plantas como el jocotillo cimarrón, cuya corteza se hierva en agua y empleaba para limpiar heridas, el pichichío (*Solanum mammosum*) es planta venenosa que se usaba en inhalaciones para despejar las vías respiratorias, las hojas del poró (*Erythrina poeppogiana*) eran

¹⁵⁸ En pequeñas dosis conducen al estado de trance (el adivinatorio, el curativo). Si creen que van a ver dioses, los ven y hasta pueden “conversar” con ellos; si piensan que van a ver a sus antepasados y saber sus necesidades, eso ocurre. Un fenómeno frecuente es el que ha sido llamado de “despersonalización” o “impersonalización”, que consiste en que se sienta él mismo (determinado chamán), pero también el otro u otros personajes, así el chamán emprende un inesperado “viaje” (Plutarco Naranjo, 2007, p. 205).

empleadas en las curaciones por los “sukias”; las hojas y tallos de la madera negra (*Gliricidia sepium*) se usaban para tratar problemas dermatológicos, mientras que la dormilona (*Mimosa pudica*) para curar trastornos estomacales y la escalera de mono cuyos bejucos se lavaban, raspaban y sumergían en agua tibia por una noche y se consumían en ayunas al día siguiente servía para combatir los parásitos, estos son solo algunos ejemplos de una muy amplia gama de conocimientos médicos tradicionales relacionados con las propiedades de las plantas (José Camacho Zamora, 1983)

Por otra parte, los animales también suministraron insumos para la curación de algunas enfermedades. Diego García de Palacio observó en su viaje a Honduras y El Salvador, que en un poblado llamado Ataco, en algunos venados que mandó a matar se hallaron unas piedras *que, probadas en enfermedades pestilentes, hacen el mismo efecto que las que se traen en dicha India* (León Fernández, 1881, p. 19). A Las piedras que provienen de cabras y venados se les ha dado diversas connotaciones, tanto para prácticas curativas como las señaladas, así como en el caso de personas cazadoras contemporáneas (un par de informantes adultos mayores de Guanacaste en el 2008) como amuleto de buena suerte en la caza, (en este último caso, cuidaban además de no matar a venados hembras para garantizar la caza futura).

Además de las plantas, animales, minerales y entre otros productos, en el proceso de sanación en el caso costarricense eran necesarios diversos objetos a los que se les atribuía un papel activo en el ritual de la sanación.

Según María Eugenia Bozzoli (1982, pp. 174-175) los *awá* usan un bastón¹⁵⁹, el cual es su insignia. Los mayores solían caminar con ellos para indicar su estatus, pero su significado es más profundo y está vinculado a su cosmovisión. Un médico de tradición indígena del Pacífico le explicó a la antropóloga su función, iniciando con el dibujo como personas de Sibö-SuLa en el tronco de balsa. Dichas deidades

¹⁵⁹ El bastón tiene una altura que llega hasta al pecho o más arriba del hombro cuando del *awá* (estando de pie) (mide entre 1.40 m a 1.70 m, pero puede variar entre uno y dos metros (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 176).

portan un bordón. Cuando el *awá* canta para curar¹⁶⁰ debe llevar su bordón (no hay consenso en si debe o no ser llevado entre los *awá* que Bozzoli entrevista)

... ellos creen que el bordón tiene que estar allí con uno porque eso significa que cuando uno está hablando está conectándose con Dios; está hablando con Dios por medio del bordón, allí uno lo sostiene con la mano, con cualquier mano puede sostener el bastón o la piedra. El bordón es para indicar que una persona es *sukia*, es para examinar, para probar si una cosa está bien o está mal. Hay otros que usan solamente el bordón y no usan la piedra. Esos son los /*bikakLa*/; ése no es *sukia*; nada más está acompañando, está examinando nada más; el /*bi akLa*/ trabaja con el *sukia*; por eso al bordón le llaman /*bikakLa*/... El bastón es como un poder que se le da a las personas” (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 175).

Doris Stone (1961, p. 95), señala que el bastón del médico o *awá* es uno de los símbolos más importantes de *Sibö*, siendo su origen anterior al nacimiento del mundo; para ese entonces *Sibö* tenía un bastón, *que, en cierto sentido, era su amonestador*”. En el caso de los *awápa*¹⁶¹, los bastones sirven en la interrogación que hacen a sus piedritas. Cuando realizan las preguntas, el médico de tradición indígena va tocando los nudos del bastón de abajo hacia arriba, *hasta que silbe la piedrita, aunque no todos los sukias oyen silbar la piedrita*” (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 91- 177).

De esta manera, los procedimientos eran de utilidad en algunas ocasiones, en otras no, pero independientemente de la situación tanto la persona enferma, como la familia de la cual formaba parte debían de prepararse y realizar las acciones necesarias y estipuladas socialmente.

¹⁶⁰ Los bastones también eran utilizados por los *bikakLas* cuando oficiaban los funerales. Otras personas que usaron bastones eran los reyes *bLu'* (*Ibid.*).

¹⁶¹ Para el siglo XX no se recuerda que los bastones de los *awá* estuviesen tallados, siendo estos lisos y sencillos (Etta Becker-Donner, 1966, p. 139). Sin embargo, Doris Stone informó que en el siglo XIX sí se tallaban con figuras, e ilustra uno de colección particular (1961, p. 95, en Bozzoli, 1982, p. 176). Según William Gabb (1875, p. 513), para su confección seleccionaban troncos de madera rojiza¹⁶¹ caídos. El *awá* cuando encontraba la madera no la tocaba, debía marcar el lugar. Pasaba por un proceso de purificación de 3 días antes de trabajar la madera. Estos troncos se creía que eran protegidos por una serpiente venenosa. Por esta razón, debían ayunar durante 3 días es para prepararse y de esta manera evitar que la dueña se vénganse mordiendo a la persona que talle el bastón (William Gabb, 1978, pp. 133-134).

Cuido de la salud en la cotidianidad: ejemplo de acciones para el buen vivir y estar bien

Las referencias etnohistóricas también permiten conocer acciones llevadas a cabo en procura de continuar con buena salud. Por ejemplo, para los bribri Henri Pittier señaló que cuando las personas emprendían un viaje y llegaban a la orilla de un río o de un riachuelo, uno de ellos tomaba una piedra y la mojaba, posteriormente rociaban con su agua la cabeza y los pies de sus compañeros, con el fin de evitarles enfermedades. De igual manera, cada persona debía mojar la culata de su escopeta o la madera de su arco, para que el producto de lo que cazaban no los enfermase. Señaló, además, que en la cuenca del Durui se ubica una angostura notable en donde el río corre por sobre un banco de arenisca muy compacta que se parece a un muro cerrando el acceso del valle. Este lugar era denominado Krá-wák-ska (cerca del banco) y al llegar a él “pagaban su pasaje” diciendo: “*daué-dju-ki sa é apátur*” (*igual pagamos para no enfermarnos*) y cada uno deja una prenda, tal como un mechón de cabellos o un pedacito de ropa, asegurándolo con una piedra. El que se dispensara de esta formalidad sería infaliblemente atacado por *ui-ri*, especie de calentura que es siempre mortal (Henry Pittier, 1938, p. 20).

Por otra parte, el autor señala que cuando los bribri y teribes (o térrabas) bajaban por primera vez a la costa, no se debía ver el mar sin antes haber sido mojado con agua salada. Por lo que se quedaba en el bosque a cierta distancia de la playa y uno de sus acompañantes llenaba una calabaza de agua de mar y la regaba en la cabeza del novato. Esto se realizaba con la finalidad de poder continuar y hasta embarcarse sin sentir mareos. En el caso de los térrabas, cubrían por completo la cabeza de quien no conocía el mar haciendo uso de 3 pañuelos sobrepuestos. Al llegar a la orilla, éste sumergía su cabeza directamente en el agua de mar (Henry Pittier, 1938, p. 20)

También existen cuidados relacionados con el tratamiento de los animales que se cazaban. Cuando un cazador mataba una danta, guardaba ciertos procedimientos reglamentados:

- 1º Debe descuartizar al animal sin quitarle el cuero, ni los huesos, ni ninguna otra parte, como los ojos, etc.
- 2º Ningún animal debe comer la carne fresca de la danta; ésta debe ser primero ahumada y luego cocida en una olla especial y sin sal.
- 3º Después de comer esta carne, es preciso lavarse las manos con un

cuidado especial. 4º El cazador no debe cohabitar con su mujer durante una luna. 5º La carne de danta no debe ser comida, ni aún tocada, por las mujeres y tampoco por los niños. De no observar estas reglas, uno se expone a morir de la enfermedad llamada *nair-söte-é* (esto es: la danta nos ha herido) o *se-chú*, la que se manifiesta por hemorragias nasales repetidas (Henry Pittier, 1938, pp. 20-21)

Existen animales que son considerados de mal agüero. Entre ellos se encontraba el Serafín de platanar (*Cyclopes didactylus*) y el pájaro llamado guaco o caracara (*Ibycter americanus*). Por ejemplo, los bribris decían: “*Uako, on tka ón, tauarca cher*”: “*Ya cantó el guaco tendremos catarro*”. Esta clase de resfriados solía tener consecuencias graves para dichas poblaciones. Lo anterior era compartido por los indígenas térrabas quienes predecían: “*Uako ti ton, oba konkon gui io-kin*”, es decir: “*Ya cantó el guaco, a alguien mordió la culebra*” (Henry Pittier, 1938, p. 21).

Respecto a los nacimientos entre las poblaciones talamanqueñas, se cuenta con múltiples referencias. Henry Pittier señaló que, al aproximarse el parto, la embarazada se retiraba de la casa a vivir sola en un rancho construido para tal fin a la orilla de un río o quebrada. Allí le podían servir otras mujeres de la familia. Sin embargo, era frecuente que el parto lo viviera sola, sin asistencia de ninguna clase. Al finalizar la mujer bajaba al río o a la quebrada y se lavaba, junto con su bebé. A partir del parto ella se convertía en *ña*, (impura); nadie se le aproximaba y ella podía entrar en la casa hasta que el *awá* hubiese ahuyentado este espíritu (de impureza) malo con sus repetidos cánticos. Una vez que contaba con la asistencia de dicho médico, la mujer se bañaba con agua tibia y restregaba con hojas de plátano. Por espacio de una luna, se debía lavar la boca con la corteza llamada *kapoli-jkwó*. También dejaba de tomar chocolate y de usar sal. Utilizaba como utensilios para comer y beber hojas, las cuales una vez que terminaba eran desechadas en un lugar apartado donde no llegan ni animales ni gentes; ya que de no hacer esto, si alguien pisaba dichas hojas podrían morir con dolores de estómago (Henry Pittier, 1938, p. 23).

Sin embargo, en caso de que en el alumbramiento de que el niño o niña naciera muerto, la tarea del *awá* era más compleja, debido a que la impureza es mucho mayor. Las ceremonias del *awá* debían repetirse por lo menos 3 veces y mientras nadie puede acercarse a la mujer que pare mal, de igual manera, no se

pueden tocar los objetos con los que ella hubiese tenido contacto. Sus parientes le brindaban la alimentación colocándolos en la punta de un palo muy largo y ella quedaba recluida hasta que el awá hiciera el procedimiento de purificación 3 veces en intervalos de 8. Para las primeras décadas del siglo XX el autor estimó que la paga era mediante el obsequio de un bien cuyo valor no era inferior a 3 o 4 pesos” (Henry Pittier, 1938, pp. 23-24).

Como señala Jorge Lines, *el bukurú* es un estado psicológico relacionado con la impureza y posesión de espíritus malignos, los cuales eran transmisibles, para lo cual se requiere de la intervención de un sukia o médico de tradición indígena. Uno de los *bukurú* más peligrosos residen en los cadáveres, por lo que hay que evitar tocar a una persona muerta y sus bienes. También las mujeres jóvenes en su primer embarazo tienen la influencia de un *bukurú* muy peligroso, una impureza transitoria que puede infestar a toda la comunidad. A estas mujeres se les realiza el mismo procedimiento para su purificación. Es quizás el *gnia* o *ñaia* (ña) una de las impurezas más conocidas. Consiste en entrar en contacto con cosas sucias, para éstas es preciso realizar la purificación del lavado de manos en agua caliente, las oraciones y bocanadas de humo por parte de una persona médica, pero no requiere de la abstinencia. Para el tratamiento se debe evitar consumir alimentos con sal, beber cacao, usar tabaco y no cohabitar con sus cónyuges. Una vez finalizado el tiempo de abstinencia de debe buscar a un médico quien lo purifica con sus oraciones, agua caliente y humo de tabaco (Jorge Lines, 1938, pp. 419, 421-422)

Por su parte, en las actividades especiales como las ceremonias funerarias, los ritos enfatizaban la *continuidad e inmortalidad del Clan y el regreso del espíritu del muerto en otra existencia corporal*. Las creencias, por ejemplo, en espíritus de las montañas, criaturas habitantes de los bosques eran comunes. Los tabúes y los mandatos para los clanes buscaron la armonía social, en relación con actividades como la explotación de los recursos, así como la organización social como cuando había problemas por la sucesión del poder (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 38). Así, las actividades especiales, estaban íntimamente relacionadas con las prácticas cotidianas y la cohesión social.

Desde la selección de los espacios para la habitación, hasta los productos que pueden ser consumidos por los diversos clanes, están relacionados con el vivir bien, tanto para las poblaciones indígenas, como para los ibéricos. En, 1570 un vecino de Cartago, Pedro Gallego, resaltó las bondades de la tierra donde se ubicaba la dicha ciudad y sus alrededores: *Dónde esta ciudad que está poblada en medio de entrambas mares (...) es un valle muy fresco y muy deleitoso y de muy lindo temple, más frío que caliente. Tiene muy buen cielo y suelo y tanto de las cosas así frutas como verduras de castilla será mejor allí que en ninguna otra parte de todas las Indias. Háse probado a sembrar trigo y dáse muy fértil y muy bien*” (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 89). Las características anteriores, resaltan la posibilidad de la seguridad alimentaria, tema crucial entre las personas que conquistaron Costa Rica, como se indicó en apartados anteriores en este documento.

Esta temática fue resaltada por el gobernador Arias Maldonado a inicios del siglo XVII en el Valle de Duy Talamanca cuando fue con intensión de conquistarla:

“...la tierra es muy fresca y muy abundante de todos géneros de frutos de la Tierra; la que llaman los Tariacas; y de todas las demás parcialidades del contorno vienen a esta playa hacer sal y rescatar cacao que hay mucho. En esta tierra ahí lavaderos de oro en los ríos y quebradas en él; no los cateé por no parecer codicioso, sino sólo hacer las diligencias que más importaban que fue coger indios, como en efecto cogí el caciquillo con toda su familia y otros cuatro indios del medio de Talamanca que habían venido a matar tortugas llamanse Ateos. La Ribera de un río que se llama Coín (Coén). por esta parte en vez conocido y e visto el poderse hacer la conquista de la Talamanca y Valle del Duy” (Manuel María Peralta, 1886, pp. 52- 54, en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 154).

La cita anterior permite diferenciar el significado de *estar bien* según las intenciones del conquistador en cuando a lo que representa su visión de mundo y relación con el medio y la población (para explotarla), versus el aprovechamiento de especies como las tortugas realizadas por las poblaciones nativas posiblemente para su sobrevivencia.

El cuidado y atención de la salud como dispositivo de resistencia y poder por parte de las poblaciones “subalternas”

El abordaje de temas vinculados a la hegemonía y legitimación del conocimiento, así como muchos otros relacionados con la dominación y el poder, debe hacerse con un enfoque diacrónico e histórico. Así como es incorrecto creer que en la antigüedad todas las poblaciones presentes en el continente americano eran semejantes en sus sistemas de creencias, estrategias de subsistencia, economía y organización política, durante la época colonial la manera en la que se dieron los etnocidios, procesos de control y explotación de personas europeas y criollas sobre los pueblos indígenas y africanos varió según el espacio geográfico, época y capacidad real de dominación.

Si bien, existió una geopolítica implementada a través del colonialismo en los continentes americano y africano y posteriormente en los otros, la geopolítica trascendió aspectos de índole políticos, económicos y religiosos. El colonialismo permitió, además, la consolidación de sistemas de creencias gestionados por un segmento de la población que se interesó en imponer concepciones generalmente negativas y peyorativas, sobre la otredad desconocida, basada fundamentalmente en la categorización de las personas según castas y etnia (conocido como raza), clase social, linajes y cultura.

El choque cultural con las consecuencias ya conocidas también respondió a un choque a nivel ideológico entre los diversos pueblos étnicos de la época (africanos, americanos y para el caso asiático inicialmente de las personas de las islas Malucas y posteriormente, las de Filipinas, en su choque con los de origen europeo. Lo anterior conllevó a una imposición de cambio social acelerado y abrupto propiciado por los colonizadores y sus descendientes, sobre los pueblos autóctonos. Sin embargo, dicho cambio nunca fue completo. Por otra parte, como bien señala Immanuel Wallerstein (2004, pp. 20-21), existió también el “cambio normal”, mediante el cual se daban propuestas alusivas a las necesidades del momento, propuestas que imponían mediante el poder físico, ideológico y psicológico el control de las instituciones económicas y culturales de los pueblos, en este caso originarios.

El poder no es un “objeto-algo” que se conquista, posee o mantiene una persona o conjunto respaldadas de instituciones o estructuras, sino que se concibe

de manera relacional acorde con las circunstancias específicas según el caso. *El poder no es, una cualidad adherida a una clase “en sí” (españoles), en el sentido de un conjunto de agentes, sino que depende y deriva de un sistema relacionista de lugares materiales ocupados por tales o cuales agentes”* (Nicos Poulantzas, 1979 pp. 177-178).

Es un error concebir poder como ejercicio de dominación de un pueblo o cultura sobre otro. Los estudios del cuerpo permiten retomar las dimensiones *epistemológicas y existenciales del cuerpo-razón o naturaleza-cultura* como constructo de la modernidad, dando pie al abordaje de la *verdad del sujeto* (con su dimensión subjetiva) como base para la cultura desde sus diversas realidades según sexo, “raza” (etnia), edad, género, clase, entre otras categorías que claramente fueron de peso durante el proceso de conquista y colonialización de América (Sandra Pedraza, 2010, p. 8)

Como se ha retratado en la presente investigación, el estudio de los documentos etnohistóricos, históricos y etnográficos son fundamentales para la comprensión de las características específicas de las diversas poblaciones al momento de la conquista, los procesos de etnogénesis, mestizaje e inclusive para la comprensión de las fronteras políticas, económicas, sociales, territoriales e ideológicas de las poblaciones. De esta manera, brinda elementos claves para la comprensión del universo de significados culturales propios de la época y la identificación del papel de los sujetos como parte de la colectividad, así como para la identificación y comprensión de las formas de organización social, los roles de los diversos pueblos y personas, en torno a la captación de recursos, cuidado a la salud y otros aspectos necesarios para la sobrevivencia de los diferentes colectivos. Se ubica en el contexto histórico la diversidad social y étnica que se comenzó a gestar a partir del siglo XVI, cuando la colonización europea estableció relaciones de poder y explotación que han permeado las relaciones sociales y económicas hasta el día de hoy (Aníbal Quijano, 2007).

La violencia ejercida sobre las poblaciones autóctonas, africanas y mestiza se puede identificar mediante el abordaje de los hechos de violencia física y también la simbólica. La violencia evidencia no sólo la conflictividad existente, sino las pugnas por el ejercicio del poder y los procesos de negociación en una época tan conflictiva

como la colonial. La disputa, en este caso por quiénes y cómo se ejercía el cuidado y sanación de los cuerpos (el poder por ejercer el conocimiento), se dio en diversos espacios y entre los pueblos étnicos y el mundo colonial, así como a lo interno de las propias comunidades; ya que, tras la introducción de los mecanismos convencionales de la salud “occidental” (los cuales pudieron ser asumidos por algunos miembros de la comunidad), también se pudieron presentar conflictos a lo interno de éstas comunidades, principalmente respecto a quién podía curar y bajo cuáles conocimientos (Raúl Arias, 2002; María Eugenia Bozzoli, 1982, entre otros).

Por su parte, como se ha señalado con anterioridad, la resistencia-asimilación no se presenta necesariamente en forma opuesta o dicotómica. La asimilación puede esconder formas de resistencia en la medida que hay una nueva lectura de esos elementos hegemónicos insertos en otra dimensionalidad simbólica. Si bien, en la época colonial es poco habitual encontrar documentos escritos en donde las poblaciones subalternas describan su resistencia, la descripción de algunas prácticas culturales como el uso de las piedras adivinatorias, el sanar con plantas y animales, así como el acudir a especialistas de tradición indígena para el cuidado de la salud es una evidencia de la continuidad de las prácticas ancestrales, resistencia y el vínculo de las poblaciones con su historia profunda.

Ejemplo de lo anterior, es el significado que encierran dichos artefactos, si bien para los conquistadores eran artefactos mediadores de los “brujos o hechiceros con el diablo”, para las personas indígenas encerraban un significado completamente diferente:

Para las personas indígenas los bienes utilizados en los procedimientos de curación implementados por los awápa no actúan por sí solos, así como los mismos médicos tampoco lo hacen. Para ellos eran más importantes las palabras empleadas en los rituales, los cantos y las danzas, o la manipulación de objetos. Lo anterior genera confianza lo que los lleva a creer que los procedimientos son eficaces y con ello mayores posibilidades de ser curados¹⁶² (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 200).

¹⁶² Moerman (en María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 199-200) explicó el efecto de los factores simbólicos sobre la fisiología humana, haciendo uso de investigaciones recientes en medicina psicosomática, bio retroalimentación, e interacción entre huésped y elementos patógenos. Concluyó que hay vías que ligan los estados fisiológicos con los estados mentales. Los símbolos tienen

El papel de las personas encargadas de orientar las acciones ideológicas, políticas y sociales de las poblaciones indígenas fue reconocido por los conquistadores. Como señala Juan Carlos Solórzano (2013, p. 132), los españoles prontamente comprendieron la importancia de los médicos de tradición indígena (chamanes) y del usékar y del poder que ejercían en las poblaciones indígenas, en la siguiente cita además se aprecia el choque cultural que esto representó:

“... señala dos sacerdotes, Qué son yndios hechiceros á Quién es con mucha frecuencia da el demonio las respuestas de lo que se le consulta, y ellos le dan al pueblo, por lo cual son tenidos en mucha veneración, considerando en ellos algunas calidad divina, como profetas que les previenen las cosas futuras y que ande suceder, y les dan noticia de las que suceden en otras partes distantes y remotas de las suyas” (Manuel María Peralta, 1886, pp.25-26 en Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 132).

Desde épocas antiguas los awápa (y otros nombres dados según la etnia y época) han ocupado un papel central en la vida de las comunidades, eran respetados y las personas acudían a su consulta. Todos ejercían autoridad o liderazgo en la parentela inmediata.

María Eugenia Bozzoli señaló que algunos mayores tenían una familia muy grande porque siendo poligínicos¹⁶³, tienen una gran red de parentela política, y han tenido muchos hijos y nietos. Para dimensionar lo que esto significaba a inicios de la década de 1980, en la biografía de uno de los sukias de Salitre, se reportó 13 señoras y 56 hijos. Además de ellos, otro sector de influencia es el clan al que pertenecen, seguido de su vecindario por valle de río (María Eugenia Bozzoli, 1982, p. 181).

Para María Eugenia Bozzoli, la personalidad social de los awápa o sukias es la de personas acostumbradas a recibir atención. Cuando llegaban a las casas de sus pacientes se les ofrece la hamaca para asiento y sirve la comida de preferencia. Provocan curiosidad, interés, temor, escepticismo y otros sentimientos entre extraños. Pero sus pacientes que creen en ellos. Los awápa *que han tenido éxito son*

consecuencias fisiológicas debido a la comunicación entre la corteza cerebral y el hipotálamo. A lo largo de miles de años, la experiencia confirmó al indígena lo que nosotros conceptualizaríamos hoy como unidad completa de cuerpo y mente, cuerpo y espíritu. La eficacia simbólica depende de que el especialista y el paciente compartan una misma visión del mundo, de que se “entiendan” consciente e inconscientemente.

¹⁶³ Tipo de relación institucionalizada de parentesco en el cual un hombre puede tener una o unión conyugal con varias mujeres sean o no esposas o concubinas.

inteligentes, activos, y suelen contarse entre los hombres ricos de sus localidades, es decir, están entre los que tienen fincas y casas grandes (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 177- 178).

En relación con el cuidado de la salud, las poblaciones de las diversas etnias tuvieron puntos de coincidencia. Españoles e indígenas estaban de acuerdo, por ejemplo, en que las enfermedades epidémicas eran una forma *terrible e inequívoca de castigo divino*. También se asumieron concepciones de las otras poblaciones ante las enfermedades que eran desconocidas en el continente americano. Por ejemplo, se interpretó la peste como signo de desagrado de Dios o las deidades, noción de origen español que se trasladó a otros pueblos étnicos y que procedía del Antiguo Testamento y se mantuvo en toda la tradición cristiana. Los indígenas *coincidían con ellos, al carecer de experiencia en algo que remotamente se pareciera a la serie inicial de epidemias letales, sus doctrinas religiosas reconocían que había un poder sobrehumano depositado en divinidades cuya actitud hacia los hombres era a menudo de enojo*. Por lo que les asignaron a estas enfermedades sin precedentes la causa sobrenatural que los misioneros españoles buscaron inculcarles para convertirlos al cristianismo, asombrarlos y desmoralizarlos (William McNeil, 1984, p. 208), en otros casos, como los señalados en diversas fuentes en Costa Rica, se asoció la presencia de los españoles y criollos en territorios como Talamanca con enfermedades fatales.

Situación semejante sucedió con la lepra,

Estos enfermos fueron considerados una amenaza para la comunidad por ser a un tiempo contagiosos y pecadores; entonces su repudio, además, tomó forma en la vía legal e institucional al ser sentenciados al confinamiento. Esta respuesta social fue la medida más práctica para preservar la salud de la población y así disminuir el miedo que se sentía por la lepra, pero además lleva implícito el reconocimiento de esta enfermedad como un serio problema de lo que hoy se denomina salud pública. Sin que la idea del contagio fuera claramente conocida (Márquez, 1994:109), desde el siglo VI algunos concilios ecuménicos recomendaron el aislamiento de estos enfermos, y en muchas ciudades se dictaron feroces ordenanzas para su encierro y muerte civil (Sendrail, 1983:235); por ejemplo, en 1179 el Tercer Concilio de Letrán postuló que los leprosos debían segregarse (Moore, 1989:66) (Miriam Beltrán y María del Carmen Sánchez, 2009, p. 152).

En Costa Rica la ausencia de especialistas médicos europeos durante la mayoría de la época de conquista y colonia propició una diferenciación con otros centros poblacionales en el continente americano. Un aporte de la presente investigación es el considerar que este factor les permitió a las poblaciones vulnerabilizadas por el proceso de etnocidio y dominación, ejercer el poder emergente mediante el cuidado a la salud. Si bien los cuerpos eran el territorio para conquistar, dominar y controlar, éste (refiriéndonos al cuerpo colectivo, el de las diversas poblaciones) pudo sobrevivir gracias a los conocimientos médicos tradicionales de las diversas poblaciones, sin embargo, las diversas personas utilizaron las medicinas autóctonas del continente americano, siendo el cuidado de los cuerpos y la salud un dispositivo de poder subalterno. Lo anterior, debido a que, como se evidenció en apartados anteriores, desde el inicio de la conquista fue de suma importancia para las europeas y africanas el conocimiento médico indígena, las propiedades de sus medicinas para su sobrevivencia en un continente desconocido, de ahí los inventarios de plantas, minerales y animales medicinales.

De esta manera, el cuidado de la salud puede ser otro ejemplo de cómo el conjunto de conocimientos es útil para la defensa de las poblaciones ante el sistema dominante, brindando un poder alternativo como señaló Pablo González Casanova (2004, p. 288) que le permitió a las poblaciones además de su búsqueda por sobrevivir, ejercer agencia sobre su salud, uso del medio, así como conservar cierto pluralismo religioso, ideológico, y en algunas poblaciones (principalmente las de los lugares de resistencia) autonomía sobre el cuidado de los cuerpos. Lo anterior no significa que hubiese aceptación a las diversas prácticas, ya que, desde las poblaciones españolas, criollas y algunas mestizas se concebían las prácticas curativas de origen indígenas y africanas como hechicerías, pero dada la carencia de médicos europeos aprovechaban el conocimiento de las poblaciones a quienes criticaban, por ejemplo, de las plantas medicinales en sus propios procesos terapéuticos.

Lo anterior es posible que la permanencia de los conocimientos relacionados con la medicina de tradición indígena y africana desde épocas antiguas hasta el

presente pudo verse beneficiado con el hecho de que dentro del cristianismo y sus practicantes se ha reconocido las propiedades curativas de las plantas, esto porque su uso también tiene una tradición de larga data en el viejo continente, como se evidenció al inicio del presente documento.

El principal problema para la población ibérica no fueron las prácticas curativas y medicinales (principalmente herbolarias), sino las creencias en torno a la comunicación e intermediación en el cuidado con la salud que establecían los especialistas indígenas, africanos y afroamericanos con las entidades espirituales, deidades, etc. y que contradecía el papel hegemónico que las personas europeas brindaban al monoteísmo (cristiano) y la institucionalización que regía los sistemas de creencias. De ahí la necesidad que tuvieron de perseguir a los y las médicas de tradición indígena y africana, acusándolos de idólatras, hechiceros, aliados del diablo, contrarios a dios y muchas otras expresiones ampliamente documentadas.

Sin embargo, para las personas indígenas convertidas al cristianismo, no necesariamente representaba un problema utilizar un sistema de cuidado de la salud mixto (de origen europeo e indígena) evidenciando el sincretismo que es común en el continente americano como documentó la antropóloga María Eugenia Bozzoli,

Bueno, por creer yo en el Hijo de Dios, como mi salvador, porque a según ellos dicen que ser un sukia no tiene la salvación, no puede entrar en el cielo; cuando muere tienen que hacer una ceremonia para poder que uno pueda entrar en el cielo. Pero como ahora ya en estos tiempos no hay tantos sukias que la hagan, lo van a enterrar a uno sin hacerle la ceremonia. Los otros sukias son malos, entonces ellos creen que no se puede así en el cielo. Cuando me dijeron las cosas de Dios pensé que eso podía ser cierto. Entonces abandonaré lo que eran las piedras y jamás volví a cantar los cantos de sukias. Los sukias siempre hacen mal; ellos hacen mal cuando se ponen bravos, entonces van y maldicen la gente y entonces la gente se pone enferma, y se les trastorna la cabeza, se les pierde la mente, se ponen como locos. Eso tiene cura, pero tiene que llamar a otro sukia para curar eso, ellos dicen que sí se cura, yo eso no lo hice. Todo lo que el sukia hace lo hace en el nombre de Dios, por eso se hace la figura de dos personas, y esas dos personas significan el Padre y el Hijo. Se hacen dos divisiones en el balso; en el medio se hace la línea. En la primera, mitad va el Padre y el Hijo, en la otra mitad las figuras de las enfermedades... (María Eugenia Bozzoli, 1982, pp. 183-184).

El proceso inconcluso de colonización y dominio en el continente americano afortunadamente impidió la posibilidad de erradicación de todos los conocimientos autóctonos y de las diferentes poblaciones que se movilizaron a América, inclusive

las que no llegaron, pero cuyos conocimientos eran importados como parte de las prácticas de sanación de las personas europeas y africanas. El colonialismo interno y las relaciones de explotación fueron las estructuras de poder (como señaló Marcos Roitman, 2015, p. 28) que determinaron los regímenes políticos en América Latina, no obstante, el debate teórico sobre dichas estructuras y el tema que se aborda en la presente investigación, permite visualizar la permanencia de los conocimientos de cuidado antiguos en la sociedad costarricense.

El conocimiento es poder y el poder se gestiona políticamente: ¿cómo incidió el sexo de las personas en el ejercicio del cuidado a la salud?

En la Europa cercana al proceso de conquista y colonia el conocimiento sobre la medicina recaía principalmente en hombre. Existió una creencia arraigada en que algunas de las enfermedades eran provocadas por brujas malignas, siendo inclusive Paracelso (nacido en 1493) una de las personas que consideraban que muchas enfermedades y tempestades las ocasionaban las brujas malignas.

El ejercicio de la dominación y control que ejercían las personas dominantes sobre las poblaciones europeas señalaba a las mujeres como seres *con mayor tendencia que los hombres a las artes diabólicas*. En las obras completas de Paracelso, por ejemplo, se encuentran varios pasajes que denotan el miedo irracional a las brujas que se creía tenían capacidad de ejercer un peligro omnipresente. *De un enemigo que nos amenaza con armas y artillería podemos defendernos, podemos probablemente huir de él y ocultarnos a su vista. Contra las brujas, en cambio, no sirven escudos ni armas, ni puertas ni cerrojos: pues ellas lo atraviesan todo, todo les está abierto*". Agrega además que *las brujas son las criaturas más dañinas y los enemigos más encarnizados que tenemos sobre la tierra*" y por eso *"no es inicuo, ni injustificado condenarlas a la quema* (Kurt Baschwitz, 1998, p. 14).

El machismo y el confinamiento de las mujeres a los espacios privados u domésticos (Mónica Erasmo, 2016), justificó una violencia estructural que inclusive hoy día no ha desaparecido. La asociación femenina con el mal tiene inclusive raíces en el antiguo testamento ya que se le culpa de ser responsable del pecado original.

De esta manera, *los hombres establecían una rigurosa distinción entre la canalla bruja y los diestros magos* (Kurt Baschwitz, 1998, 55)

La creencia en la magia y la brujería estaba muy arraigada en Europa desde épocas antiguas, incluso previo al cristianismo, así como la persecución por las autoridades desde la época romana. Desde esta época la brujería se asociaba principalmente a fenómenos negativos como maldiciones. En el cristianismo se le atribuyó pactos con el diablo, *se trataba de un fenómeno que implicaba a la vez la esfera religiosa (por tratarse de una herejía) y la secular (al causar, supuestamente, daños a la comunidad), a menudo generaba un conflicto entre estas autoridades para decidir quién se ocupaba de juzgar los actos de brujería* (Abel García, 2022, s.p).

En diversas culturas alrededor del mundo, las mujeres han sido personas sabias que sanaban o se dedicaron al cuidado de la salud en espacios domésticos y comunitarios. Ejemplo de ello las herboristas o herbolarias, quienes conocían las propiedades curativas de las hierbas y las utilizaban haciendo uso de prácticas ancestrales que podían incluir rituales en donde se recitaban *fórmulas mágicas*. Algunas de estas mujeres eran caritativas al atender una inmensa mayoría de enfermos que eran asistidos por médicos. Estos médicos, a su vez, solían ejercer su profesión haciendo uso de *quiméricos artificios astrológicos y mágicos, por lo cual el doctor Wiero les atribuía el nombre despectivo de “incultos bribones de la Medicina”*. Por su parte, las mujeres sanaban colocando su mano sobre el órgano enfermo, o conversando sobre la dolencia, también podían elaborar otros objetos protectores contra los maleficios bruja y brujeriles (Kurt Baschwitz, 1998, pp. 57-58).

Si bien la brujería se asocia con la Edad Media, fue hasta el Renacimiento que la cacería de brujas se practicó con regularidad, siendo su apogeo durante la edad media. Lo anterior fue propiciado por el libro *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas) en 1487, manual principal para identificar, capturar, interrogar y castigar a las personas culpables de brujería (fundamentalmente mujeres). *Teólogos y la propia Inquisición criticaron el libro, que contradecía posiciones oficiales de la Iglesia en cuanto a la magia y la brujería y autorizaba el uso de la tortura para*

obtener confesiones. Todo eso no impidió que fuese ampliamente utilizado como manual de referencia tanto por autoridades religiosas como seculares. (Abel García, 2022, s.p).

A pesar de todo, la Inquisición papal no podía compararse a la Inquisición española, la cual, sin duda, debía presentarse al Inocencio VIII como modelo de necesaria imitación, a través de la intensificación del terror colectivo, en Alemania. La Inquisición española podía prescindir de este medio, habida cuenta de que asentaba su poder en bases completamente distintas. No solo se hallaba sometida a la autoridad del Papa, sino que era responsable también ante el rey. En 1478, el precursor de Inocencio VIII se había visto obligado a conceder a Fernando el Católico la prerrogativa de nombrar un inquisidor general especial para España. Este rey y su esposa, Isabel de Castilla, presentaron el juramento tradicional –en ocasión de su coronación como soberanos del país unificado por sus herencias y su matrimonio- de conceder la equiparación de derechos y la libertad de culto a todos sus súbditos, cualesquiera que fuera su religión. Tan solemne promesa, sin embargo, no constituyó obstáculo para aniquilar la libertad de culto a todos sus súbditos, valiéndose, por lo demás, de la Inquisición como de un eficaz instrumento político para la consolidación de su poder (Kurt Baschwitz, 1998, p. 91).

Con el surgimiento del cristianismo imperial en el siglo V, se realizó la transformación del ser humano en sujeto incorpóreo, como una de las principales construcciones teóricas que sirvieron para justificar los procesos de dominación. De esta manera, la espiritualización del ser humano lo visualiza como un individuo separado de su matriz social, anulando su “corporeidad material y social” posibilitando el despotismo de la ley *y sus mecanismos sacrificiales y desembocando en lo que Hinkelammert llama formalismo antropológico occidental, que surge de la misma constitución del sujeto-individuo moderno, la defensa a ultranza de la propiedad privada y el fomento de los valores mercantiles.* Siendo esta ideología del sometimiento un mecanismo de orden social medieval de la cristiandad, así como de la modernidad europea que se ha impuesto en el mundo entero para lo cual se puso la teología al servicio del poder (Carlos Molina, 2017, pp. 1, 10, 18).

En Costa Rica se registra una consulta por supuesto caso de brujería. El 28 de septiembre de 1775 se comenzó a tramitar en Cartago, es la única cuya documentación se conserva. El expediente fue tramitado ante el Alcalde de la Santa

Hermanidad y para proceder de la mejor manera, se consultó al Asesor de Nicaragua, como procedía en esos casos. El informe enviado por dicho asesor, Lic. Enrique del Águila, trató de despreocupar a la población y que se procediera de la mejor manera (Anastasio Alfaro, 1961, p. 67), a continuación, algunos extractos del texto.

El Asesor ha visto estos autos que de oficio se han seguido contra María Francisca Portuguesa y Petronila Quesada, a quienes se les imputa, a la primera estar en ilícita amistad con Matías Quesada, y a las dos el ser brujas o hechiceras: que la primera tenía unos calabazos de polvos; -a la segunda, que habiéndose concertado con la primera para huirse, estando escondidas cantó un animal, al que le habló, y le dijo a la compañera que este animal le advertía cuando hablaban de ella y le avisaba que aquella noche venía su hermano por ella, porque a su madre le había avisado que se querían huir y aquella misma noche las prendieron. Ambas dos se imputan tener un muñeco negro con alfileres para ligar a los hombres y que las dos no saben la Doctrina Cristiana...

Estos son los delitos que se imputan a las dos mujeres por haber adolecido Matías Quesada de una ulcerita en las partes pudendas, y se creyó ser hechizo, y para su curación se llamó a un indio nombrado Manuel de la Cruz Méndez, quien le curó...

Volviendo a los delitos imputados a estas dos mujeres, parece que dió motivo a inquirirlos una ulcerita de que adolecía Matías Quesada, que se dice tenía ilícita amistad con la Portuguesa y así se atribuyó a maleficio o hechizo por no haber podido sanar de ella. Si esto se atribuyera a maleficio apenas habría en el mundo quien no se quejase de esto, ya en la cristiandad en donde se ven varias enfermedades de estas, unas veces provenientes de la mala complexión del paciente otras de accesos carnales con mujeres dañadas que en su punto tienen el humor gálico bastante, no sólo a causar estas dolencias sino a que en el acto quede muerto el incauto que tiene acceso a ellas como se ha experimentado varias veces. Ya en otros países que no profesan nuestra religión, a los cuales habitantes no se les hace pecado estos accesos y gozan una, bien que reprobable, libertad de conciencia en este punto. Los efectos naturales nunca se pueden atribuir a maleficio, principalmente si son enfermedades por incógnitas que sean, muchos médicos porque no conocen el accidente o porque no lo pueden curar, por ocultar su ignorancia o por afectar su ciencia. si logran su curación atribuye a maleficio la enfermedad: si otro médico porque tiene conocimiento de la enfermedad, la cura, el médico que no pudo curarla o el vulgo hace al otro médico sospechoso, de hechicero como le sucedió a Galeno en Roma, que por haber atajado con la sangría una fusión que el médico Erafiestrato no había podido curar en mucho tiempo, se hizo sospechoso del arie mágico. Si el enfermo llega a sanar sin el auxilio del médico que le dejó desesperado en la sanidad, el más piadoso lo atribuye a milagro, todo lo que es efecto de la naturaleza...

Muchísimas veces acontece que algunos hombres y mujeres de quienes hay un rumor vago que son brujos o hechiceros, fingen para que otros les tengan miedo les den lo que quieren. o por entretenerse las más veces, que es lo más común, tener polvos o conocer las hierbas que tienen tal y tal virtud, y examinando el caso no se halla otra cosa de sustancia más que engañar a aquellos mismos que están preocupados con esta imaginación...

Que aquella misma noche en que se hablan escondido, las aprisionaron, lo que dijo la Petronila si se probase que en la realidad así sucedió y que el animal se los avisó, no hay duda alguna que merecerían un severo castigo. y ya no era esta causa de las que se pueden conocer el Juez Secular, sino el Santo Tribunal de la Inquisición (por no poder ser de otro modo que por pacto explícito o implícito con el Demonio) a cuya prudencia se deja inquirir esto: pero sin el auxilio del animal (que no se prueba ni en uno ni en otro) bien podrían las dos inferir que en aquella noche las habían de buscar y por consiguiente aprisionar. Esto mismo sucede a cualesquiera niños que se jubilan de la escuela, esconderse éstos, y el temor que tienen del maestro o de ser hallados. les está representando que los están buscando y que ya los hallan, como no tienen mayor habilidad para ocultarse se meten debajo de una cama. detrás de la puerta, en un cuarto o en los lugares excusados de la casa: manda el maestro por ellos y cuando piensan que no los han hallado, como están dentro de la misma casa, dan con ellos: el más advertido cuando le castigan, le dice al otro: no te lo dije que nos habían de hallar, y con el maestro uno y otro se disculpan, imputándole al otro la culpa. En saliendo del suplicio, se consuela el uno con decirle al otro: mira cómo adiviné. ¿Habrá aquí? alguna? brujería o mágica? No, por cierto. En las referidas mujeres se ha de suponer muchas cosas. La: primera su imbecilidad. el miedo o pavor es connatural a ese sexo, como el espanto de cualquier accidente. Lo segundo haberse divulgado el rumor vano de que eran hechiceras. El ser muchachas, pues la una tiene veinte años y la otra es de diez y ocho años: y lo tercero, su suma curiosidad. Sólo la voz vaga de que eran, hechiceras (aunque en la realidad no lo son. ni se prueba en manera alguna) era suficientísimo para atemorizarse y procurar su ocultación. No hay niño que cuando se ofrece, hablando de brujas, no oiga los cuentos con pavor, y lo común que dicen es: que las queman vivas Bastante es esta aprensión para procurar la fuga: las mujeres, aunque estén inocentes, por miedo de la pena, aunque no lo sean, dicen que lo son: otras por entretenerse o porque les tengan miedo, cuenta que saben del arte, que lo aprendieron de fulano o fulana. en una cueva, y que cuentan lo que han oído a algunas viejas. Como ellas estos cuentos los relatan, a otras haciéndose cómplices, una vez que haya algún rumor de que fulana ha dicho que es bruja. es indispensable que lo teman y. que procuren huirse. Por tanto, el Santo Tribunal de la Inquisición, cuando ocurre un caso de estos, lo mira con mucha lentitud y prudencia, porque muchas veces acontece que los que se han jactado de hechiceros o brujos han dado únicamente en esta fatuidad haciéndose autores de lo que no son.

El asunto del muñeco negro con alfileres es tan antiguo en el Mundo, que apenas habrá ciudad y pueblo en que no se cuente haber allí sucedido. De Isaac Aaron Griego, se dice: que en una caja de tortuga tenía la imagen de un hombre con grillos en los pies y un clavo en el corazón; si esto se probara como correspondía, no podía suceder sin pacto con el diabólico, pero en tal caso parece que sería ocioso el muñeco y los alfileres; lo primero por la ninguna que tiene esta figura y los alfileres con aquel a quien se pretende hacer mal; lo segundo, porque estando distante la causa de efecto, sin dependencia alguna de este a la causa, nada podría operar en él; lo primero, porque supuesto el permiso o licencia que Dios Nuestro Señor diese a la bestia infernal para contraer este pacto, hacer estas travesuras y estar a la devoción del brujo o hechicero, ningún papel hacía el muñeco ni los alfileres; pues el demonio como inclinado a dar gusto al hechicero o hechicera, en virtud del pacto, bien podía causarle aquellas enfermedades o dolores que quisiere el hechicero sin el auxilio del muñeco. Dice el Asesor, supuesto el permiso o licencia que Dios Nuestro Señor diese a la infernal bestia, porque es de fe que no tiene libre albedrío ni libertad alguna el demonio, sus secuaces y los miserables condenados, y así permitiéndoselo Dios, bien puede hacer éste y otros prodigios; si lo hace o no, en éste u otro caso puede liquidarlo la prudencia y discreción del Juez. Pero ni es de creer que Dios permita que el demonio preste su asistencia a todos los perversos que la solicitan, ni que le dé tanta libertad (Anastasio Alfaro, 1961, pp. 67-76).

Del texto se desprende que las imputadas eran mujeres pobres que posiblemente al menos una de ellas vivía o “trabajaba” para el Matías Quesada en Cartago, quien manifestó una posible enfermedad venérea la cual fue tratada exitosamente por un médico de tradición indígena. Lo anterior es de resaltar, porque se tenía acceso a este tipo de médico en la capital colonial de Costa Rica inclusive a finales del siglo XVIII.

Además, a las mujeres se les cuestiona el tener supuestamente un muñeco negro con alfileres para ligar a los hombres y que las dos no saben la Doctrina Cristiana. Lo anterior podría deberse a que son mujeres que no residieron por mucho tiempo en Cartago, o lo más seguro de origen africano o afrodescendientes (*e. g.* mulatas), esto por la referencia al muñeco con alfileres, lo cual es atribuido a prácticas vudú principalmente en las Antillas.

Es de interés el análisis realizado por el “Asesor”, quien tenía conocimiento de las características, así como casos de falsa hechicería en Nicaragua, Guatemala y Perú, entre otros lugares, y justifica su respuesta haciendo uso de dicha información contextual en dichos lugares. Además, al transcribir que la “ulcerita” fue curada por

“un indio nombrado Manuel de la Cruz Méndez” (con lo que se evidencia el uso de medicina indígena por parte de gente no indígena en la capital colonial costarricense).

No era usual que los encargados de resolver asuntos relacionados con la hechicería concibieran primero la ignorancia de las personas antes que la posibilidad de los “tratos con el demonio”, además tratándose de mujeres étnicamente “diferenciadas” y vulnerabilizadas por las prácticas coloniales. Lo anterior, posiblemente se deba a la concepción que se tenía de las mujeres como reproductoras de la fuerza de trabajo, al que eran vistas más como una mercancía o como inferiores (citando a Franz Fanon “subhumanas”), así como a una concepción más moderna sobre el derecho, e incluso, para evitar que se difundieran más casos de este tipo en Costa Rica por el temor que podrían causar entre los vecinos de Cartago y de la provincia de Costa Rica en general.

No obstante, el pensamiento “avanzado” del Asesor se mezcla con juicios de valor sobre la veracidad de las prácticas de las supuestas personas hechiceras y sus implementos. Continúa usando algunos parámetros religiosos arraigados en el estrabismo como el papel preponderante y las capacidades de actuación que tiene el demonio, independientemente de quien se trate, por lo que se logra apreciar una mezcla de creencias religiosas y laicas, así como incompreensión a algunas manifestaciones culturales de las personas étnicamente diferentes.

Por otra parte, el texto denota egocentrismo, clasismo e intolerancia al referirse peyorativamente sobre las personas que creían en la “brujería o la magia” al tratarlas de imbéciles, de igual manera, se refiere a la debilidad de las referidas mujeres “el miedo o pavor es connatural a ese sexo, como el espanto de cualquier accidente. Lo segundo haberse divulgado el rumor vano de que eran hechiceras...” evidenciando el tipo de “valoración” que se tenía por las mujeres en estas épocas como se ha indicado en apartados anteriores (Mónica Eraso 2016) y a la vez dejando sin poder comprobarse el concubinato de estas jóvenes con el denunciante (ya que de confirmarse dejaría en mal también al “vecino de Cartago”), con lo que las acciones se justifican como producto de la ignorancia y la mala crianza que se le había dado a las jóvenes, ya que desconocían las doctrinas religiosas.

Figura 60

Oraciones de venta en Costa Rica en 1968

| | | |
|--|---|--|
| <p>ORACION EN ALABANZA A LA SOMBRA DE SAN PEDRO</p> <p>Gran Apóstol Celestial, ¡Oh Príncipe poderoso! Con tu poder milagroso Líbranos de todo mal. De robos en camino real, Pleitos, heridas mortales, De los bravos animales, En cerros, montes y llanos, Pues te invocan los cristia- (nos,</p> <p>A Tí y a todos los Santos. Tú nos libráis de espantos, De los brujos y hichiceros, De rayos y torbellinos Y de los malos vecinos Que intenten hacernos mal.</p> <p>Gran Apóstol Celestial, De pestes y de todo mal Nos haz de favorecer;</p> | <p>ORACION de la RUDA</p> <p>Ruda bendita, poderosa Ruda milagrosa, que en el Monte Calvario, por las lágrimas de Magdalena, derramaste lágrimas por mí, tráeme rendido a mi querido N. N.</p> <p>Me hago este baño, tráeme suerte y al hombre que yo quiero; que sienta amor y desesperación por mí y que sus ojos y sus pensamientos se fijen solamente en mí.</p> <p>Por las gotas de sangre que derramó el Rey de Reyes te pido derrames en mí dine- ro y atenciones de mis semejantes, especial- mente de N.N.</p> <p>Tráeme prosperidad al momento de ba- ñarme con esta agua. Es para que derrames sobre mí prosperidad y suerte.</p> <p>Así pido Ruda bendita que me des buenos y bastantes negocios; que entre la fe- licidad y dicha en mi cuerpo y en mi alma.</p> <p>(Se reza Martes, Jueves y Viernes).</p> | <p>La grande y poderosa Oración del Garrobo para trabajar</p> <p>¡Oh poderoso e invencible Garrobo/ que Dios te ha colmado de grandes privi- legios; como el de conocer los tiempos llu- viosos y secos y tener el valor de dejarte caer del árbol más elevado y caer sobre cualquier barranco o peña y no te pasa nin- gún mal; como el de fuerzas inagotables en cualquier dificultad; y cuando estabas en aquella cueva 40 días sin comer ni beber a- gua, te encontró San Isidro Labrador y tú le prometiste que tus secretos se los darías a él y a todo aquel que confie en ellos.</p> <p>No hubo hombre que lo aventajase en ningún trabajo cargando esta oración consi- go, y todos quedarán debajo de mis fuer- zas o plantas. Estos secretos son real y eficazmente dados a San Isidro Labrador, de la tierra en aquellos campos con sus bueyes y su arado. Esta oración se carga con toda devoción y fé, llevando consigo la hoja del garrobo como una reliquia de vir- tud que ésta es la hoja predilecta en su al- imento y la que contiene todos sus secre- tos y virtudes dados a San Isidro Labra- dor cuando se encontraron en la cueva. Amén.</p> |
|--|---|--|

Sin autor, 1968, pp. 7, 9.

Sin embargo, el temor hacia los “brujos y hechiceros” continuó hasta hace pocas décadas, esto se evidencia en la venta de papelititos con oraciones en los mercados (ver Figura 60). Para 1968 se vendía a 70 ctvs una oración de alabanza a la Sombra de San Pedro, así como a plantas y animales, evidenciando el sincretismo aún presente en las creencias relacionadas con *estar bien*.

No obstante, como se ha señalado a lo largo de la investigación, el papel tradicional de la mujer en la Costa Rica antigua dista de la concepción colonial. La cultura material evidencia tanto a hombres como mujeres y a personas “neutras” (a las que no se les representó alguna característica sexual particular) ejerciendo labores cotidianas, así como de rango.

Existen referencias etnohistóricas por ejemplo, entre chorotegas (presentes en la actual Nicaragua y Costa Rica), en las cuales se documenta el papel de autoridad que ejercían las mujeres dentro de sus familias, así como el rol o símbolos importantes asociados en prácticas ceremoniales. Una de las descripciones del encuentro entre el cacique Diriangen y Gil González Dávila, da cuenta de que dicho cacique se encontraba acompañado por 7 mujeres cubiertas por patenas de oro; de igual manera el papel de una profetisa que habitaba en las cercanías del Volcán Masay y que según dijo el cacique Nenderi a Fernández de Oviedo le avisaba cuándo

debía ir a la guerra, así como participaba de decisiones políticas (Robert Carmack, 2006, en Felipe Solís del Vecchio y Anayensy Herrera, 2001, p. 18).

Las figuras cerámicas femeninas contempladas en la presente investigación evidencian el rol protagónico de las mujeres para las diversas poblaciones que las confeccionaron y consumieron. En el caso de las Guanacastecas evidenciando atavíos importantes y usando por ejemplo, orejeras. Esto último tiene un correlato a nivel funerario, por ejemplo en el sitio Jícaro, en donde las personas que fueron enterradas con orejeras fueron precisamente mujeres (Ibid., pp. 18-19). Lo anterior evidencia un cambio social en el rol desempeñado por las mujeres entre las épocas antiguas y las coloniales, lo cual también se refleja en otros aspectos que se conservan hasta la actualidad tal es el caso del cambio entre las filiaciones matrilineales, por las de índole patriarcales.

La institucionalidad y su papel regulador: la iglesia e instituciones de la corona

Las particularidades de los procesos históricos acaecidos desde el siglo XVI hasta el XIX e inclusive a la actualidad en el continente americano, obligan a concebir este rango temporal más que como una suma de acontecimientos vistos dentro de “un periodo colonial”, como fenómenos de interacción y relaciones de diversa índole que incluyeron sistemas complejos y estructurados a nivel social, cultural, económico, político, ideológico, de parentesco-biológico/genético- y ambiental, territorial, entre otros.

Además, la comprensión de la “moral tradicional” en la España de los siglos XV y XVI debe ser buscada en el universo de lo religioso. El “espíritu religioso” era el vínculo que hacía que el pueblo, el clero y la nobleza se sintieran partícipes de una comunidad, por lo que lo religioso se elevaba de lo puramente individual o privado, hacia la esfera pública. Lo religioso era así no sólo el fundamento del Estado, sino que además su “razón de ser”. *De este modo, en tanto la religión absolutiza la sociedad civil, el Estado absolutiza la religión y con ello se apropia a su vez de la sociedad civil. Es por ello que los límites entre lo religioso y lo político eran muy difusos en la España de esos tiempos* (Fernando Mires, 1991, p. 15), aunque lo

anterior no significa la carencia de pugnas por el control de las poblaciones indígenas, esclavos africanos, territorios. Y tributos.

Aunado a lo anterior, propiamente en América, hubo particularidades del desarrollo histórico de cada uno de los procesos acaecidos según el lugar geográfico particular. Por ejemplo, en Costa Rica, la conquista fue tardía en relación con otros espacios geográficos del continente. Lo anterior pudo incidir en que el “extrañamiento” hacia la otredad étnicamente diferenciada (muchas veces manifestada en el choque cultural), fuese menor en comparación con los primeros lugares visitados por los ibéricos en el continente, en donde se presentan más datos descriptivos sobre las poblaciones indígenas. Lo anterior, pudo influir en la cantidad y calidad de las descripciones sobre las poblaciones presentes en este espacio y de las interacciones con ellos, en comparación con otros lugares como La Española (actual República Dominicana-Haití), el Virreinato de Perú, Nueva España (en México), Nueva Granada (Ecuador, Colombia, Panamá y Venezuela) inclusive La Capitanía General de Guatemala, entre otros.

En el presente apartado no se busca explicar cómo estaban constituidas las instituciones coloniales de la corona y la iglesia debido a la abundancia de documentación que desde la historia se producido al respecto. Por el contrario, es de interés el comprender cómo dichas instituciones ejercieron el poder y la dominación durante la conquista y colonia en el territorio que actualmente se conoce como Costa Rica, para lo cual se brindarán ejemplos de momentos específicos reflejados en la documentación etnohistórica e histórica.

En el interior de Costa Rica las expediciones se iniciaron con Juan de Caballón en 1561, como parte del proceso de colonización del Intermontano central del país, el Caribe y el Pacífico Sur. Estas exploraciones se enmarcaron en un nuevo contexto jurídico regido por las Leyes Nuevas instauradas en 1542 (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 91), las cuales buscaron la preservación de las personas indígenas debido a la gran baja demográfica que había sucedido en los poblados regidos por la corona española. Si bien estas leyes fueron polémicas sobre todo entre quienes estaban a cargo de la conquista y colonización, la Corona no tuvo manera efectiva de vigilar su cumplimiento.

Como se indicó previamente, los indígenas se mantuvieron en resistencia durante todo el periodo de conquista y colonia, intentaron reinstalar su orden social, religioso, económico y demás autóctono, el cual fue violentado con las acciones de frailes y soldados. Su mecanismo fue la rebelión, mediante la cual buscaron restituir el orden social anterior. Lo más importante para los caciques, usékares y otros líderes era expulsar a los españoles de su territorio. Para ello acudieron al desabastecimiento de alimentos para los españoles, profanar los símbolos cristianos y a resaltar el poder de su propia religión, provocando muchas veces el debilitamiento de los españoles, ejemplo de ello, fue el abandono de diversos poblados en lugares en resistencia (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 139).

Las pugnas por el control de las poblaciones fueron constantes y aunque la normativa señalaba el papel que cada poder (político y religioso) debía desempeñar en el continente americano, la realidad generalmente distaba de lo normado en los documentos. De ahí lo señalado en los apartados anteriores, respecto a la explotación de las poblaciones, exigencia de trabajos forzados, tributos, trabajos para cofradías, entre otras formas de explotación y esclavitud establecidas tanto a las personas indígenas, como para las afrodescendientes.

Los informes de los misioneros buscaron evidenciar una mayor eficacia en el proceso de colonización de los territorios conflictivos, así como la generación de información respecto al estado de avance con poblaciones sin conquistar o presentes en las fronteras de colonización. Por ejemplo, en 1691 el fraile misionero Margil declaró haber establecido 12 iglesias de techo y paja bautizado a 10.000 indígenas (evidentemente exageró su cantidad), pero la labor de las misiones fue de importancia tanto en la búsqueda de apoyo financiero. En Talamanca, por ejemplo,

...daban cuenta de cómo la iglesia instalada en el pueblo de San José, entre Cabécar y Ujambor, había sido quemada por indígenas habitantes de las montañas, en donde vivían en ranchos rodeados de estacadas. Poco después los frailes intentaron ascender a esos lugares, pero los indígenas los echaron a golpes convencidos de no poder continuar su labor en Talamanca, los frailes cruzaron la cordillera hacia la región del Pacífico Sur, su intención era trasladar algunos de los teribes que vivían en la vertiente del Caribe desde Cartago, los frailes trajeron varias decenas de cabezas de ganado vacuno, para repartirlas entre los indígenas deducidos en el pueblo de Boruca, así como llevar algunas hacia las montañas, con la intención de ganarse la confianza de los autóctonos (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 188).

Otro ejemplo de las pugnas se presenta más adelante a inicios del siglo XVIII, específicamente en el año 1705

Para llevar a cabo este enorme traslado de población, las autoridades franciscanas enviaron nuevamente al enérgico fraile Antonio Margil a Costa Rica. Este llegó a Cartago en 1705 con dos compañeros religiosos: los frailes Lucas Morillo y Rivera y Antonio Andrade. Al principio se toparon con la oposición del gobernador de la provincia de Costa Rica, quien tenía interés por mantener el monopolio del control de mano de obra... Además, este gobernador defendía la idea de un ingreso “a sangre y fuego” en la región Talamanca y llamaba “perros” a los indígenas. Proponía también sacar a los niños pequeños y llevarlos hacia otros lugares, lejos de las montañas de Talamanca... Margil y sus compañeros creían poder ingresar a la montaña, acompañados de una escolta de soldados no muy numerosa... señalaron “en ninguna nación, provincia o distrito del vasto territorio de América se había conquistado a los indios sin la predicación del evangelio y del amable tratamiento dado por los ministros del evangelio, junto con el temor y respeto que sienten quieren por los españoles (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 205).

Las estrategias de capturas-raptos y convencimiento o temor religioso fue un pilar fundamental en la instauración del nuevo régimen. Como señala Walter Mignolo, las agendas políticas se imponían mediante el poder físico (vista en la presente investigación como dominación física), ideológica y psicológica, además buscaron controlar las instituciones económicas, ideológico-culturales y sociales (2001, p. 41). Se llevó a cabo una endoculturación parcial, lo anterior visto en el traslado de las personas infantes de sus lugares de origen y distante de sus familias, a ellas cuales se les educaba para continuar al servicio y disposición de las demandas de las castas dominantes, erradicando sus prácticas ancestrales, por lo que se ejerció violencia estructural efectiva por medio de la aculturación y desarraigo (siendo la clasificación racial y económica las más importantes en este proceso, seguida de la condición de género).

Según Juan Carlos Solórzano (2013, p. 111), un aspecto elemental para los frailes consistió en la búsqueda por radicar la religión de los indígenas, considerada como “idolatría”. La conversión al cristianismo incluía desde el bautismo hasta la búsqueda sistemática de “ídolos” para su destrucción. al principio, los frailes se

preocupaban * aprender las lenguas vernáculas, e inclusive traducían esas lenguas las oraciones cristianas.

El poder hegemónico (vertical) fue representado por las autoridades coloniales de los principales centros de población, principalmente los de Cartago. Estas eran las encargadas de vigilar y castigar la rebeldía de las poblaciones indígenas y africanas o afrodescendientes. Por ejemplo, tras la sublevación indígena de 1616, *montaron un elaborado proceso y un macabro ritual con intención de dar escarmiento...; sus poblados [de los indígenas sublevados] fueron condenados a ser abrazados y “sembrados de sal”, imponiéndose a sus habitantes no volver a sus tierras, so pena de muerte. A los jefes indígenas se les condenó a morir* (Juan Carlos Solórzano, 2013, p. 141).

Así, el control y cambio cultural fue un dispositivo de poder hegemónico ejercido por los ibéricos y sus descendientes criollos. Ejemplo de ello fue el proceso de ruptura de los lazos familiares y comunitarios, el cambio en las prácticas económicas tradicionales, la imposición de prácticas culturales ajenas, la explotación laboral, las carencias alimentarias y en general el choque cultural y violencia que afectó no sólo su salud física, sino también la psicológica y social.

Para tener éxito durante el proceso de conquista, los conquistadores aprendieron el idioma de los huetares que era la lengua de la provincia de Costa Rica. Según quedó documentado los hijos de los conquistadores hablaron dicha lengua, durante el siglo XVI e inclusive parte del XVII. En 1610 Fray Agustín Zevallos señala que escribió un catecismo en lengua huetar, en 1615 Diego de Cubillo, hijo de un español le escribe al Rey que desea escribir un catecismo también en dicha lengua. Lamentablemente no se sabe si ambos catecismos fueron escritos ni el lugar en donde se puedan encontrar. No obstante, el huetar poco a poco fue declinando su uso por diversos factores, entre ellos el mestizaje por lo que fue eliminada como lengua de pregón en 1676. Lo anterior, denota la eficiencia que tuvo el hablar el idioma indígena, para el proceso de conquista y aculturación de los pueblos autóctonos, principalmente los del antiguo dominio del señorío de El Guarco (desde Aserrí hasta Tucurrique) (Miguel Ángel Quesada, comunicación personal, 2021).

Retomando Homi Bhabha, (2003, p. 103), respecto al espacio de enunciación y el concepto de hibridez que permite *describir la construcción de la autoridad*

cultural en condiciones de antagonismo o inequidad política. Entre los procesos sociopolíticos establecidos por las poblaciones subalternas durante en la colonia se encuentran las estrategias de hibridación que evidencian comportamientos que, si bien no estaban formalmente autorizados, como la salida y entrada de indígenas los pueblos de reducción o de indios en momentos de necesidad, se establecían acuerdos o una especie de “moratoria”. Las personas indígenas se entregaban para habitar dichos lugares, cuando se veían amenazados por los misquitos y piratas que les capturaban, una vez que pasaba el peligro, buscaban escapar nuevamente a su libertad, lo cual está relacionado con lógicas de sentido práctico. No obstante, el interés iba en doble vía, lo anterior es evidente, cuando se permitió el establecimiento de milicias no solo en Costa Rica, sino a nivel Centroamericano, con el fin de poder aplacar el avance de la corona británica en sus territorios, así como el luchar contra pueblos en resistencia y cimarrones, entre otros.

Cuando el precepto intenta objetivarse como un conocimiento generalizado o una práctica normalizadora hegemónica, la estrategia o discurso híbrido abre un espacio de negociación donde el poder es desigual pero su articulación puede ser equívoca. Dicha negociación no es ni asimilación ni colaboración, y hace posible el surgimiento de una agencia «intersticial» que rechaza la representación binaria del antagonismo social. Las agencias híbridas encuentran su voz en una dialéctica que no busca la supremacía o soberanía cultural. Despliegan la cultura parcial de la cual surgen para construir visiones de comunidad y versiones de memoria histórica que dan forma narrativa a las posiciones minoritarias que ocupan; el afuera del adentro: la parte en el todo (Homi Bhabha, 2003, p. 103).

Se coincide con Carlos Molina (2017, p. 7) la ideología del sometimiento obedeció a la constitución que buscó imponer la modernidad europea imperial mediante un orden social diferente al de los pueblos conquistados (a partir de la construcción medieval de la cristiandad), el cual se justificó bajo una lógica espiritual y religiosa, pero cuyo interés respondió a la búsqueda de la dominación económica.

Una de las principales construcciones teóricas que sirven para justificar los procesos de dominación es la que realiza la *transformación del ser humano en sujeto incorpóreo*, algo que se comienza a instaurar con el surgimiento del cristianismo imperial (siglo V). Esta espiritualización del ser humano lo concibe como un individuo separado de la matriz social en la que realiza su vida, anulando su “corporalidad material y social”, posibilitando el desarrollo del despotismo de la ley y sus mecanismos sacrificiales y desembocando en lo que Hinkelammert llama *formalismo antropológico* occidental, que surge de

la misma constitución del sujeto-individuo moderno, la defensa a ultranza de la propiedad privada y el fomento de los *valores mercantiles* (Carlos Molina, 2017, p. 1)

Los imperios lograron establecer la institucionalidad necesaria y el respaldo ideológico para justificar a la dominación a toda costa de los pueblos originarios (nativos africanos y españoles). Las alianzas y acuerdos con otros imperios permitieron consolidar sus dominios y roles para el beneficio mutuo, tal fue el caso del consumo de esclavos de origen africano cuyo monopolio estuvo a cargo de portugueses, así como los tratos con el imperio neerlandés que tenía el dominio en el transporte de mercancías, entre otros, con lo cual se consolidó el capitalismo inicial.

Es por lo anterior, que el concepto de explotación es tan importante para comprender los fenómenos acaecidos en América a partir del siglo XV y las repercusiones que estos han tenido hasta el día de hoy. Dicho concepto fue el eje central en el cual confluyeron las acciones de la corona y la iglesia y, por ende, al que responden entre otros a los fenómenos sociales, políticos, culturales e ideológicos. Más allá de como se ha relacionado tradicionalmente con las relaciones sociales y los medios de producción, la explotación responde a las dinámicas de poder a nivel micro y macro establecidas en las relaciones globales (dentro de las que se engloban. Como señaló Pablo González Casanova,

...el concepto de explotación tiene potencial de pasar de análisis micro a macro y viceversa, de servir a análisis sistemáticos e históricos y también a análisis de situaciones y acciones políticas concretas; de comprender los vínculos entre la enajenación de la conciencia y la pérdida de la dignidad; de combinar los análisis de tendencias y las narrativas, de estudiar las reorganizaciones de empresas, mercados y tecnologías y sus repercusiones en las reestructuraciones y mega organizaciones de los sistemas políticos, de beneficencia y represión social, o en la orientación de la opinión pública y la fragmentación de la conciencia (Pablo González-Casanova, 2015, pp. 159-160).

Al ser un concepto que funciona en una dinámica relacional, la explotación generada por las instituciones colonizadoras en el continente permite comprender el sistema de clases y castas en el dualismo “raza-clase” ya señalado por Santiago

Castro Gómez. Los cambios en las clases dominantes también generan cambios en las subalternas, que, si bien pueden diferir en múltiples aspectos, a nivel cultural, social, ideológico, etc., al experimentar condiciones de dominación, discriminación y/o explotación, por parte de alguno de los eslabones (de clase y/o institucionales) van a incidir directamente en los diversos ámbitos y formas de vida (Luis Bonilla, 2019, pp. 32-33), tal y como sucedió durante toda la época colonial e inclusive hoy.

Si bien se han concebido a las estructuras de dominación colonial como implacables, la agencia de sujetos como los usékares y awápas lograron dominar espacios de poder reales entre las diversas personas que creían en la importancia de sus prácticas de guía y cuidado (prácticas concretas), así como el temor y en ocasiones odio por parte de los ibéricos y criollos que les temían por la capacidad de convocatoria entre los distintos pueblos indígenas, así como su capacidad “de tratar con el diablo”, entidad muy temida por los cristianos (prácticas simbólicas), como se ha indicado en el apartado anterior.

Continuando con el papel de la iglesia (y la posibilidad real de su dominación) se organizaba, mediante el Patronato, obispos y clérigos los cuales quedaban reducidos a funcionarios reales, pero en el continente americano, la Iglesia no sólo estaba subordinada al Rey, sino también a los poderes burocráticos establecidos tal fue el caso del Consejo de las Indias principal autoridad en asuntos religiosos en América, el cual fue creado por Fernando el Católico. De manera que, los *obispos dependían más del Rey que del Papa, pero ello no debe hacernos olvidar que los conquistadores, convertidos ya en clase dominante, desarrollan muchos intereses, los que no coincidirán siempre con los de la Monarquía*, por lo que establecieron su “señorío político” en las colonias. Todas las autoridades eclesiásticas, obispos, jefes políticos y demás autoridades formaron parte del entramado colonial dominante. No obstante, la iglesia adquirió un grado de autonomía en “las Indias”, la cual no era deseada por el Rey ni por el Papa (Fernando Mires, 1991, pp. 25-26).

Tampoco evitará que se produzcan conflictos en torno a la interpretación de las leyes entre los clérigos, los obispos, y las autoridades civiles... La Iglesia en América no puede evitar ser americana. No serán raras las ocasiones en que nos encontremos con obispos que antes que nada defiende los intereses de la clase colonial. A la inversa, las órdenes religiosas, especialmente

dominicanos, franciscanos y jesuitas, precisamente a las que se supone menos dependientes del poder real, serán en muchas ocasiones, las más fervientes defensoras del Patronato, pues les era fundamental contar con la protección del Estado para sus actividades misionales realizadas a veces en contra de los intereses materiales de la clase conquistadora (Fernando Mires, 1991, pp. 25-26) discutir aquí lo de las misiones, sacerdotes explotando mano de obra para enriquecerse...

Otro problema se presentó con la tradición heredada de la Edad Media, en la cual el papado confirmaba ciertos derechos territoriales a la corona (fungiendo como árbitro frente a poderes locales débilmente constituidos), con la salvedad que ahora no se trataban de terrenos pequeños, sino de todo un continente, además en el momento en que *la autoridad tradicional del papado y en general las instituciones e ideas medievales iban a su ocaso* (Fernando Mires, 1991, p. 29). Instituciones que a su vez tenían conflictos entre ellas por los intereses económicos, ejemplo de ello fue la desobediencia de la iglesia a la corona española en relación con el diezmo, según estableció la Bula del 8 de abril de 1510 y la del 13 de agosto de 1511 en las que se consignaba:

... el diezmo que percibieran las Iglesias no habían de extenderse al producto de oro, plata y demás metales de las minas que correspondían íntegramente a la Corona y que en el modo de diezmar los frutos del campo y de los animales se seguirían las costumbres de Sevilla, con reserva, por tanto, para la Corona, de las tercias reales, en uso ya por privilegio apostólico, en Sevilla y en toda España (Leturia, 1959, p. 16, en Fernando Mires, 1991, pp. 34-35).

Lo anterior no se cumplió, la iglesia acuñó verdaderos tesoros en metales y piedras preciosas, algunas de las cuales se utilizaron en implementos religiosos, así como altares, imaginería, etc. que en algunos casos se continúan conservando en iglesias y conventos de herencia colonial en toda América Latina, así como España.

En relación con el poder hegemónico instaurado por medio la dominación de la población ibérica y sus descendientes criollos sobre las “castas” vulnerabilizadas se impuso en gran parte de las veces, mediante la fuerza. La institucionalidad española contaba con gran cantidad de castigos heredados de la Edad Media e inclusive tiempos anteriores. Un ejemplo de lo anterior es lo sucedido el 1ro de julio de 1710,

cuando se condenó a muerte por medio del garrote vil (técnica de ejecución reservado a Rebeldes y criminales) a los líderes de la Rebelión de 1709, entre los que sobresalen el cacique Pabru Presbere o Suinsi, referido en otro apartado del presente documento. Sin embargo, como en Cartago no contaba con esta técnica, el gobernador decidió que fuese:

...arrimado a un palo, vendados los ojos, *ad modum belli*¹⁶⁴ sea arcabuceado¹⁶⁵ (...) y luego que se ha muerto le sea cortada la cabeza y puesta en el alto que todos la vean en el dicho palo. La sentencia se cumplió el 4 de julio de ese año. En septiembre de 1713, El plan tendiente a fomentar las misiones en la provincia de Costa Rica también se daba Gracias a todos los jefes y soldados que habían tomado parte de la “pacificación” de la Talamanca en 1710 (Juan Carlos Solórzano, 2013, p, 225).

Otros ámbitos de acción de la dominación hegemónica fueron los espacios domésticos. La reducción a la esclavitud de los pueblos indígenas fue compleja, además de la problemática causada por la baja demográfica sufrida principalmente durante los primeros siglos de conquista y colonización española. Debido a lo anterior, la población africana se convirtió en una opción para garantizar la explotación y reproducción de la fuerza de trabajo por parte de los ibéricos para su dominio y explotación. La posesión de personas esclavizadas fueron medios por los cuales una minoría de la población pudo garantizar el incremento de sus posesiones y recursos, sin embargo, quedó claro en apartados anteriores, al ser considerados como mercancías, eran desechados cuando enfermaban de gravedad, tenían alguna condición o cuando eran adultos mayores, lo que claramente les vulnerabilizó, siendo su situación aún peor que la de las poblaciones indígenas.

Poder, modernidad y ciencia

La construcción de la historia de los distintos pueblos tiene una razón política. La inclusión y exclusión de información no siempre se planifica, factores como la ubicación de documentos, pérdida de estos por diversos factores o la posibilidad de

¹⁶⁴ A la manera de la guerra.

¹⁶⁵ Muerte dada con disparos de arcabuz. *s. m.* Arma de fuego parecida al fusil, con cañón de hierro y caja de madera, que se dispara con llave de mecha o de pedernal (Diccionario histórico de la lengua española. Real Academia Española, 2018).

accesibilidad, fue parte de las circunstancias que incidió en la inclusión o no, por ejemplo, para el caso costarricense. Sin embargo, la decisión de lo que se escribía o no durante la época colonial y así como la incorporación de información durante la gestación de los Estado Nación respondieron a coyunturas políticas, económicas e ideológicas de las personas que ejercieron el poder en esos momentos.

Según Homi Bhabha las narrativas en la construcción histórica pueden rechazar mitos de transformación social, aunque la memoria comunitaria pueda obtener una percepción compartida por la memoria. Desde diversos espacios de índole comunitario, académicos comprometidos¹⁶⁶, entre otros se puede actuar para reinscribir el pasado, resituarlo y resignificarlo. Lo anterior permite comprender el pasado de manera comprometida y da pie a la posibilidad de reinterpretar el futuro con una ética que permita evitar continuar invisibilizando y omitiendo la historia de grandes sectores sociales. Ampliar el conocimiento de lo que ha sido negado evita *la repetición de la inevitabilidad histórica sin una diferencia. Nos posibilita enfrentarnos con esa difícil línea divisoria, la experiencia intersticial entre lo que consideramos la imagen del pasado y lo que está en realidad implicado en el transcurrir del tiempo y el paso del sentido* (Homi Bhabha, 2003, p. 106).

Por ejemplo, el análisis sobre el poder, dominio y explotación de las personas durante el proceso de conquista y colonia permite visualizar aspectos poco tratados en las ciencias sociales (con excepción a nivel nacional de algunas profesionales en historia y antropología fundamentalmente). Es preciso valorar el lugar sobre el cual se buscó ejercer el poder fue el cuerpo de quienes fueron conquistados, mediante políticas en torno a la salud, sanidad, formas “oficiales” curación, entre otros mecanismos de control. En el periodo colonial se dio una taxonomización de las personas, vinculada con la *tortura medicinal*, lo anterior mediante la racialización de las relaciones de poder que establecieron el orden social y cultural basado en la

¹⁶⁶ Ya que en estas condiciones la ciencia social se permea de la cultura particular de los pueblos y las culturas nacionales. Además, se constituyen en un reflejo ideológico de las clases y grupos que la conforman, dando lugar a que en nombre de ella un grupo particular o hasta una persona que ejerza el poder empleen la justificación para salvaguardar sus propias ideas y acciones y restar fuerza a las ideas y acciones de los miembros de su propio grupo que no siguen la “línea” (Pablo González-Casanova, 1958, p. 191, en Marcos Roitman, 2015, p. 14).

diferencia biológica-geopolitización del cuerpo, usando medidas protoevolutivas, entre otras (Aníbal Quijano, 2007, p.119).

Como se ha explicado con anterioridad, el contacto entre las poblaciones con distintas procedencias y niveles de inmunización a las enfermedades a las que estuvieron expuestas durante siglos determinó las posibilidades de sobrevivencia durante el periodo de conquista y colonia. La alta tasa de mortalidad provocó un terror a enfermarse. De hecho, como se puso de manifiesto en Marburgo en 1529, las personas invocaban a la intervención de la Divina Providencia para explicar las epidemias. *Como herederos que somos de la Ilustración, que intentó desterrar lo inexplicable –dejándolo de lado si era preciso- los historiadores del siglo XX han preferido también por lo general pasar por alto tales sucesos. Tenerlos en cuenta estropearía la red de interpretaciones y explicaciones con la que su arte procura hacer inteligible la experiencia humana* (William McNeil, 1984, p. 223).

En la modernidad parte de una concepción de la praxis científica, como una búsqueda de conocimiento que se lleva a cabo de forma racional y crítica, ante una realidad a investigar (González, 2014, p. 73). Según Michel Foucault, se dio la división sexual de las esferas públicas y privadas como lectura cultural de unos *datos somáticos*, asimismo, la familia burguesa europea como espacio de saturación sexual, lo cual sucedió tanto en los sectores populares hasta finales del siglo XVIII, (por ende, se justificaba como elemento de superioridad económico, social y de casta desde el siglo XVII al XIX). Durante el siglo XVI-XVII en Europa se asumió a las mujeres con enfermedades venéreas, como las portadoras de agencia (vistas de manera negativa), mientras que los hombres eran víctimas pasivas (Michel Foucault, 2012, p. 117).

El mismo autor, plantea que la sexualidad es el conjunto de los efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y relaciones sociales dependiente de una tecnología política compleja (*Ibid.*, 2012, p. 122) y si se retoma a Mónica Eraso (2016, p. 83) la tecnología del sexo es una de las técnicas del poder que produjeron y siguen produciendo la noción de diferencia sexual como tributo natural de los cuerpos..., *se construye los cuerpos como racializados y a la raza como un atributo que emana del cuerpo.*

El conocimiento siempre se encuentra históricamente inmerso en un determinado patrimonio del saber, el cual constituye un factor que no es posible del proceso cognoscitivo mismo: el conocimiento no es realmente un proceso individual de una teórica conciencia generalizada, sino el resultado de la actividad social es patrimonio cognoscitivo ya acumulado va más allá de los límites que someten al mismo individuo. (Octavio Ianni, 2005, p.90)

Las agendas políticas permitieron enfrentar el "cambio normal"... ya que representaban propuestas alusivas a las realidades del momento (Immanuel Wallerstein, 2004, pp. 20-21), dichas propuestas se imponían por medio del poder físico, ideológico y psicológico, por lo que éste radicó fundamentalmente en controlar las instituciones económicas, en controlar las estructuras-veto que tienen la facultad de desorganizar, en controlar las instituciones culturales. El poder radica en los movimientos por sí mismos (Walter Mignolo, 2001, p.41).

Para la época de estudio el sistema de creencias religiosas es determinante como mecanismo ejercicio del poder por medio del control y dominio de masas, no obstante, se abordará desde la perspectiva de Émile Durkheim quien ve el fenómeno religioso desvinculado a categorías de verdaderas o falsas, ya que toda religión tiene un origen social, por lo que responde a las necesidades de esa sociedad. Más por debajo del símbolo hay que saber encontrar la realidad simbolizada, aquella que le da su significación verdadera. Los mitos "más bárbaros o extravagantes, los mitos más extraños traducen alguna necesidad humana, algún aspecto de la vida, ya sea individual o social" (Émile Durkheim, 1912, p. 2; en Ángel Enrique Carretero, 2001, p.139). En este caso, como se señaló en el apartado anterior, relacionado con la necesidad de explotación, captación y generación de recursos necesarios dentro de las dinámicas del capitalismo incipiente.

Para la época colonial el poder descendente- hegemónico era ejercido por la corona y la iglesia. Sin embargo, para finales del siglo XVIII y el XIX, la iglesia estaba siendo cuestionada por varios frentes, primero la resistencia indígena y africana ante los procesos de dominación (lo cual sucedió desde el inicio de la conquista); por parte de los criollos e hijos de españoles y por los mestizos que veían disminuidos sus beneficios ante el control ibérico. El inicio de la ilustración y nueva confianza en la racionalidad fue lo que generó una ruptura en el ejercicio de la hegemonía por parte de la iglesia, institución con la que además había disputas por el control de las

personas y por consiguiente de los recursos, esta situación se prolongó por varios siglos e incidió en la forma en cómo se venía concibiendo el mundo por parte de las poblaciones ibéricas, criollas y parte de las mestizas.

Con la sociedad moderna se presenta como objetivo, científico, universal y avanzado el conocimiento e historia de las sociedades y pensamiento occidental de los últimos siglos (Edgardo Lander, 2000, p. 12). Entre las múltiples lógicas de separación de conocimiento se encuentran según Berting, la separación entre Dios (lo sagrado), el hombre (lo humano) y la naturaleza, según las creencias judeocristianas, así como, tras la ilustración, retomando la obra de Descartes se dio la ruptura entre cuerpo y mente, razón y mundo (Edgardo Lander, 2000, p. 14)

... como señala Charles Tylor, [se dio] una fisura ontológica, entre razón y mundo, separación que no está presente en otras culturas. Sólo sobre la base de un conocimiento descorporeizado y descontextualizado- es concebible ese tipo muy particular de conocimiento que pretende ser des-subjetivado (esto es, objetivo) y universal (Edgardo Lander, 2000, p. 15).

... ahora lo que evaluamos críticamente ya no es un autor, teoría o corriente de pensamiento, sino al tipo de conocimiento que la modernidad ha producido en su conjunto, es decir, lo que pretendemos hacer no es una crítica teórica de alguna teoría o filosofía, sino de un tipo de concepción de lo que es el conocimiento y la realidad toda que ha producido la modernidad occidental, porque ese conocimiento es parte del encubrimiento que sobre la realidad y nuestros pueblos ha producido la modernidad (Juan José Bautista, 2012, p. 145).

Los colonizadores y posteriormente la modernidad se han encargado de producir una imagen mistificada de su producción de conocimiento, siendo el modelo idealizado que se buscó imponer en los territorios conquistados. A principios del siglo XVI no existía la ciencia moderna, por eso la discusión entre Bartolomé de Las Casas y Ginés de Sepúlveda giró en torno a la naturaleza de las poblaciones amerindias y africanas y su condición de humanos o no humanos (Juan José Bautista, 2012, pp. 217, 221), así como de su condición de personas y, por ende, si eran o no hijos de Dios. Conforme pasaron los siglos, se gestó un proceso de legitimación del conocimiento instrumentalizado ideológicamente (por medio de la religión, la corona y posteriormente por la modernidad-ciencia), a cargo de élites europeas y posteriormente, norteamericanas.

El mito moderno incluye que la *civilización moderna* se auto concibe como más desarrollada, que por ser “superior”. Se ve moralmente exigida a desarrollar a *los menos modernos*, mediante un proceso educativo unilineal desarrollista, aunque tengan que imponerlo por la violencia (*e. g.* mediante la “Guerra justa” colonial). Dicha dominación produce inevitablemente diversidad de víctimas, ya que, para las élites modernas, los *bárbaros* no podían oponerse al proceso civilizador, ya que si lo hacían era por su condición desventajada de ignorancia o “estadio infantil”, lo que les facultaba de manera “inocente” a ser victimarios, por ende, dado ese carácter civilizatorio de la modernidad es inevitable el sufrimiento (sacrificio de los pueblos concebidos como “atrasados”) (Enrique Dussel, 2000, p. 49).

La expoliación colonial ha sido legitimada con el imaginario que establece las diferencias entre el colonizador y colonizado. Los dispositivos taxonómicos de raza y cultura generaban las identidades opuestas. La maldad, la barbarie y la inocencia *son marcas identitarias del colonizado, mientras que la bondad, civilización y la racionalidad son propias del colonizador*. De esta manera, el concepto de colonialidad del saber, amplía y corrige el de poder disciplinario de Foucault, porque muestra los dispositivos panópticos del Estado moderno provienen de una estructura más amplia, de carácter mundial que se configuró en la relación colonial entre los centros y las periferias tras la expansión europea siglos atrás (Santiago Castro-Gómez, 2010, p. 153)

Retomando a Karl Marx y haciendo la salvedad cronológica (rango temporal abordado en la presente investigación), el proyecto de la modernidad pudo ser efectivo (parcialmente) gracias al uso del poder moral que legitimaba como válidas las prácticas culturales, políticas y económicas de los conquistadores, el uso del poder efectivo mediante el ejercicio de la dominación a través de la violencia. Se coincide con el autor, en que el poder *no es un objeto que se conquista, posee o mantiene, sino en virtud de un conjunto de condiciones o circunstancias, es relacional*, ni tampoco una cualidad o capacidad de un sujeto en sí respaldados o haciendo uso de estructuras e instituciones (Edwin Cruz, 2013, s. p), en otras palabras *el poder no es, una cualidad adherida a una clase “en sí”, en el sentido de un conjunto de agentes, sino que depende y deriva de un sistema relacionista de*

lugares materiales ocupados por tales o cuales agentes (Nicos Poulantzas, 1979 pp. 177-178).

Para abordar críticamente la realidad histórico-social de América Latina, Aníbal Quijano creó las categorías de Colonialismo y Colonialidad. El primero hace referencia a la dominación de un país, nación o pueblo sobre otro. En tanto la colonialidad se relaciona con la modernidad en su conjunto nace en 1492 y es la producción de una trama de subjetividad, a través de una colonización de lo imaginario que perdura hasta el presente en América. La cultura moderno-europea se constituye en sinónimo de cultura y civilización universal (vistas ahora como raciales/étnicas, antropológicas, nacionales, etc.) (Juan José Bautista, 2012, p. 215).

De este universalismo eurocéntrico excluyente, se derivan las mismas conclusiones que en Locke respecto a los derechos de los pueblos. A diferencia de los pueblos que son portadores históricos de la razón universal, las naciones “bárbaras” (y sus pueblos) carecen de soberanía y de autonomía... (Edgardo Lander, 2000, p. 19).

Cuando las personas fueron clasificadas unas por debajo de la línea de lo humano (subhumanos o no humanos) su humanidad fue cuestionada y negada. Como se evidenció en las fuentes la jerarquía de superioridad/ inferioridad (Frantz Fanon, 2010), generó categorías raciales basadas en el color, la etnia, cultura, religión, procedencia geográfica, entre otros, lo que les permitió a los ibéricos y algunos de sus descendientes someter pueblos y explotarlos de múltiples maneras (*e. g.* laboral, sexual, física, psicológica y moralmente, entre otros). Lo anterior es un fenómeno que no solo se presentó en Costa Rica.

En el mundo capitalista colonial, el concepto de raza ayuda a atravesar las relaciones de opresión de clase, género, sexo, etc. a escala global, a esto Aníbal Quijano (2000) ha denominado la colonialidad del poder. Sin embargo, algunas feministas negras (*e. g.* Kimberle Crenshaw, 1991) han señalado que existe una “interseccionalidad de las relaciones de poder de raza, clase, sexualidad y género” en ambas zonas del mundo descrito por Frantz Fanon. Siendo claramente la zona del no-ser la que sufre de opresión de clase, sexualidad y género, aunque se aclara que ambas zonas son espacios heterogéneos (Ramón Grosfoguel, 2011, p. 99)

Para Anibal Quijano el concepto de *raza* fue la primera categoría social de la modernidad, explicó no sólo la realidad específica, sino que permitió exponer una realidad y desarrollar prácticas, políticas y planes de producción y desarrollo. Además, impuso una identidad racial a las poblaciones que buscaron dominar incluirlos en su nuevo rol dentro del universo de poder (dominación, servidumbre, para que se comprendieran las nuevas relaciones humanas de dominación, discriminación, abusos, etc.), mediante el racismo buscó inculcar entre los dominados la idea de que su cultura y formas de vida ancestrales eran inferiores (Juan José Bautista, 2012, pp. 222-223).

Retomando a Foucault los conceptos de gubernamentalidad y biopoder *establecen las pautas de una crítica de la sociedad vigilada total en la que el cuerpo humano se convierte en el objetivo en el que se concentran las miradas de poder con vistas a su dominación*. La utilidad de dichos conceptos radicó en ver la vigilancia de manera contextual pero no estática, en donde las personas (vigilantes y vigilados) son capaces de definir y crear en medio de los procesos sociales, bajo el marco de normas y valores que a su vez son dinámicos (Nelson Arteaga, 2012, pp. 14-15).

Aunado a lo anterior, está la función de la religión como mecanismo de control social, en donde el poder está conjugado mediante contenidos con una ética social secularizada, pero a la vez interactúa con un sistema de instrumentos de producción de liderazgo intelectual y de consenso (Albert Noguera, 2011, s. p.)

Sólo cuando se niega el mito civilizatorio y de la inocencia de la violencia moderna, se reconoce la injusticia de la praxis sacrificial fuera de Europa (y aún en Europa mima), y entonces se puede igualmente superar la limitación esencial de la *razón emancipadora*. Se supera la razón emancipadora como *razón liberadora* cuando se descubre el eurocentrismo de la razón ilustrada, cuando se define la *falacia desarrollista* del proceso de modernización hegemónico (Enrique Dussel, 2000, p. 50).

Sin embargo, la cultura es esencial en la comprensión y caracterización de la dominación en las sociedades modernas, más allá de verlas como parte de un fenómeno económico, la dimensión cultural, permite evidenciar la *estructuración y desarrollo de la dominación en las sociedades estatales modernas* (Albert Noguera,

2011, p. 1). La cultura al establecer un sentido de pertenencia (identidad) permite el continuar reproduciendo sus prácticas culturales, sus formas de concebir el mundo¹⁶⁷ (Enrique Dussel, 2000, p. 2).

De la propuesta de Max Weber respecto las principales fuentes de autoridad o poder legitimado interesa resaltar para épocas prehispánicas y de época de contacto, la *autoridad tradicional*, que se encuentra legitimada por las costumbres y las prácticas aceptadas al poder (Max Weber, 1978, en Domingo Castro y Luis Rodríguez, 2009, p. 108), y que, para el caso de las poblaciones indígenas presentes en la actual Costa Rica durante el siglo XVI, estaban organizadas a través de los clanes.

Por su parte, para el siglo XVI las poblaciones españolas se regían por un poder teocrático descendiente otorgado a los reyes a través de la nobleza de sus familias, así como por líderes religiosos cuyo mayor exponente era la figura del Papa. *En la cosmovisión medieval, todo descendía de Dios, la propia Naturaleza era creada por él y la ley natural era simplemente un equivalente a la ley divina.* Así en la Edad Media hubo una hierocracia cuyos principales líderes eran el papa (sucesor de San Pedro), un gobernante laico que era el rey o el emperador (que era el auxiliar armado del Clero) y la sociedad cuya gradación jerárquica se fundamentaba en la división del trabajo (en donde el clero (alma/espiritual) era superior a los laicos (cuerpo/terrenal)) (José Manuel Mato, 2003, p, 4, 6) Lo anterior, evidentemente generaba conflictos por las pugnas del poder. Estos conflictos fueron “resueltos” siglos más tarde tras la imposición en la modernidad de “ciencia” como la verdadera fuente de conocimiento, lo que permitió restarle poder a la iglesia.

La modernidad se encargó de posicionar su ideología mediante el colonialismo en el campo del saber. Este *colonialismo intelectual*¹⁶⁸ que obligó a

¹⁶⁷ Se coincide con Albert Noguera, 2011, p. 2 que como consecuencia de esa capacidad de transmitir los conocimientos culturales se da un proceso de reflexividad que les permite a los agentes sociales pensar su accionar y capacidad de comprender y actuar en su realidad, y, por lo tanto, establecer los mejores mecanismos para poder incidir en dicha realidad.

¹⁶⁸ Entendido como los mecanismos de control individual y colectiva que buscó mediante procesos violentos o no, entre ellos mediante el adoctrinamiento, imponer conocimientos, percepciones sobre la ideología, sistema de creencias, forma de comprender e interactuar con el medio y el cuerpo que se habita, lengua, etc. de una población sobre otras.

implementar ciertos cambios sociales masivos fue violento y abrupto en relación con el rango temporal en el que se implementa. Lo anterior propició la resistencia y con ella, los constantes ciclos de violencia (reproducido inclusive desde el colonialismo interno¹⁶⁹, perpetuando y consolidando los mecanismos de desigualdad con expresiones directas o indirectas, como señalaba Pablo González Casanova (2006).

... el colonialismo es incapaz de procurar a los pueblos colonizados las condiciones materiales susceptibles de hacerles olvidar su anhelo de dignidad. Una vez que el colonialismo ha comprendido a dónde la llevaría su táctica de reformas sociales vemos cómo recupera sus viejos reflejos, fortalece sus fuerzas policíacas, envía tropas e instala un régimen de terror, más adecuado a sus intereses y a su psicología (Frantz Fanon, 2011 (1961), p. 60).

Sin embargo, este aporte conceptual sobre el colonialismo global (generalmente reconocido en los estudios sobre el capitalismo) y el colonialismo interno que permite aproximarse a la comprensión del poder en épocas coloniales, tiene limitaciones. Para esta época es clave referirse al proceso de dominación y los dispositivos -en parte tecnológicos- ideológicos y biológicos que confluyeron en que unos pueblos con una clara minoría de personas europeas (presentes en el continente americano) fuesen capaces de “dominar” (nunca de manera total ni permanente) a las mayorías autóctonas, proyecto en parte logrado mediante el mestizaje y asimilación en los centros de población.

Medicina y profesionalización

La medicina científica o de tradición “occidental-moderna” ha representado el brazo ideológico de la tecnocracia de allí su poder cultural, mediante el cual se ha *medicalizado la vida social cotidiana mediante sus normas de higiene, salud y enfermedad que son, en el fondo, instrumentos de represión política contra todos*

¹⁶⁹ El concepto expuesto por Pablo González Casanova incluye ítems de importancia como 1. Un territorio territorio sin gobierno propio; 2. en una situación de desigualdad respecto de la metrópoli, donde los habitantes sí se gobiernan a sí mismos; 3. que la administración y la responsabilidad de la administración conciernen al Estado que la domina; 4. que sus habitantes no participan en elección de los más altos cuerpos administrativos (sus dirigentes son designados por el país dominante); 5. que los derechos de sus habitantes, su situación económica y sus privilegios sociales son regulados por otro Estado; 6. esta situación no corresponde a los lazos naturales, sino “artificiales”, producto de una conquista y de una concesión internacional y; 7. que sus habitantes corresponden a una “raza” etnia y a una cultura distintas a las dominantes con lenguaje y códigos de comunicación distintos (Marcos Roitman, 2015, pp. 39-40).

aquellos que tratan de combatir el orden del sistema. Es la denominada” biopolítica” de Foucault (Orlando Mejía, 2016, p. 30).

El primer lugar que se conquista es el cuerpo. La dominación inicia en el control de los cuerpos y los territorios. Como señala David Le Breton (2022, pp. 25-27) los cuerpos son personas, gente de todo tipo que son partícipes de una comunidad, un linaje, un universo ecológico, de su mundo ideológico y social. El cuerpo existe, es construido culturalmente, no es neutro. Desde el abordaje científico, se aborda a las personas mediante esquemas preconcebidos, los cuales están determinados también histórica y culturalmente, reflejo de la experiencia de quien investiga, su procedencia, intensiones y tradiciones epistemológicas.

[...] la enseñanza de la teoría humoral a los indígenas se realizó en el marco de una aculturación ideológica, pues la evangelización de ellos también implicaba que aceptaran las teorías médicas de las enfermedades y rechazaran las ideas demonológicas de la posesión, o la “pérdida del alma” de las prácticas chamánicas (Orlando Mejía, 2016, p. 73).

Sin embargo, en la Costa Rica colonial la diferenciación en torno a cómo se conceptualizaban las enfermedades no era tajante en su ruptura entre las tradiciones antiguas europeas versus las de corte moderno. Lo anterior tenía relación también con la manera en que se concebía y categorizaba a las diversas personas.

Dicha diferenciación no es una construcción hecha en Europa como entidad geopolítica aislada. Se realizó desde ese espacio, que ya tenía en cuenta la diferencia colonial respaldada en prácticas raciales, impuestas inicialmente con mecanismos ideológicos-teológicos, y luego racionalizados científicamente (con la llegada de la ilustración). Se desarrolló durante mucho tiempo en su relación con pueblos diferentes del continente asiático, africano y europeo. Para el caso americano, por ejemplo, para el siglo XVIII, se dio la construcción social de la enfermedad venérea, especialmente vinculado con la sífilis que impactó a la población europea tal y como lo registró el médico Astruc, como un mal social, ecológico, racial, en donde los roles de género eran determinantes. Así, se culpó a las indígenas americanas, fundamentalmente de la Isla La Española (República Dominicana-Haití), como responsables de incubar y portar dichas enfermedades. (Mónica Eraso, 2016)

Para el siglo en el que vivió dicho médico se observa un el sincretismo entre las creencias religiosas europeas (por medio de valoraciones moralistas de corte tradicional), con las explicaciones propias de la ilustración. Se impuso el raciocinio para la explicación de prácticas sociales claramente vistas desde un choque cultural, valorando características ambientales como causantes de entornos ideales para el *cultivo de enfermedades* (lógica que se mantuvo hasta el siglo XX). Se retomó la idea de la enfermedad como castigo divino, enlazando ahora el alma con el cuerpo: la impureza del alma conlleva la impureza de la sangre, así como para Astruc la patología que emanaba del mundo ajeno al europeo se debía, no sólo al clima, sino a la *combinación de este con las costumbres de que las gentes que habitan allí y que son tenidos como parte de esa naturaleza en descomposición...* (Mónica Eraso, 2016, pp. 76, 106).

Parte del desarrollo y acumulación de conocimientos relacionados con el cuidado de la salud y la enfermedad, llevó a la determinación de que algunos procedimientos eran considerados más efectivos que otros. Este fue un proceso que se dio a lo largo de la historia de la humanidad, incluyendo en la época colonial. Durante la ilustración lo anterior, se vio trastocado con la ruptura de paradigmas que fue clave en el renacimiento y la modernidad a saber: el paradigma religioso versus el “científico” y con ello, el papel del cuerpo en su totalidad. El conocimiento del ser humano en su función física permite a la modernidad occidental, realizar estandarizaciones biológicas y excluir las interpretaciones divinas a las que se le atribuían las enfermedades y condiciones que interferían con el bienestar de las personas.

Para el siglo XVIII, con la llegada de la Ilustración, en Europa y algunos espacios americanos en donde había personas con estos nuevos conocimientos, se impuso una perspectiva de las enfermedades desde la ciencia moderna, la cual se enfocaba en el individuo y la salud pública, mediante la búsqueda de las causas patológicas y ambientales de diverso tipo. Las creencias populares y religiosas son descifradas por un imaginario biomédico que asumió la separación del cuerpo y del alma y se enfocó en el primero (Mónica Eraso, 2016; Annette Kerckhoff, 2015; Rosalba Piazza, 2006; Carlos Viesca, 2013; entre otros).

Además. con la llegada de los Borbones en el siglo XVIII se dio una disrupción en la disputa de lo que la iglesia había designado como causante de las enfermedades -castigos de Dios propiciados por sus pecados-, y que se aceptaban con resignación, a un mal con causas materiales que se podía gestionar, curar y prevenir (Santiago Castro-Gómez, 2010, p. 145) poniéndose en juego una nueva forma de gobierno en la que tanto el cuerpo colectivo como la individual eran espacios donde actúa el poder de la monarquía-Estado, siendo este quien lo ejerce a través de la ciencia moderna que lo gestiona (Mónica Eraso, 2016, p. 38).

En centros de población indígenas como el caso de México, se puso en práctica la enseñanza de la teoría humoral a los indígenas como parte de una política de aculturación ideológica y búsqueda del cambio en las prácticas culturales autóctonas. La evangelización de ellos incluyó que aceptaran las teorías médicas de las enfermedades y rechazaran las ideas demonológicas de la posesión, o la “pérdida del alma” de las prácticas chamánicas. Así este proceso de transmisión fragmentada de la concepción humoral hipocrática, *expresada en la polaridad frío-calor de la medicina popular del continente denomina Foster como “filtración descendente”*. Lo anterior también explica la pérdida de la dicotomía húmedo-seco y que se conservara sólo la de frío-calor porque el traspaso de la teoría se hizo de la dimensión elitista de la cultura escrita y científica, de la época de conquista y colonial, a los grupos poblaciones ágrafos que conformaban el pueblo indígena, mestizo y mulato (Orlando Mejía, 2016, pp. 73-74).

... los recetarios donde sobresale el Florilegio medicinal (1712) de Juan de Esteynéffer, fueron un género literario popular de “medicina para pobres”, dirigida a aquellos que no tenían la oportunidad de ser vistos por un médico y cuyas recetas se basaban en la teoría humoral, y su versión de “frío-calor”. Por ejemplo, al referirse a la “gota artética” el famoso sabio jesuita dice: “Cuando proviene la pituita o humor frío la gota; entonces se percibe un dolor molesto y obtuso, sin calor solo cuando hay mucho influjo de los humores, entonces se siente el dolor más fuerte; la parte dolorida está blanda y pálida, y como sin movimiento relajada; y siente alivio con cosas calientes y mayor dolor aplicando cosas frescas” (Presb. Jesuita Juan de Esteynéffer, 1887, p. 10, en Orlando Mejía, 2016, pp. 74-75).

En el caso costarricense para el siglo XIX se evidencia a través de políticas públicas como la implementación del alejamiento de los enterramientos-

cementerios de las iglesias (1824), el establecimiento de sanatorios y leprosarios, así como reclusión de los enfermos vistos como focos de contagio en lugares alejados inclusive con sus propias monedas (para el caso de Costa Rica a finales del siglo XIX). Se hace la aclaración de lo sucedido en Costa Rica, ya que es conocido que los espacios de reclusión de enfermedades como los leprosarios fueron frecuentes en importantes centros poblaciones de América durante la época colonial.

Para los científicos de esta época se dio un cambio epistémico, del régimen de las semejanzas al de la representación que implica un cambio del orden teológico incuestionable a uno material e inminente basado en la evidencia y el desarrollo científico. Una tecnología literaria y una social le permitían al nuevo científico hablar con toda autoridad dejando de lado su propia subjetividad (Donna Haraway, 2004, p. 15). Una evidencia de este cambio epistémico fue nombrar a las enfermedades (darles nombre) y causas, lo que Michel Foucault, (1978, p. 122), señala como el orden epistémico de la representación, que emerge a comienzos del siglo XVII y que busca nombrar las cosas de manera clara mediante la uniformidad del lenguaje científico (Mónica Eraso, 2016; pp.40-41).

Para el tema en cuestión Walter Mignolo hace el vínculo también entre los conceptos de fisonomía y limpieza de sangre. En el siglo XIX, cuando la ciencia reemplazó a la religión, la clasificación racial pasó del paradigma de *la mezcla de sangre* al de *color de piel*. A pesar de las distintas configuraciones, el paradigma esencial del mundo moderno/colonial para la clasificación epistemológica de la gente, estaba basado en distinciones raciales, ya que fuera piel o sangre, los rasgos discriminadores eran siempre físicos (2001, p. 170). Lo anterior se observa claramente en las clasificaciones de poblaciones según sus características físicas, aspecto desarrollado también con la antropometría.

A pesar de lo anterior, el desarrollo de la medicina alopática durante la época colonial estaba en ciernes, la ciencia aún no estaba estructurada y había diferencias sustantivas en su desarrollo, entre los estados europeos. Por ejemplo, en Alemania, Francia y posteriormente, Inglaterra y Escocia se presentó más avance tanto en la enseñanza, como en los procedimientos empleados para la sanación. En tanto, la medicina española estaba rezagada, pero contó con mejores mecanismos para fiscalizar su “buen ejercicio” por medio de los Protomedicatos (Raúl Arias, 2002).

En este sentido, se plantearon diversas estrategias durante el curso del siglo XVI que estaban vinculadas con la salud pública. Tales medidas se hicieron más complejas, a la vez que eran también mejor administradas. Las cuarentenas preventivas comenzaron probablemente a interceptar con mayor frecuencia las cadenas de la infección. Se formularon teorías sobre el contagio para justificar la cuarentena, y ciertas ideas surgidas de la experiencia popular consiguieron al menos el honor de ser discutidas por escrito. Una de ellas fue la creencia de que la lana y los tejidos podían ser portadores de peste, creencia justificada por escrito. Además, se consideraba que la lana y los tejidos podían ser portadores de la peste, creencia justificada por la conducta de las pulgas hambrientas que, habiéndose refugiado en un fardo de lana tras la muerte de la rata huésped, llegaban a descubrir un alimento más codiciado mordiendo el brazo de la persona que desataba ese fardo (William McNeil, 1984, p. 240).

Por su parte en Europa, la más famosa y significativa de las medidas sanitarias, principalmente entre navegantes fue el uso del zumo de limón para prevenir el escorbuto. Esta enfermedad afectaba a los barcos europeos que hacían largos viajes, durante los cuales sus tripulaciones, a lo largo de semanas o meses, comían alimentos que carecían de ciertas vitaminas esenciales. Este fenómeno ocasionado por las mejoras en las tecnologías de navegación y con ello la prolongación del tiempo en el mar provocó una abundante bibliografía médica. Ya en 1611 el uso curativo de limones y de naranjas era recomendado en un texto impreso, siendo aconsejado a partir de entonces por respetables e importantes escritores médicos. También se recomendaban otras curas, y llevar una provisión de frutas cítricas que a menudo eran difíciles de obtener, además de su alto precio y poca durabilidad. Por ello la eficacia superior de esa cura no fue claramente reconocida hasta finales del siglo XVIII (William McNeil, 1984, p. 270). Por su parte, en las Indias Occidentales se consumió la carne de tortuga como antídoto para el escorbuto, como “elixir de virtudes extraordinarias”. Los mosquitos contralaron vastas extensiones geográficas del Caribe donde se ubicaban los mejores tortugeros. Por su parte, los ingleses organizaron la explotación comercial de dicho reptil en el Caribe manteniendo una estrecha relación comercial con los mosquitos (Mónica Aguilar y Jeffrey Peytrequín, 2020, p. 45).

Es preciso indicar que para el siglo XVIII el impacto demográfico de la profesión médica fue insignificante, misma situación se presentó en el continente americano. Además, eran relativamente pocas las personas que podían pagar los servicios profesionales de un médico, quienes a menudo cobraban muy caro. Esta situación comenzó a cambiar al menos en Europa a partir del siglo XVIII y *no fue sino hasta después de 1850 aproximadamente cuando la práctica de la medicina y la organización de servicios médicos comenzaron a introducir diferencias importantes en las tasas de supervivencia humana y en el crecimiento de la población* (William McNeil, 1984, p. 241).

En contraste, al ser Costa Rica, durante la colonia, la provincia más alejada geográficamente de la Capitanía General de Guatemala se vio obligada a definir un desarrollo económico, político y social propio, por su condición marginal (*Ibid.*, p. 91)., así, Costa Rica

... tenía una inadecuada condición sanitaria comunal y falta de higiene personal, como parte de la herencia cultural colonial, lo cual convertía a aquellas poblaciones en presa fácil del flagelo de las pestes, las cuales aparecían de tiempo en tiempo, como lo habían hecho desde la Alta Edad Media en Europa, llevándose consigo miles de personas, especialmente los pobres los que no tenían más que un solo vestido, sin comida ni abrigo, esos eran los primeros que generalmente morían (Raúl Arias, 2002, p. 99).

Unido a lo anterior, en Costa Rica hubo poca presencia de médicos y cirujanos, los mismos se han conocido gracias a documentación relativa a litigios o denuncias que se dieron contra ellos. Como se ha indicado, para el siglo XVII y XVIII se mencionan 2 cirujanos que se desempeñaban como médicos: Farfán y Corti, cuyos servicios eran muy onerosos. También, se reportan 3 “herboristas”, Jordán quien cumplía con las Reales órdenes de reportar las nuevas plantas encontradas en las Indias y que tuviesen propiedades medicinales, y las 2 mujeres denominadas de la misma manera, a quienes se les acusaba de hechicería (Tulio Von Bulow, 1974), éstas últimas no ejercían la medicina de tradición europea.

No obstante, las fuentes evidencian la ausencia generalizada de profesionales en medicina y para 1726 se afirmaba que no sólo había carencia total de médicos, sino también boticas (Tulio Von Bulow, 1974, pp. 122-123). Esta situación se

mantuvo durante todo el periodo colonial. Es hasta la época republicana que se erige el primer hospital Costa Rica, el cual aún está abierto: el hospital San Juan de Dios creado en el año 1845.

Las concepciones sobre la salud y la enfermedad que estableció la medicina alopática desde un enfoque positivista, es quizás uno de los principales éxitos y puntos de quiebre resultado de la modernidad. La eficacia científica demostrada por la biomedicina basada en datos estadísticos, perfeccionamiento de la técnica de detección de enfermedades y análisis experimentales en busca de mejores y más eficientes medicamentos y tipos de intervención es parte de las razones de su posicionamiento. La conceptualización de la biología del cuerpo humano desde un punto de vista mecanicista dentro de un imaginario colectivo que considera que puede funcionar como *“como un reloj” se proyecta en la forma de un imaginario colectivo que magnifica y sobrevalora a las sociedades que funcionan con una precisión de relojería* (como herencia de la modernidad). El modelo biomédico (propuesto y desarrollado por los estratos dominantes de la sociedad), se impuso mediante la exclusión de otros modelos alternativos y se legitimó con la profesionalización técnica e investigativa, vista también desde un proceso “civilizatorio” en el cual las prácticas y saberes ancestrales fueron descalificadas cuestionando con ello la diversidad cultural y reforzando los mecanismos de homogenización de las poblaciones y sus cuerpos como un organismo biológico único a nivel global¹⁷⁰ y como espacio (con unicidad y legitimación a nivel técnica, política, social, académica y con ello la legitimación social de quienes la ejercen) (Juan Cuví, 2015, pp. 94, 98-99).

Hay un deseo por controlar la salud a través del equilibrio y bienestar, siendo la enfermedad que aún no se logra controlar, un generador de ansiedad colectiva con la consecuente estigmatización social como se apreció recientemente con la pandemia por SARS COV 2.

¹⁷⁰ Geoespacialmente, porque el paradigma científico occidental hegemoniza y universaliza los referentes del conocimiento de la realidad por contraposición a las distintas cosmovisiones y tradiciones no occidentales. Hay una forma particular de conocimiento que se va tomando todas las geografías del planeta (Juan Cuví, 2015, p. 100).

La práctica de la profesión médica se apoyaba en la psicología. Todos seguros de sí mismo para hacerse cargo de alguna emergencia vital. Los doctores liberaban a otros de la responsabilidad de adoptar decisiones. En tal sentido, su papel era estrictamente comparable al del sacerdote, cuyas disposiciones para el alma aliviaban ansiedades semejantes a las que para el cuerpo aliviaban las disposiciones médicas (William McNeil, 1984, p. 238).

No obstante, algunos médicos alopáticos, así como otras disciplinas han aceptado recientemente que las llamadas medicinas mágico-religiosas o las medicinas de tradición indígenas y africanas son formas coherentes y, muchas veces, efectivas de entender las enfermedades y los enfermos. *Que, en lugar de rotularlos como expresiones vulgares de la ignorancia y la superstición, deben ser analizadas de manera crítica y cuidadosa –pero no dogmática- de acuerdo con una visión científica y cultural que no niega a priori aquello que no comprende, sino que trata de analizarlo buscando nuevas aproximaciones epistemológicas y fisiopatológicas* (Orlando Mejía, 2016, p. 139).

De igual manera, a pesar de toda la presión ejercida durante cerca de los 500 años en los que se implementó la conquista, colonia y época republicana con sus respectivas ideologías en torno a cómo debían ser las prácticas médicas y del cuidado de la salud, en la actualidad se continúan utilizando prácticas de origen ancestral, evidencia no sólo de la resistencia cultural, la transmisión intergeneracional del conocimiento, así como el cuestionamiento a las prácticas dominantes y los procesos de globalización. Son más comunes en las diversas poblaciones, sistemas de atención a la salud mixtos que incluye el consumo de medicamentos y atención médica alopática, con el consumo de plantas medicinales por medio de infusiones, las prácticas de sobado (e. g. ante “las pegas”), entre otras.

Desde las Ciencias Sociales también se ha logrado estudiar y visualizar los conflictos y negociaciones que las comunidades y sus sujetos establecen con los diversos sistemas de salud, como parte del proceso de adaptación sociocultural requerido en el abordaje de las creencias y prácticas establecidas en el cuidado de la salud, vistas desde su contexto cultural (por ejemplo, en el caso de la antropología), siendo la cultura un eje interconector entre la *agencia y la estructura social*. *Por su parte, la sociología médica se concentra en las funciones sociales involucradas en*

la división del trabajo, en el desarrollo social y las relaciones de poder (Lin Yen-Kuan, Hsu Mu-Tsu y Hsieh Ming-Chen, 2018, pp.53-54).

Por su parte, el enfoque de la antropología médica crítica reconoce los saberes relacionados con el cuerpo, la salud y la enfermedad, como culturalmente creados y negociados de forma dinámica en tiempo y espacio, y según la especificidad de las poblaciones particulares, desde un enfoque histórico y cultural del aprendizaje de la realidad¹⁷¹ (Sofía da Costa, María Florencia Linardelli y Gabriela Maure, 2016).

Esta visión culturalista, es la que posibilita retomar categorías médicas no occidentales, incluyendo las aproximaciones ecológicas, que propician las adaptaciones sociales, ambientales y culturales, a la vez que analiza los servicios de salud biomédico en función de las relaciones de poder, instaurados y que impiden lograr la interculturalidad en la salud (Andrea Chamorro y Constanza Tocornal, 2005, pp. 117-118).

¹⁷¹ Cuando se habla de realidad se hace desde el conocimiento, no hay posibilidad de realidad sin conocimiento, ni sin distinciones, ni sin observadores que las apliquen, ni sin comunicaciones que la informen. La realidad es construida (Niklas Luhmann, 1999, p. 75), siendo esta construcción social, cultural y situada históricamente.

VI PARTE

REFLEXIONES FINALES

Posicionamiento de la salud y las enfermedades socialmente

La presente investigación permitió asumir la temática del *estar bien* y el cuidado de la salud desde un enfoque holístico de las ciencias sociales. La revisión de la cultura material correspondiente a cerca de 25 siglos permitió evidenciar que *estar bien* no siempre significó carecer de enfermedades y/o condiciones (genéticas, malformaciones, entre otras), contar con los recursos óptimos para una adecuada alimentación, o carecer de preocupaciones, conflictos, entre otros.

Cada cultura le da un significado a su bienestar y en el caso de las poblaciones indígenas antiguas ese sentido trascendía la individualidad, su propia corporalidad e incluía el bienestar social o colectivo de las demás personas que conformaban la comunidad, el medio o la naturaleza y el mundo de lo espiritual. Lo anterior implicó un sistema complejo de representación simbólica de los distintos componentes de su sistema de creencia y, por ende, de procedimientos cuando alguno de estos componentes presentaba un desequilibrio o malestar. A su vez, ese malestar afectaba las diferentes poblaciones.

La revisión de las muestras osteológicas a su vez evidenció las enfermedades crónicas que dejaron huella en los huesos, los traumas, así como las condiciones (tanto genéticas, como de malformaciones). Muchas de estas enfermedades fueron dolorosas y requirieron de un cuidado especial tanto a nivel individual, como colectivo (roles colaborativos familiares o comunitarios) y un conocimiento especializado para afrontarlas, lo que se evidencia en la sobrevivencia de las personas, principalmente de quienes llegaron a edades adultas, así como infantes y jóvenes que superaron las dificultades de los primeros años de vida, lo cual se dio aparentemente sin distinción de sexo.

La evidencia artefactual refleja los roles de las distintas personas que presentaron alguna condición, enfermedad, trauma o diferenciación física. Complementa la evidencia anterior ya que permite identificar lo que se manifiesta en partes del cuerpo que no se conservan (*e. g.* tejido blando, órganos). y la importancia que se les dio por parte del colectivo, tanto a la representación física de las personas, como el rol social del mismo artefacto, siendo la mayoría como se

mencionó, bienes que suelen aparecer en contextos funerarios y fueron parte de rituales colectivos de importancia.

Finalmente, la evidencia documental, aunque limitada en comparación con otros países, cuenta el proceso de desestructuración de la forma de vida tradicional que se desarrollaba en Costa Rica previo a la conquista, los choques culturales, cambios y continuidades vividas por las poblaciones durante la época de conquista y colonia, así como las acciones realizadas por las diversas poblaciones, luchas, resistencia, negociaciones, entre otras. Si bien la presente investigación, se desarrolló en torno al concepto *estar bien* vinculado con la salud y enfermedad, en esta también se abordaron aspectos sociohistóricos y culturales relacionados con el poder (ascendente y descendente), ejercicios de dominación en relación con la territorialidad (de espacios geográficos y de cuerpos), cosmovisión y prácticas de cuidado y sanación tradicional, entre otros.

En la presente investigación se plantearon varias preguntas que permitieron abordar la temática, por lo que, en este apartado se procura responder cada una de ellas con los principales hallazgos. En relación con la pesquisa sobre

¿Cómo se concibieron las condiciones y enfermedades durante la época antigua y colonial de Costa Rica?

Se indica que *estar bien* incluyó la capacidad de autodeterminación. La capacidad de decidir cómo cuidar su salud, desde las prácticas culturales propias e inclusive decidiendo adoptar otras foráneas.

En épocas antiguas, se ha evidenciado la importancia de la red de apoyo posiblemente familiar y comunitario, lo cual se ha manifestado desde épocas muy antiguas con poblaciones pre sapiens (*e. g.* un adulto mayor (40 años) Neandethal de La Chapel Aux Saints, Andrea Cucina, comunicación personal, 2023).

Se presentó evidencia de traumas como quebraduras que debieron de requerir el autocuidado de quienes las vivieron, así como de la solidaridad y atención por parte de las personas con las que convivieron quienes se fracturaron. La evidencia de huesos quebrados que lograron curarse sin que se infeccionara, habla de la higiene y atención médica de la herida, posiblemente se cuidaron y sanaron haciendo uso de diversos procedimientos que incluyeron lavados, aplicación de plantas

medicinales, realización de suturas, así como utilización de vendajes e inmovilizaciones (como entablillados), entre otros procedimientos.

Durante los procesos de conquista y colonia, no todos pudieron contar con este cuidado. Las características de los conflictos bélicos, la constante huida de indígenas de la esclavitud a la se buscó someterlos (por parte los ibéricos), así como la exposición a nuevas enfermedades provocó estragos físicos y psicológicos en la salud de las poblaciones autóctonas y las personas esclavas de origen africano. Aunado a esto, los imaginarios sociales europeos en relación con la diferencia física (por ejemplo, asociada a ciertas condiciones) provocó un cambio en la valoración e inclusión de quienes contaban con corporalidades diferentes. Conceptos como “tullidos” denotan la connotación negativa dada, además de las concepciones religiosas de la época, en donde se concebía a gran parte de las enfermedades y condiciones como “castigos divinos a desobediencias”¹⁷², por lo que se debía acatar los mandamientos y preceptos divinos.

Para la época antigua (500 a. C. a 1560 d. C.), la evidencia material cerámica y la lítica principalmente permiten identificar a hombres y mujeres con diversas condiciones, particularidades físicas y enfermedades. Hubo una elección social de qué se representar, así como a quiénes, en la mayoría de los casos fueron personas jóvenes y adultas, habiendo muy poca representación de adultas mayores e infantes, estando estas últimas siempre vinculadas a las madres.

En la presente investigación se asume que la representación era fundamentalmente de personas de las distintas comunidades, esto por el nivel de detalle y particularidades físicas evidenciadas. Para el caso del Pacífico Norte, especialmente Guanacaste, se observan dos momentos en el tiempo en el que se dio

¹⁷² Por ejemplo, en Deteronomio 7:15: “Y el Señor apartará de ti toda enfermedad; y no pondrá sobre ti ninguna de las enfermedades malignas de Egipto que has conocido, sino que las pondrá sobre los que te odian”; Éxodo 15:28 “Y dijo: Si escuchas atentamente la voz del Señor tu Dios, y haces lo que es recto ante sus ojos, y escuchas sus mandamientos, y guardas todos sus estatutos, no te enviaré ninguna de las enfermedades que envié sobre los egipcios; porque yo, el Señor, soy tu sanador”; 2 Crónicas 16: 12 “Y Asa, en el año treinta y nueve de su reinado, enfermó de sus pies, y su enfermedad fue muy grande; pero en su enfermedad no buscó a Jehová, sino a los médicos” [probablemente la enfermedad de los pies era gota]; Deuteronomio 28:59 “Entonces el Señor hará horribles tus plagas y las plagas de tus descendientes, plagas severas y duraderas y enfermedades perniciosas y crónicas”, entre otras referencias.

una estandarización en las representaciones, aunque siempre manteniendo ciertas diferencias físicas (algunas más tenues que otras), la primera con la cerámica conocida como Marbella con impresión de concha en zonas (300 a. c. a 300 d. C.) y posteriormente, con los policromos Galo y Mora principalmente (500 a 1250 d. C.). Si bien podrían estar representando algunas deidades, consideramos que se trata de linajes, personas o familias con cierto estatus o importancia a lo interno de las comunidades y que, posiblemente se diferenciaban de las otras tanto física como en la decoración corporal y vestuario (ver Figura 61), entre otras formas que por su inmaterialidad no podemos conocer en la actualidad.

Figura 61

Fotografías de representaciones antropomorfas asociadas a los tipos cerámicos Galo policromo variedad Figura y Papagayo policromo variedad Mandador



Fuente: Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

Estas diferenciaciones se registraron en las particularidades físicas (malformaciones de ciertos huesos (por ejemplo, la frente de la representación Papagayo policromo), condiciones, características de los cuerpos, así como en la vestimenta, tipos de decoración corporal y hasta en la forma en la que se sentaban (*e. g.* entre las figuras Galo y Papagayo policromo), diferencias que posiblemente fueron también identitarias.

En la arqueología, estas características suelen registrarse en las clasificaciones cerámicas adscribiéndolas a distintos “tipos cerámicos” y sus respectivos modos (en este caso decorativos), asociando por ejemplo, a tecnologías de producción y colores como evidencia de la procedencia de los artefactos (se ha propuesto que los policromos con colores claros proceden del sector norte de la Gran Nicoya: en Nicaragua y los colores de base más salmón y beige oscuro se han manufacturado localmente (Guanacaste), pero en ambos casos con una adscripción de tradición mesoamericana.

Algunos autores, al hacer la búsqueda de las figuras en la arqueología mesoamericana, es posible reconocer que la producción sigue identificándose como “Nicoya”. Sin embargo, desde el Golfo de Fonseca en Honduras, hasta Guanacaste, es posible observar figuras con características generales compartidas (*e. g.* una predominancia de figuras femeninas con policromía, decoración corporal, representaciones de animales como lagartos, cruces y grecas, peinados-tocados, manos sobre los muslos o caderas, uso de expansores lobulares, entre otros detalles) (ver Figura 62), con particularidades que si bien se comparten con cerámica maya como bien han señalado Jane Stevenson, 1988; René Viel, 1978, entre otros, requiere de un análisis más pormenorizado y comparativo entre los diversos países, de los motivos decorativos.

Figura 62

Fotografías comparativas de figuras antropomorfas procedentes de Asanyamba Honduras con una Galo policromo procedente de Guanacaste Costa Rica



a. Figura A1-142, Fuente: Arqueólogo Hugo Chávez, 2022; b. Artefacto Museo del Jade y la Cultura Precolombina (fotografía Sergio García, s. f.).

La identificación de representaciones de enfermedades y condiciones principalmente en cerámica (debido a su detalle, color, relieves) ha permitido que se pueda inferir el papel de las personas que las vivían dentro del colectivo o comunidad. Las figuras con elaborados atavíos, haciendo uso de bienes que se han identificado como suntuarios son fundamentales para la formulación de esta inferencia. Sin embargo, no todas las representaciones identificadas tienen estas características.

Muchos artefactos son cerámicas monocromas que pueden estar presentes tanto en contextos funerarios como domésticos. Como se documentó, inclusive algunas de estas figuras fueron “retratadas” en actividades cotidianas, cargando vasijas, cuidando infantes, etc. Nuevamente esta evidencia permite inferir el rol activo de las personas representadas dentro de su comunidad a pesar de sus enfermedades, condiciones y traumas.

Mediante la presente investigación también se evidenció que las personas con una posición de jerarquía y, por ende, con poder no necesariamente van a reflejar

opulencia (*e. g.* poseer arquitectura diferenciada, vestuarios suntuosos, pintura corporal, joyas, etc.).

En estos casos inclusive su representación no necesariamente se va a diferenciar del colectivo, o va a tener vestimentas, pinturas u otras que les diferencie (sus materialidades más importantes podrían ser el bastón y las piedras adivinatorias, pero no se suelen representar en la cultura material), al menos que se trate de una posible representación de una escena vinculada a un ritual o ceremonia, por lo que es posible que las representaciones que cuentan con bienes suntuarios, pintura corporal y otros se traten principalmente de personajes con poder político¹⁷³.

Al menos en las representaciones en piedra para la región arqueológica Central se ha asumido como awápas también denominados como sukias a las esculturas en posición de cuclillas, desnudos y meditando o con objetos cilíndricos en su boca (*c. f.* puros de tabaco u otros) muchos de los cuales están muy delgados posiblemente por las prácticas de ayuno asociadas a la curación y costillas resaltadas, algunas de ellas con escoliosis, así como las esculturas de personas de pie con máscaras de algún animal.

Por lo general, en las ciencias sociales se trabaja con los conceptos de poder asociados al ejercicio de la dominación (poder vertical o descendente, así como el poder desde abajo en el caso de las poblaciones que luchan contra la opresión manifestadas de diversas maneras). Si bien estos conceptos también son de utilizad en la arqueología, principalmente en poblaciones con diferenciación social y con diversidad de roles políticos, económicos, entre otros, dentro de los diversos colectivos humanos, existen diferenciaciones sociales que no necesariamente se reflejan en el ámbito económico acumulativo de bienes suntuarios.

En este particular se resalta el poder que se ejerce por el respeto y en ocasiones miedo. Dicho poder puede relacionarse con el linaje al cual está adscrita la persona, sus conocimientos especializados, capacidad de comunicación con las deidades, entre otras valoraciones positivas o negativas dadas por el colectivo. Esto es usual en

¹⁷³ Lamentablemente no hay mucha información sobre las personas encargadas del cuidado del cuerpo en los documentos etnohistóricos y etnográficos en poblaciones indígenas de la Gran Nicoya por lo que este tema deberá ser explorado con mayor detalle en caso de que se cuente con crónicas aún desconocidas para la zona.

poblaciones no capitalistas, siendo un ejemplo de ello quienes desempeñaron roles de gran importancia colectiva como es el caso de usékares, awápas, entre otros posibles. Por ejemplo, las fuentes etnohistóricas reflejan la importancia que estos tenían para los pueblos indígenas, fueron guías inclusive de las luchas de resistencia, pero a la vez, las personas ibéricas y criollas también les otorgaron poder al tenerles.

El colectivo que se beneficia del conocimiento e intervención de estas personas especialistas, le proveen muchos de los bienes y alimentos que requieren para la supervivencia, como se mencionó páginas atrás con la forma de cobrar de los awápa o el suministro del cacao que requería el usékar por parte de los vecinos.

El poder inspirado por el respeto es quizás uno de los más efectivos, ejemplo de ello fue su permanencia e influencia entre las personas nativas del Costa Rica durante toda la conquista y colonia. Los awápa también llamados “brujos y hechiceros” por los ibéricos y criollos, continuaron atendiendo la salud individual y colectiva de los pueblos indígenas, e inclusive de algunas mestizas y criollas. Además, lideraron la resistencia y legaron sus conocimientos a las nuevas generaciones. Sin embargo, el cambio cultural acaecido principalmente en el último siglo y medio ha provocado una caída en la cantidad de personas que continúan con esta tradición sea en calidad de awá o acudiendo a sus servicios.

Por otra parte, fue de interés en la presente investigación asumir el tema del cuidado de la salud desde una perspectiva no estigmatizada. Una herencia de la modernidad ha sido la patologización del cuerpo y los diversos estados de este.

Si bien desde la bioarqueología se trata las enfermedades y traumas que se manifiestan o conservan en los restos óseos como paleopatologías, se buscó explicar desde el conocimiento científico las razones de la presencia de esas anomalías en los tejidos óseos, valorando el tipo de enfermedades que los provocaron, ambientes, bacterias o situaciones que pudieron incidir en la presencia de dichos cambios en los restos óseos. Se explicó también, que el hecho de que una persona naciera con alguna condición (genética o congénita) no significa que sean personas enfermas *per se*. Al igual que todas las personas, pueden vivir una vida plena dentro de las posibilidades de su condición y ser sanas, así como también en distintos momentos de su vida pueden enfermarse como cualquier otra persona, su condición no la hace enferma, aunque en algunos casos pueden incidir en que tengan displasias u otras

particularidades físicas que debieron de cuidar. Este es un tema que desde hace algunos años se ha venido abordando desde distintos colectivos de personas con condiciones entre ellas de las personas con síndrome de Down, quienes se encuentran dentro del espectro autista, personas que se encuentran en situación de discapacidad auditiva, de origen visual, entre otras. Lo anterior como un llamado a la necesidad de despatologización de las diferencias de origen físico, intelectual o psíquico.

No obstante, desde la arqueología el estudio de los contextos, y otros materiales, el análisis de ofrendas como las figuras humanas representadas sobre cerámica y lítica permitieron un acercamiento a la valoración o no de las personas con enfermedades o condiciones, así como de especialistas en el cuidado de la salud.

Cómo se experimenta la enfermedad es una experiencia fundamentalmente social, cada cultura establece las creencias que dan forma a la manera en la cual se asume las corporalidades enfermas, así como la estructura que responde a dichos síntomas y formas de abordar el cuidado.

La percepción social de la enfermedad es importante, ya que desde la medicina y otras ciencias que se encargan de diagnosticarlas, abordarlas e investigarlas el tipo de lenguaje empleado y su categorización puede causar un impacto positivo o negativo a nivel social. Por ende, dejar de lado el abordaje de las enfermedades y condiciones como “males”, “dolencias”, “padecimientos”, entre otras denominaciones, es una decisión política, de ahí que la autora de la tesis no se refiriera a las mismas con estas palabras de connotación negativa.

Es conocido que no todas las culturas asumen los cuerpos enfermos o con traumas de manera negativa, de igual manera la diferencia física ocasionada por algunas condiciones. En el caso de las enfermedades, como se apreció para el caso de algunas poblaciones indígenas en Costa Rica como las talamanqueñas, las posibles causas se presentan en el incumplimiento de algunos preceptos, por culpa de espíritus u otras razones.

Actualmente el impacto que tienen muchas enfermedades y condiciones en la vida de las personas es principalmente social debido a la estigmatización que se genera alrededor de las mismas. Los nombres con los que se clasifican los cuerpos, las diferencias y las enfermedades (sean estas ligeras o pasajeras como una gripe,

agudas o crónicas) también inciden en cómo se les acepta o no socialmente y con ello, cómo se continúan gobernando las territorialidades corporales.

Concebir a los cuerpos en perfecto funcionamiento e inclusive su comparación con máquinas, como herencia de la industrialización, así como los estándares que se han impuesto incluyendo los estéticos han provocado problemas de autopercepción, y abordajes que afectan física, emocional y socialmente a quienes tienen las enfermedades o condiciones, por ejemplo, las personas con obesidad o trastornos alimenticios, quienes tienen síndrome de Tourette, entre otros.

Si bien no se cuenta con evidencia escrita para épocas antiguas y tampoco se puede generalizar que sucediera en todas las culturas que han existido en el espacio que actualmente se conoce como Costa Rica, la información existente permite inferir el cuidado de las personas enfermas y aceptación de la diferencia física. Como se preció en el estudio de la evidencia material cerámica y lítica, quienes fueron representados tuvieron un rol activo en las dinámicas comunitarias, siendo algunas de ellas, de índole políticas y religiosas.

¿Cuáles son las diferencias genéricas en los conocimientos relacionados con la enfermedad y los procesos de sanación según pueblos y grupos étnicos de la época colonial en Costa Rica?

La presente investigación permitió responder a esta interrogante contemplando diversas categorías. En primer lugar, fue evidente que, para épocas antiguas, la dieta y prácticas higiénicas incidieron en el estado de salud oral de las poblaciones. Por su parte la seguridad alimentaria afectó en el estado de salud de algunas personas durante su crecimiento, dejando evidencia de un acceso deficiente de nutrientes e incluso limitaciones en el crecimiento. No obstante, la criba orbitaria, hiperostosis porótica y líneas de Harris por ejemplo, no representaron problemas generalizados en la población, inclusive en muchos casos no fue posible identificar lesiones o anomalías en los restos óseos.

Fue evidente el cuidado de la salud para la sanación adecuada de heridas y traumas, lo anterior evidenciado en la ausencia de infecciones relacionadas a quebraduras. El tipo de asentamientos, así como el acceso al agua y las prácticas higiénicas de las poblaciones indígenas debieron de incidir en este aspecto. Que las

personas se bañaran todos los días inclusive fue motivo de extrañez entre la población ibérica. A la vez, cada sitio arqueológico estaba cerca de fuentes de agua que les permitía abastecerse, así como asearse a sí mismos y a sus implementos, entre ellos domésticos.

Es conocido que la distribución de asentamientos hacía que algunas aldeas estuviesen relativamente alejadas unas de otras, inclusive los centros poblacionales contaron con poblamiento periférico al sitio central, (*e. g.* Agua Caliente de Cartago, en donde se presenta una aldea nuclear y registros de unidades habitacionales en sus alrededores).

Tanto la distancia que existía entre los colectivos, como las prácticas de higiene que pudieron tener a lo interno de las aldeas, estaba relacionado -entre otros aspectos- con prácticas de salubridad colectiva. Lo mismo sucede con el tratamiento dado a los cuerpos y las prácticas funerarias asociada al enterramiento de las personas fallecidas, el tratamiento de los cuerpos y las construcciones funerarias fueron determinantes en la salud a lo interno de las aldeas. Se debía garantizar que no hubiese mal olor, no se atrajeran insectos y otros animales que pudiesen desenterrarlas, lo cual sería evidente en los contextos (por ejemplo, con alteración de las tumbas o fosas, dispersión de restos óseos, etc.).

Por otra parte, existieron encargados del cuidado de la salud física, emocional, espiritual, comunitaria y ambiental. Dentro de esta categoría estaban desde las personas que a lo interno de cada familia podía atender situaciones puntuales como enfermedades del estómago, dolores de cabeza, entre otros, en un siguiente nivel se ubican quienes pudieron “sobar” o “acomodar quebrantos y otros” y finalmente, las que, con conocimientos especializados como los usékares y awápas documentados en información etnohistórica y etnográfica tuvieron una especialización y rol de liderazgo reconocido colectivamente, hasta llegar a las personas más importantes como es el caso de las personas con roles como el de las usékares (por ejemplo, para el caso talamanqueño).

Para la época colonial el panorama se amplía, ya que confluyen personas de diversas procedencias y las múltiples variedades “tipos” de descendientes (clasificados en la época como castas). Es conocido que las prácticas higiénicas de los ibéricos eran “más limitadas” que las de las poblaciones autóctonas del

continente americano, lo cual también debió incidir en su salud al llegar al continente americano, máxime en lugares con clima tropical como Costa Rica.

En el caso de los europeos, la salud estaba a cargo de religiosos, barberos y otras personas además de los médicos (que eran muy escasos).

Las prácticas culturales también incidieron en el estado de salud de las personas, por ejemplo, Cristóbal Colón tenía gota, ésta se consideraba una enfermedad relacionada con personas de élite que podían consumir ciertos productos (*e. g.* carnes, bebidas alcohólicas) en mayores cantidades. Otras prácticas que incidieron en la salud fueron los oficios desempeñados, entre ellos el de marineros que podían presentar déficit de la vitamina C, etc.

Por su parte, las poblaciones de origen africano fueron vulnerabilizadas debido a las prácticas de esclavitud implementadas por personas europeas. Las prácticas asociadas al cuidado de la salud es posible que se parecieran más a las asumidas por las poblaciones autóctonas, sin embargo, al ser tratados como mercancías se sometieron a capturas, viajes y estancias en condiciones paupérrimas, con ausencia de medidas higiénicas, inseguridad alimentaria, alergias, entre otras situaciones y enfermedades para los cuales no estaban preparados necesariamente en su vida habitual. Posteriormente, cuando arribaron al continente americano, se le sometió a sobrealimentación para recuperar peso, así como ingesta de productos alimenticios ajenos a su cultura.

Al comparar las distintas poblaciones, además de la criolla y mestiza, es posible apreciar dos principales semejanzas:

- En todos los casos, las personas cuidaron de su salud haciendo uso de plantas medicinales, minerales y animales que les auxiliaban de distintas maneras en sus procesos de sanación. La diferencia principalmente radicó, para las épocas más tempranas de la conquista y colonia, en que las poblaciones nativas americanas eran quienes más sabían de la efectividad de las medicinas según el tipo de enfermedades locales e inclusive para sanar traumas como quebraduras. En este sentido, el uso de los animales fue distinto y con mayor prevalencia en las culturas americanas y africanas, fuese para que éstos “absorbieran” las enfermedades o como parte del consumo como medicina (en ungüentos, sopas, etc.), mientras que en el caso de las personas europeas

estuvieron más relacionados con la succión de la sangre y sus/humores como el caso de las sanguijuelas.

- Otro aspecto fundamental dentro de los procesos de cuidado de la salud y las curaciones lo representó el sistema de creencias. En todos los casos las personas más especializadas en el cuidado de la salud tuvieron roles de líderes generalmente religiosos y de guía de los distintos pueblos étnicos. Para los europeos este rol fue asumido por sacerdotes, monjes y monjas, entre otras fundamentalmente. En las poblaciones de origen africano por sacerdotes y finalmente el caso de las poblaciones autóctonas americanas por médicos de tradición indígena y líderes espirituales. De igual manera en muchas de estas poblaciones debió haber mujeres parteras que asistieran a las mujeres embarazadas y a sus hijos/as aunque estas pudieron desenvolverse en roles más familiares o comunitarios. Si bien es cierto, las prácticas de sanación vudú por ejemplo, son muy distintas a las de las poblaciones talamanqueñas y estas a su vez difieren de las de origen hispanas, criollas y algunas mestizas, confluyen en que se asumía la enfermedad como consecuencia de las relaciones de las personas y el medio con el que se relacionaban (otras especies, el ambiente como una “madre tierra” a la que se debe consultar antes de extraer productos, etc.), la relación con sus deidades, espíritus y otros seres (buenos y malos), como consecuencias o castigos ante ciertas transgresiones sociales, etc. en el fondo a nivel de explicaciones, se está asumiendo elementos básicos coincidentes. En este sentido, uno de los principales problemas fue querer imponer una única cultura, un único dios, proyecto inconcluso en todo el continente americano.

Otros aspectos genéricos -además de los obvios como los diversos tipos de tratamientos dados a las enfermedades según pueblo étnico- fueron el tipo de establecimientos en donde se instalaron los asentamientos (fuesen estos habitacionales, extractivistas-productivos, bélicos u otros). Al haber un interés principalmente por la captura para reducir en pueblos de indios, obtener trabajo esclavo africano y afrodescendiente, etc. así como la implementación de ciudades que congregaban a muchas personas modificando los tipos de asentamientos

tradicionales con mayor dispersión, se propició una mayor tensión sobre los recursos, mayores posibilidades de contaminación del suelo y aguas de uso colectivo, así como impacto en los casos de ataques de enfermedades.

Lo anterior, así como la modificación de las prácticas de higiene y los cambios culturales sobre cómo y dónde realizar los rituales funerarios, los cambios en las prácticas alimenticias incluyendo la exposición a nuevos alimentos y formas de procesarlos que pudieron causar enfermedades (*e. g.* la pelagra) e intolerancias, anemias y otros en las distintas poblaciones. Además del impacto social y psicológico de todos estos procesos de cambio impuestos con la conquista y colonia, la exposición a nuevos patógenos y sus causas (explicadas por todos los pueblos según sus sistemas de creencias) debieron afectar a todas las poblaciones que interactuaron de diversas maneras.

Otro cambio significativo parece ser la apreciación de las diferentes físicas. Si bien, en la antigüedad de Costa Rica se representaron personas con diversas condiciones en actividades rituales y cotidianas, la literatura deja de registrar a estas para la época colonial. En este sentido existen diversas posibilidades a analizar en el futuro, entre ellas están primero que durante la época colonial fuesen cuidadas y/o aisladas en el seno de sus familias con una participación menos activa socialmente y segunda, que el cuidado y la atención que se les dio en épocas antiguas previo a la conquista (se sabe porque las representaciones son fundamentalmente de adultos, por ende, tuvieron un cuidado para su sobrevivencia por parte de sus familiares o comunidades -al menos para los casos en que sus incapacidades físicas y/o mentales fuesen más limitantes), se dejaran de lado o fuesen más limitadas en épocas de la colonia y por ende, su sobrevivencia y capacidad de reproducción se viera disminuida.

También existe la posibilidad de que las nuevas concepciones sobre esta diferencia física al ser negativas (como se indicó desde el cristianismo se conciben enfermedades y en este caso condiciones, como castigos divinos sea hacia la persona, sus padres u otros) limitase las posibilidades de perpetuación genética en generaciones subsecuentes e inclusive que se presentaran infanticidios, abandonos, etc. Sin embargo, este es un tema para explorar con mayor profundidad en el futuro.

¿Cómo se evidenciaba el poder y la resistencia en el abordaje de la salud y la enfermedad?

Relacionada con esta interrogante se encuentra: ¿Qué papel desempeñó el cuidado del cuerpo dentro de las dinámicas de poder y resistencia que se desarrollaron en la época colonial? Como se indicó en la presente tesis, el ejercicio del cuidado de la salud se llevó a cabo en espacios domésticos, así como por medio de la intervención de personas especializadas que contaban con el auxilio de seres sobrenaturales, plantas, minerales y fauna, oraciones, entre otros.

En los pueblos indígenas antiguos y coloniales el papel de los usékares y awápa¹⁷⁴ fue determinante. Es posible identificar algunas de sus implementos curativos y artefactos utilizados en los procesos de preparación para la atención de sus pacientes (*e. g.* pipas, inhaladores nasales), así como los utilizados durante la sanación (piedras adivinatorias).

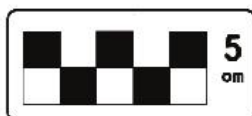
El poder era manifestado por medio de su conocimiento y capacidad de mediar entre vivos y los espíritus/deidades y demás seres que ocasionaban las enfermedades, así como de quienes podían ayudar a curarlas.

Como se evidencia en la cultura material y las descripciones etnográficas, dicho poder no se expresó necesariamente en una indumentaria específica, inclusive las esculturas popularmente denominadas como “sukias” son representadas desnudas. Es posible que las representaciones de personas con indumentaria como máscaras, pieles o trajes (ver Figura 63) correspondan a otro tipo de actividad colectiva o muy especiales relacionadas con el cuidado de la salud u otro tipo de prácticas como, por ejemplo, las funerarias o de otra índole.

¹⁷⁴ Se utiliza el término talamanqueño, pero pudo tener distintas denominaciones en otros pueblos étnicos de origen no bribri o cabécar.

Figura 63

Fotografía de ocarina asociada al grupo Santa Clara (100 a. C. -500 d. C.) que presenta una escena de personas especializadas atendiendo a otra en posición acostada, Caribe Central, Limón



Fuente: Museo del Jade y la Cultura Precolombina. Elaboración propia, tratamiento de la imagen Erick Rojas.

En este caso las personas a cargo de la salud individual y colectiva como los awápas contaron con prestigio y fueron muy respetados, lo anterior quedó evidenciado en su capacidad de liderazgo y movilización en las rebeliones indígenas, así como en la perdurabilidad en el tiempo de las prácticas de sanación. Lo mismo sucedió con los médicos de tradición africana. Las prácticas de sanación estuvieron asociadas a sus sistemas de creencias religiosas y en ellas se emplearon cantos, oraciones, signos y símbolos, plantas, ungüentos y otros medios para curar las enfermedades, aunque entre lo que más llamó la atención de los españoles y sus descendientes eran de los “muñecos vudú” (para el caso de poblaciones de ascendencia africana) inclusive referidos en Costa Rica en la respuesta dada por el Asesor Lic. Enrique del Águila a finales del siglo XVIII ante la acusación de brujería.

Debido a las diferencias en el procesamiento, uso, consumo y aplicación de diversas medicinas, así como las actividades realizadas en las curaciones (oraciones, preparaciones corporales, uso de imágenes, entre otras), algunas de las prácticas relacionadas con los procesos de sanación ejecutadas por las personas médicas de tradición indígena y africana, fueron catalogadas por los ibéricos y sus descendientes

como hechicería, superchería, magia, tratos con el diablo, entre otras denominaciones. Lo anterior causó temor entre los europeos, criollos y mestizos, lo cual como se indicó previamente, fue aprovechado por médicos para continuar resistiéndose a los procesos de dominación, haciendo uso así del capital simbólico, credibilidad y capacidad de convocatoria entre sus pueblos para las rebeliones contra los españoles.

En el caso de las personas europeas, este capital simbólico era ejercido por médicos y religiosos, quienes manejaron un discurso de dominación por superioridad -tanto de conocimiento científico sobre medicina, como por medio del discurso ideológico en el cual la enfermedad era castigo divino y, por ende, quienes enfermaban era porque las personas estaban haciendo algo mal, y ese “mal” era definido por religiosos cuándo se cumplía o no con dios, con la iglesia y la corona.

Durante la época colonial quedó evidente que *estar bien* estaba relacionada con la capacidad de sobrevivencia, de poder vivir su cultura y autodeterminación. Claramente para las personas indígenas no era conveniente quemar sus viviendas, áreas de cultivo y huir a los lugares donde podían encontrar enfermedades, animales, espíritus, etc.... pero fue el mecanismo más efectivo para aletargar y en ocasiones frenar el proceso de conquista y colonización. En estos casos se ponía en riesgo la seguridad alimentaria propia, para atacar la de los conquistadores y con ello tratar de resistir ante las huestes.

En el caso de las poblaciones de origen africano, esta situación variaba, debido a que entre las que fueron trasladadas al continente americano se podían encontrar o no a líderes religiosos médicos. El conocimiento en torno al cuidado a la salud, pudo estar determinado por la medicina doméstica o de uso familiar/comunitario. Es por esta razón que no necesariamente hubo personas especialistas en esta temática de los diversos pueblos étnicos desplazados en todas las provincias y territorios colonizados en América.

Fue de utilidad la comparación de los cuerpos con el de territorios por conquistar, ya que, si bien las personas ibéricas intentaron inculcar en las poblaciones vulnerabilizadas africanas y americanas nociones de inferioridad y desprecio por sus prácticas culturales, la medicina europea y específicamente en España no era la más avanzada, ni tampoco tenían la cantidad de médicos y

capacidad de atención que se requirió en el continente americano y específicamente en Costa Rica. Quedó claro en la documentación que la presencia de médicos españoles era esporádica y los altos costos por sus servicios eran difíciles de pagar, sin mencionar también que no se brindaba garantía por sus resultados.

En cambio, las prácticas tradicionales indígenas continuaron, eran las personas que podían estar a disposición de las distintas poblaciones, principalmente indígenas y de otras que acudieran a su servicio. Fue así como “silenciosamente” se continuó abordando la corporalidad desde las prácticas tradicionales en su mayoría y con ello se perpetuó las tradiciones en diversos niveles, principalmente los relacionados con la herbolaria (por parte de las personas pacientes), pero tradiciones ancestrales como la consulta a las piedras adivinatorias por parte de los awápas.

Contemplando lo anteriormente expuesto y al ser el manejo del cuerpo un elemento integrante de las disposiciones sociales, el analizar las situaciones sociales que involucran.

Retomando a Pierre Bourdieu (1991), el manejo del cuerpo evidencia la integración de un conjunto de disposiciones sociales que orientan los comportamientos. Por lo que es útil para analizar lo que se establece socialmente como apropiado e inapropiado y los horizontes de sentido de acción según las prácticas corporales de las distintas poblaciones que confluyeron en la época colonial.

[...] *pensar desde el cuerpo* es factible ya que las maneras de conducirse han incorporado ya racionalidades que implican algún grado de comprensión de sus lógicas de acción, aunque esta comprensión no sea ubicada cabalmente en el plano de la auto reflexividad sino en el “sentido práctico” como lo llama Bourdieu (1991). Es así como el análisis de las lógicas corporales abre la posibilidad de problematizar cómo los sujetos interpretan, actúan y transforman eventualmente las disposiciones sociales que los conducen a efectuar ciertas acciones y no otras (Miguel Ángel Aguilar y Paula Soto, 2013, p. 12).

El discurso oficial continuó negando la importancia y pertinencia de atender la salud de las personas desde las tradiciones amerindias y africanas. Aun así, acudía a este conocimiento para su sobrevivencia, “el sentido práctico” resultó ser efectivo y necesario, aunque en el imaginario social de las poblaciones criollas, mestizas y

otras principalmente a partir del siglo XVII, asumieron el conocimiento ancestral en un sincretismo discursivo cristiano. Quizás por lo anterior, es que esta temática ha pasado parcialmente desapercibida en las investigaciones sobre la temática, como bien señala Olga Sabido (2013, p. 23) con la actitud que toma la conciencia en la vida cotidiana, las personas científicas sociales pueden conocer el mundo más allá de la percepción inmediata que se tiene sobre éste.

¿Cuáles condiciones y enfermedades estuvieron presentes durante la última fase de ocupación antigua y la época colonial, para el caso del territorio que actualmente se conoce como Costa Rica?

Existe un contraste significativo entre las enfermedades y condiciones evidenciadas en los restos óseos (800- 1821 d. C.) y las representadas en los artefactos cerámicos y líticos (500 a. C. 1560 d. C.). En el primer caso se aclaró que no es posible conocer múltiples enfermedades agudas ya que no dejan evidencia en los restos óseos como sí sucede con algunas crónicas y traumas. Lo que más se evidenció fueron enfermedades orales, en gran parte relacionadas con el aseo e infecciones, así como como falta de nutrientes (*e. g.* caries, cálculo dental, sarro, enfermedad periodontal, pérdidas *antemortem*), lo anterior hace alusión a la ingesta de alimentos como carbohidratos presentes en granos y tubérculos.

También se observó evidencia de problemas de nutrientes en los primeros años de vida (*e. g.* hipoplasia de esmalte, hiperostosis porótica y criba orbitaria), sea por anemia, presencia de parásitos, u otras. Sin embargo, en este caso no estuvo presente en gran parte de la población, su presencia fue más notoria para el Pacífico Norte de Costa Rica, posiblemente asociado a una mejor conservación de los restos óseos. De igual manera se observó osteofitosis vertebral, periostitis, osteomielitis, osteoporosis, osteoartritis vertebra y osteoartritis, entre otras enfermedades.

En contraste, las representaciones en la cultura material parecieran estar más relacionadas con las condiciones que diferenciaban físicamente, entre ellas la acondroplasia, posible síndrome de Crouzon y otros. A muchas de estas personas se les representó con indumentaria distintiva como pintura facial y corporal, diversos tipos de vestuario, expansores de orejas y joyas.

En otros casos se les representó sentados sobre bancos, metates, con sombreros cónicos, tocados y otro tipo de sombreros en sus cabezas, las cuales principalmente para el caso de los materiales de la Gran Nicoya podían tener una forma atípica de la cabeza (no es posible definir si por modificación cultural o una profa de apreciar y representar las cabezas de quienes tenían algún síndrome, o de malformación). Por otra parte, se observó distintas formas de representación formas atípicas en el cuerpo (como abultamientos) como el caso de las “jorobas” y otros que pudieron representar diversas anomalías subcutáneas (*e. g.* lipomas, tumores, quistes, adenopatías, entre otros).

Experiencia del proceso doctoral

Investigar siempre será una experiencia única y placentera que brinda satisfacción, pero también preguntas que no se pueden responder. Al proceder del campo disciplinar arqueológico, se partió de la necesidad de plantear preguntas que permitiesen aproximarse al conocimiento de los seres humanos del pasado, lo que incluye una amplia gama de posibilidades, siendo esta ciencia quizás la más amplia en las Ciencias Sociales ya que a su vez abarca a las distintas ciencias sociales en el estudio del pasado antiguo. Si bien, en ocasiones se debe recurrir a evidencia que requiere análisis especializados que parecen más cercanos a las ciencias naturales que a las sociales, los resultados de aplicar dichas técnicas y procedimientos están en función de la interpretación social del pasado.

Ingresar al doctorado en Ciencias Sociales brindó un refrescamiento y adquisición de conocimientos principalmente teóricos y epistemológicos desde otras disciplinas, que como es de esperar, fueron de utilidad y acordes con la antropología y la arqueología.

Desde la arqueología también se aportó al doctorado, en cuanto al potencial de conocimiento y análisis de las particularidades sociales actuales, tomando en cuenta las bases históricas y antiguas. Se recuerda la antigüedad que tiene el ser humano, así como las dinámicas que se suelen estudiarse en las disciplinas sociales, como en la sociología, y otras ciencias como las médicas. De igual manera, la importancia de concebir al ser humano desde sus componentes bio-psico-social, entre otros aspectos.

Si bien en un inicio el tema propuesto en la presente investigación pudo generar dudas, principalmente sobre la necesidad de realizar ciertos análisis con materiales arqueológicos, lo vivido con la pandemia, lamentablemente, permitió ver la pertinencia y vigencia del tema. Las personas viven sus cuerpos de múltiples maneras y la salud es un campo que en la modernidad se ha dejado fundamentalmente en manos de profesionales en medicina, enfermería y más reciente la psicología, educación física, entre otros, pero también requiere un mayor abordaje desde las ciencias sociales, en trabajos inter y multidisciplinares.

La historicidad de las pandemias en los últimos siglos ha evidenciado la vigencia de distintos tipos de prácticas de cuidado. Inclusive en la actualidad queda claro que, si bien muchas personas creen en la medicina alopática, el avance de la ciencia médica y farmacéutica, etc., todavía una amplia parte de la población desconfía de la medicina alopática y las vacunas.

Se demostró también que un segmento importante de la población conserva algunas creencias religiosas (diversos sistemas de creencias, incluyendo tradiciones derivadas del cristianismo) que no creen en las medicinas y medidas de salubridad. Lo anterior no es de extrañar, ya que los sistemas de creencias son las prácticas culturales más arraigadas y se ponen a prueba en momentos de crisis como sucede con una pandemia (las cuales en los últimos siglos han sido cíclicas), con lo anterior, no se afirma que las prácticas culturales sean rígidas, por el contrario, son dinámicas como la cultura, lo que sí se evidencia es la necesidad humana de creer -muchas veces en seres superiores-, inclusive más que en la ciencia moderna.

La investigación cumple con los principios del doctorado en Ciencias Sociales, siendo la tesis un trabajo original de investigación social que abordó un tema poco investigado y asociado a las poblaciones del pasado, aunque con pertinencia para las poblaciones presentes.

Se realizó un aporte crítico en relación con las conceptualizaciones del cuidado del cuerpo y la salud desde un enfoque integral físico, histórico, sociológico y antropológico (incluyendo lo arqueológico, bioarqueológico y desde la antropología física y médica), valorando los significados que las personas habitantes de Costa Rica han dado a la salud, enfermedad y condiciones desde la antigüedad hasta la finalización del periodo colonial.

Se planteó e insistió en la importancia de definir el significado de *estar bien* vinculado al cuidado de la salud como un estado de bienestar que no necesariamente incluye la ausencia de enfermedades, condiciones y traumas. Por el contrario, es una decisión personal y social que incluye más allá de la corporalidad y el estado físico y mental de las personas, a esto se suma las relaciones comunitarias, espirituales y naturaleza de la cual se forma parte. Dado lo anterior, se realizó un aporte crítico y creativo al proceso de conocimiento (Artículo 1 Doctorado en Ciencias Sociales, 2012), tanto en la construcción teórico- metodológica del proyecto de investigación como en el manejo de los resultados y la complejidad de la temática además de la cantidad de siglos abarcados, desde un enfoque disciplinar articulando aportes de las disciplinas de las ciencias sociales en objetivos comunes generando transferencias teóricas y metodológicas (Artículo 2, *Ibid.*).

El componente interdisciplinario, junto con el planteamiento de temática abordada, permiten pensar en el papel de las personas científicas sociales, quienes llevamos a cabo investigaciones permeados de la historia colonial, capitalista, el conocimiento moderno, así como de las geopolíticas, en este caso en Costa Rica, siendo conscientes de los procesos acelerados y violentos de cambio cultural durante principalmente los últimos 500 años.

El ejercicio complejo de integración de los múltiples saberes colabora en la generación de las nuevas agendas sociales, políticas y culturales que ya no privilegian exclusivamente el papel de los seres humanos (antropocentrismo), sino que es consciente de incluir el rol de la ecología y estudio del medio o el ambiente, vivido, del cual se forma parte y a la vez se ha cosificado y sobreexplotado. Por ende, se buscó aportar a las discusiones teóricas que desde hace algunas décadas se están gestando desde diversos posicionamientos, entre ellos la decolonialidad.

De esta manera, se trabajó la temática del poder, la dominación y la resistencia como ejes articuladores de todo el proceso. Los conceptos complementarios, permitieron abordar en algunos casos como teoría de rango medio, elementos metodológicos analíticos de base que sirvieron como evidencia tangible para afirmar procesos sociales.

El análisis de la cultura material, documentos y los restos óseos fueron fundamentales para acceder a información muy variada y complementaria entre sí, permitiendo llenar vacíos que se presentan si solo se analiza una línea de evidencia.

Al ser una investigación pionera en el tipo de abordaje, se partió de un método inductivo. Sin embargo, alrededor de ese método en apariencia lineal, fue necesario articular procesos teóricos y metodológicos que discutían entre sí y se contrastaban constantemente, semejante a un abordaje dialéctico. Lo anterior fue lo que permitió articular como “un todo” la información de corte médica, antropológica, sociológica, histórica, arqueológica y bioarqueológica, junto con los saberes tradicionales de diversos pueblos y grupos étnicos.

La información analizada permitió identificar la integración social a pesar de la diferencia en el pasado, el cambio en la concepción de la otredad fundamentalmente étnicas y de personas con condiciones que física y mentalmente podían diferenciarse de los demás, durante la época colonial y acceder a información que generalmente está dispersa y no dialoga entre sí.

Todas las disciplinas sociales aportan al conocimiento sobre los distintos colectivos, sin embargo, la arqueología brinda insumos importantes al estudio del poder, la resistencia, la dominación y el cambio cultural, entre otros temas, que permiten comprender el origen de procesos sociales actuales que son investigados desde otros campos disciplinares, así como la teoría de las otras disciplinas también aportan a la arqueología.

Fue interesante abordar el estudio de los procesos de resistencia tanto violentos como no violentos y proponer el cuidado del cuerpo con prácticas de tradición indígena y africana como una resistencia “exitosa”.

Si bien las presiones a las que fueron sometidas las poblaciones para que abandonaran sus tradiciones fue intensiva y el proceso de mestizaje sirvió como instrumento para ello, es claro que al menos en este aspecto, la condición periférica de la provincia colonial de Costa Rica y la poca o nula presencia de médicos oficiales españoles facilitó la persistencia de las medicinas tradicionales. Gracias a este cuidado de la salud ancestral, también se logró conservar conocimientos relacionados con los sistemas de creencias religiosos, la transmisión intergeneracional del oficio y otros aspectos fundamentales para el bienestar de las poblaciones, las cuales también

podieron adoptar prácticas foráneas e integrarlas al mosaico de conocimientos acumulado. Es posible que esta desventaja geográfica (por la lejanía con la Capitanía General de Guatemala), así como la colonización tardía de Costa Rica, sirviese como ventaja en términos sociopolíticos para las personas líderes políticas, pero sobre todo religiosas, como se observó al ser líderes de la resistencia y tener una gran capacidad de movilización de sus pueblos. Esta temática podrá ser abordada con mayor profundidad en futuras investigaciones.

De esta manera, se generó una línea de investigación que, basada en los datos empíricos, tomó en cuenta los diversos sistemas de creencias de las poblaciones que se estudian dentro de sus respectivos contextos ideológicos, económicos, históricos, políticos y geográficos.

Se analizaron las dinámicas del poder en su complejidad, visto no sólo como el ejercicio del dominio (visualizado como poder vertical), sino contemplando también la resistencia como una forma de ejercicio del poder (ascendente o “desde abajo”). También fue de interés explorar cómo las distintas personas se posicionaron dentro de las dinámicas de dicho poder y resistencia.

Fue posible identificar que parte de las poblaciones subalternas fueron tanto sujetos, como agentes, siendo estos últimos líderes políticos, espirituales y sanadores de sus culturas y personas activas en la atención de las necesidades de sus pueblos en diversos niveles (atención a su salud, ideología, ritualidad, etc.).

Es importante resaltar lo anterior y no presentar a las poblaciones indígenas y africanas solo como víctimas o personas pasivas que sufrieron la conquista y colonización (claramente se tiene certeza de que fue muy difícil y sin lugar a duda sufrieron múltiples vejaciones de todo tipo) pero fueron personas que lucharon por su cultura, valores y formas de concebir el mundo, lo cual muchas de ellas lo siguen haciendo hasta la actualidad. Si bien, esto es algo que podría parecer muy obvio para la antropología, no todas las ciencias sociales han reflexionado al respecto y se ha pensado en estas poblaciones como pasivas, sometidas y sin resistencia ante los procesos históricos acaecidos tras su conquista y colonización.

En esta tampoco fue de interés idealizar a alguna población particular. La historia es lo que fue, lo acontecido en el pasado es un hecho que no se puede cambiar, pero que se puede tener muy presente para evitar repetir los mismos

errores. No obstante, sí fue un compromiso político en la presente investigación dar voz a las personas que generalmente no suelen ser -porque se les excluye- protagonistas en los discursos oficiales e históricos habituales. La arqueología es una excelente vía para poder indagar aspectos específicos de la vida de las poblaciones en el pasado y con ello brindar información que no se tiene por ejemplo en las fuentes escritas, tanto sobre las poblaciones antiguas como las coloniales y republicanas.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Recomendaciones para profesionales en otras disciplinas

La investigación desarrollada permitió abordar un tema que hasta el momento no había contemplado o se creía inviable para las Ciencias Sociales, poblaciones y épocas que abarcó el estudio, por lo que se abre una línea de investigación para múltiples disciplinas.

Es pertinente que se estudie con mayor profundidad temáticas como el cambio climático acontecido en diversas épocas, principalmente en la última fase de ocupación antigua e inclusive en las épocas en donde se registran “pestes” y propagación de plagas. Lo anterior en dos líneas principalmente: a. logrando datar meticulosamente los momentos en que se presentaron esos cambios climáticos (sea por exceso o falta de lluvias) y b. explorando en el futuro la posibilidad de buscar en los análisis de los suelos presentes en esos eventos de cambio climáticos y volcánicos la presencia de insectos contemplados como plagas o las condiciones propicias para su eventual surgimiento. Lo anterior, en contraste con la datación y análisis osteológicos de personas inhumadas de contextos cercanos, permitirá contrastar la información de los análisis osteológicos en donde se evidencie criba orbitaria, hiperostosis porótica, hipoplasia de esmalte dental con estos estresores ambientales de eventos específicos.

Se pueden realizar trabajos interdisciplinarios entre profesionales en antropología con comunicadores, historiadores y artistas se pueden plantear estrategias de comunicación de información atractivas sobre temáticas como la expuesta en el presente documento para diversos públicos, promoviendo así una mayor incidencia en el cambio de percepción sobre la historia, así como abordando

problemas estructurales entre ellos la violencia, el racismo y discriminación de las personas según su origen étnico, lengua, sexo, orientación sexual, etc.

De igual manera, se deben abordar conceptos básicos de las ciencias sociales como poder, bienestar, dominación, entre otros desde enfoques contextualizados, situados e históricamente adaptados a la realidad sociocultural local. Si bien los clásicos dan insumos que han sido importantes para iniciar la discusión, las realidades latinoamericanas y en particular centroamericanas son diferenciadas en muchos aspectos tanto sociales, como geográficos, históricos, económicos y ambientales, por lo que requieren una discusión propia, principalmente desde las disciplinas sociológicas y antropológicas.

Por otra parte, se recomienda realizar investigaciones interdisciplinarias entre médicos, arqueólogos y/o antropólogos físicos en donde se aborde el estudio de ciertas enfermedades particulares, sus orígenes y recurrencia entre determinadas poblaciones étnicas presentes en Costa Rica, con el fin de generar insumos para su adecuado abordaje en el presente.

Recomendaciones para profesionales en antropología

Se recomienda a las personas colegas que en la medida de lo posible realicen fechamientos y análisis isotópicos a las muestras óseas que excaven. Estos datos permitirán aumentar la muestra con información detallada y con ello el abordaje de temáticas investigativas relacionadas con desplazamientos humanos (conocidos como migraciones), dieta, entre otros. De igual manera, a las y los colegas zoo arqueólogos se les recomienda también realizar análisis isotópicos de distintos animales presentes en contextos arqueológicos de Costa Rica, con el fin de incrementar la base de datos en dicha temática, facilitándose de esta manera, la interpretación sobre las prácticas alimenticias en diversas épocas de la antigüedad.

De igual manera, se recomiendan realizar análisis de ADN comparativos en distintos sitios dentro y fuera del país, con la finalidad no solo de incrementar la información disponible en esta parte del mundo, sino también obtener información que permita comprender la diversidad de interacciones que se han dado desde el pasado en el Istmo Centroamericano y los lugares vecinos. La movilidad de personas

de origen chibcha debe ser mayor a lo que se ha creído tradicionalmente, de igual manera, la de las poblaciones oriundas de otras partes. Más allá de factores ambientales, otros de índole político, económico e ideológicos permearon los desplazamientos de las personas y eso ha quedado registrado en la cultura material.

A las personas que excaven contextos con presencia de pipas e inhaladores nasales se les recomienda que realicen análisis paleobotánicos, químicos y otros necesarios en la identificación de las especies que se estaban consumiendo con dichos artefactos.

Durante mucho tiempo se ha señalado que la cerámica policroma de la Gran Nicoya presenta iconografías mesoamericanas y en ocasiones un origen. Es preciso que personas investigadoras de diversas partes de América Central, Antillas y México puedan realizar estudios específicos principalmente iconográficos, para indagar posibles líneas de interpretación de signos y símbolos particulares, así como la antigüedad y origen de ciertos elementos que han sido representados en la cerámica, por ejemplo, los motivos de los saurios y con ello los vínculos en diversas vías que tenían las poblaciones del Istmo Centroamericano con las mesoamericanas e inclusive con las del sur del continente y Circuncaribe, vistas desde la movilización de las poblaciones, relaciones socioeconómicas complejas y en múltiples vías, entre otras y no desde un determinismo difusionista o uniformista entre “centro-periferia”.

Finalmente, se podría dar seguimiento a esta investigación contemplando los análisis osteológicos de las temporalidades no abordadas (Tempisque-Pavas y Bagaces-Curridabat-Buenos Aires).

Referencias bibliográficas

Abel-Vidor, Suzanne; Baudez, Claude; Bishop, Ronald; Bonilla, Leidy; Calvo, Marlin; Creamer, Winifred.; Day, Jane; Guerrero, Juan Vicente; Healy, Paul; Hoopes, John.; Lange, Frederick; Salgado, Silvia; Strossner, Robert y Alice Tillet (1990) Principales tipos cerámicos y variedades de la Gran Nicoya. *Vínculos* Vol. 13, N° 1-2, pp. 35-315.

Acuña, María de los Ángeles (2008) Perfil reproductivo y productivo de las mujeres esclavas en Costa Rica en el siglo XVIII. *Revista Historia* enero-diciembre (57), pp. 135-161.

Agüero, Pablo y Ricardo Vázquez (s. f.) Hojas de registro y análisis Del sitio Bosque Mar P 659 BM. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Aguilar, Carlos (1972) *Guayabo de Turrialba. Arqueología de un sitio indígena prehispánico*. Editorial Costa Rica, San José.

_____ (1973) Contribution to the study of Cultural Sequences in the Central Area of Costa Rica. *Cultural continuity in Mesoamerica*. Browman, D. (ed.), pp.387- 411. Mouton Publishers-The Hague, Paris.

_____ (1975) El Molino: un sitio de la Fase Pavas en Cartago. *Vínculos* Vol. 1, N° 1, pp. 18-56.

_____ (1976) Relaciones de las culturas precolombinas en el Intermontano central de Costa Rica. *Vínculos*. Vol. 2, N° 1, pp. 75-86.

Aguilar, Miguel Ángel y Paula Soto (2013) Presentación. *Cuerpos, espacios y emociones aproximaciones desde las Ciencias Sociales*, pp. 5-17. Universidad Autónoma Metropolitana. Miguel Ángel Porrúa. México D. F.

Aguilar, Mónica y Jeffrey Peytrequín (2020) Entre tortugas, canales y árboles talados. Aproximación arqueológica a los procesos industriales manifiestos en Tortuguero, Costa Rica (1871-1950). *Revista de Historia* N° 81 (enero-junio), pp. 41-65.

Aguilar, Irene y Guillermo Alvarado (2020) Las erupciones relevantes del Rincón de la Vieja en los últimos 6000 años basado en tefrocronoestratigrafía sobre su flanco SW. *Revista Geología de América Central* (63), pp. 1-19.

Aguilera, Rafael Enrique (2010) Biopolítica, cuerpo y discursos de poder en Michel Foucault. *Cuerpo y modernidad. Arte y biopolítica*. M. G. Ochoa (coord.). Colección El Jardín de Epicuro, pp. 233-292. México D. F.

Ahumada Infante, Aldo (2013) Transmodernidad: dos proyectos disímiles bajo un mismo concepto. *Revista Latinoamericana* 12(34), pp. 291-305.

Alarcón, Ana M.; Vidal, Aldo y Jaime Neira (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile* (131), pp.1061-1065.

Aldana, Sayra (2005) La treponematosis en la historia de Colombia: una mirada desde la Ecología Histórica. *Revista Inversa* 1 (2), pp. 6-28.

Allison, Marvin; Mendoza, Daniel y Alejandro Pezzia (1972) Documentation of a case of Tuberculosis in Pre-Columbian America. *American Review of Respiratory*. 107, pp. 985-981.

Almaraz, Magdalena (2008) El Grupo de las Cruces: una aproximación a la filosofía maya prehispánica. Tesis de licenciatura en Filosofía. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F.

Alvarado, Mariana (2016) Epistemologías feministas latinoamericanas: un cruce en el camino junto-a-otras pero no-junta- a-todas. *RELIGACION. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. I (3) septiembre, pp. 9-32. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/rgn/20161009044331/alvarado-mariana-epistemologias-femeninas.pdf><http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/rgn/20161009044331/alvarado-mariana-epistemologias-femeninas.pdf> fecha de consulta, abril 2019.

Alvarado, Guillermo y Ana Vega (2013) La geología de la colada de Cervantes, Volcán Irazú (Costa Rica): descripción de uno de los campos de lava más grandes de América Central. *Revista Geológica de América Central* (48), pp. 99-118.

Álvarez Jorge (2016) El Código Negro y la Real Cédula de 1789, los reglamentos esclavistas de Francia y España. Documento inédito disponible en: <https://www.labrujulaverde.com/2016/09/el-codigo-negro-y-la-real-cedula-de-1789-los-reglamentos-esclavistas-de-francia-y-espana>, fecha de consulta diciembre 2022.

Allison (2004) A 9000-year record of Chagas disease Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America Feb 17, 101(7), pp. 2034-2039.

Amador, Ericka (2009) Creencias religiosas y su valor social: prácticas funerarias en el cementerio colonial El Calvario (C-139 EC), Ujarrás, Costa Rica. Tesis de Licenciatura en Antropología con énfasis en Arqueología. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

Amador, Alonso (2020) En torno a la definición de los signos y los símbolos: semiótica y hermenéutica. La hermenéutica como herramienta metodológica para la investigación en Ciencias Sociales, pp. 1-32. Documento inédito. Disponible en: [\(PDF\) EN TORNO A LA DEFINICIÓN DE LOS SIGNOS Y LOS SÍMBOLOS: SEMIÓTICA Y HERMENÉUTICA \(researchgate.net\)](#), fecha de consulta, enero 2023

Ampofo, Osei, y F. D. Johnson-Rainauld (1985) La medicina tradicional en África y su importancia actual. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas* (11), pp. 4-8.

Anhuamán Fernández, Joyce (2016) Evaluación radiográfica de perlas de esmalte en pacientes atendidos en la clínica docente de la UPC durante el periodo 2011-2015. Documento inédito. Tesis para optar por el título profesional de Cirujano dentista. Escuela de Odontología, Facultad de Salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Disponible en el Repositorio académico UPC, https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/620957/PDF%20ORIGINAL%20ANHUAM%c3%81N_FJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y fecha de consulta 18 de enero, 2022.

Appadurai, Arjun (1986) Introducción: las mercancías y la política del valor. *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*. Arjun Appadurai (edit.), pp. 17-87. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Grijalbo. México D. F.

Araya, Alejandra (2000) Aproximación hacia una historia del cuerpo. Los vínculos de dependencia personal en la sociedad colonial: gestos, actitudes y símbolos entre élites y subordinados. *Historia de las Mentalidades, homenaje a Georges Duby. Monografías de Cuadernos de Historia* N° 1, pp.81-91.

Archivos Nacionales (1909) *Índice de Protocolos de Cartago 1607-1700*. Tomo Primero. Imprenta Nacional. San José.

_____ (1911) *Índice de Protocolos de Cartago 1726-1750*. Tomo Tercero. Tipografía Nacional. San José.

Arce, Marco y José Manuel Rodríguez (2018) Consumo de plantas y hongos psicoactivos en las culturas precolombinas de Costa Rica. Documento inédito. Blog Drogas, Política y Cultura. Disponible en: <http://bit.ly/2lFdH38>.

Ardehna, Toral (2021) What are peg shaped teeth? Definition, causes, treatment. TruCare Dentistry. Disponible en: <https://www.trucaredentistry.com/blog/peg-shaped-teeth-definition-treatment-and-causes/>

Arias, Raúl (2002) *Médicos y cirujanos en la Historia de Costa Rica. De la colonia al liberalismo*. Publicaciones e Impresos. Ministerio de Salud Costa Rica. San José.

Arguedas, Aarón (2003) Las reformas militares, las castas y la opinión pública en Centro América 1755-1812. Documento inédito. Primer Encuentro de Historia de El Salvador, del 22 al 25 de julio. Disponible en: https://www.academia.edu/24347729/Las_Reformas_Militares_Las_Castas_y_La_Opinion_P%C3%BAblica_en_Centro_Am%C3%A9rica_1755_1812?auto=download. Fecha de consulta: julio 2017.

Arteaga, Nelson (2012) *Vigilancia, poder y sujeto. Caminos y rutas después de Foucault*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Humanidades. Universidad Autónoma del Estado de México. Editorial Itaca. Coyoacán.

Arregocés Carmelo Francisco (1989) Paleopatología de algunos restos de una muestra esquelética de Soacha, Cundinamarca, con especial referencia a la tuberculosis Documento inédito. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Arriaza Bernardo; Salo Wilmar; Aufderheide Arthur y Todd Holcomb (1995) Pre-Columbian tuberculosis in Northern Chile: molecular and skeletal evidence. *Am J Phys Anthropol*; (98), pp. 37-45.

Aufderheide Arthur (2003) Mummies from Colombia. *The scientific study of mummies*. United Kingdom: University Press; Cambridge University Press, pp. 96-102. Cambridge.

Aufderheide, Arthur y Conrado Rodríguez-Martin (2021) *The Cambridge encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge University Press. New York.

Aufderheide Arthur C; Salo, Wilmar; Madden, Michael; Streitz, John; Buikstra, Jane; Guhl, Felipe; Arriaza, Bernardo; Renier, Collen; Wittmers Jr, Lorentz E; Fornaciari Gino y Marvin

Aveni, Anthony (2013) *Observadores del Cielo en el México Antiguo*. Traducción Jorge Ferreiro. Sección de Obras de Antropología. Fondo de Cultura Económica. México DF.

Bacon, Francis (s a.) Aforismos sobre la interpretación de la naturaleza y el reino del hombre, libro Primero. *Novum Organum Aforismos sobre la interpretación de la naturaleza y el reino del hombre* (traducción al español, sin autor). Disponible en: <http://juango.es/files/baconnovumorganon.pdf> fecha de consulta, septiembre, 2023.

Badilla, Adrián (2019) Reporte de rescate arqueológico en el sitio Puerto Culebra, Bahía Culebra, Costa Rica. *Atisbos al pasado investigaciones arqueológicas del Departamento de Antropología e Historia*. M. Rojas coordinadora. Museo Nacional de Costa Rica; pp. 26-48. OFIPRINTE, MB. S.A. San José.

Badilla, Adrián y Francisco Corrales (2012) Excavaciones en el sitio Finca 6, Estructura funeraria (Temporada 2011). Proyecto Investigaciones arqueológicas en sitios con esferas de piedra, Delta del Diquís. Documento inédito. Informe de Investigación Arqueología N° 106-2012. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Barquero, Mercedes (1997) Reseña histórica de la enseñanza de la Medicina en Costa Rica. Desde sus inicios hasta 1995. *Acta Médica Costarricense*. Vol. 39, N° 1, pp. 14-17. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v39n1/art4.pdf>, fecha de consulta enero 2019.

Barquero, Paulo y Ricardo Vázquez (2006) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2005) Hojas de análisis osteológico del sitio Vista del Halcón G- 730 VH. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Barquero Paulo, Anders Westenberg y Ricardo Vázquez (2006) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Barrantes, Rodrigo (2002) *Investigación. Un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo u cualitativo*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José.

Barrionuevo, José María (1976) Medicina de la colonia, Costa Rica. *Hospitales de Costa Rica*. (8 marzo), pp. 17-20.

_____ (1977) Medicina de la colonia Costa Rica. *Historia de los Hospitales*. (14 septiembre), pp. 21-28.

Baschwitz, Kurt (1998) *Brujas y procesos por brujería*. Gráficas Sigma, S. L. Barcelona.

Bass, William (1987) *Human Osteology. A laboratory and field manual*. Missouri Archaeological Society. 3rd ed. University of Missouri, Columbia.

Baudez, Claude F. (1996) A Ceramic Sequence for the Lower Diquís Area, Costa Rica. *Paths to Central American Prehistory*, Frederick Lange (editor), pp. 79 – 92. University Press of Colorado. Colorado.

_____ (1967) *Recherches archéologiques dans la Vallée du Tempisque, Guanacaste, Costa Rica*. Travaux et Memoirs d'Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine 18, Paris.

Baudez, Claude F; Borgnino, Nathalie; Laligant, Sophie y Valerie Lauthelin (1992) *Papagayo: Un Hameau Precolombien du Costa Rica*. Editions Recherches sur les Civilisations, Paris.

_____ (1993) *Investigaciones arqueológicas en el Delta del Diquís*. Ministère des Affaires Étrangères. Mexico D. F.

Bautista, Juan José (2012) *Hacia la descolonización de la ciencia social latinoamericana: Cuatro ensayos metodológicos y epistemológicos*. Rincón Ediciones. La Paz.

Becker-Donner, Etta (1966) Métodos curativos de los curanderos bribri. XXXVI Congreso Internacional de Americanistas (1964). *Actas y Memorias* 3, pp. 137-143.

Belkamel, Budaoula (1992) Histoire de la médecine au Maroc antique. *Histoire des Sciences Médicales*. Tome XXVI (4), pp. 271-280.

Bello, Martha y Sandra Ruiz (2002). *Conflicto Armado Niñez y Juventud: Una Perspectiva Psicosocial*. Universidad Nacional de Colombia. Átropos. Bogotá.

Benito, Ezequiel (2010) La importancia de los estudios sociales de la ciencia. *Psiciencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Vol. 2, N° 2, pp. 108-112.

Berstein, David (1980) El valor del análisis lítico en la reconstrucción de las actividades prehistóricas: un ejemplo de Guanacaste, Costa Rica. *Memoria del Congreso sobre el Mundo Latinoamericano de su tiempo: V Centenario de Gonzalo Fernández de Oviedo (1478-1978)* (24-25-26 y 27 agosto), Nicoya, pp. 185-191. Publicación de la Comisión Nacional Organizadora, Editorial Texto, San José.

Beltrán, Miriam y María del Carmen Sánchez (2009) Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo. *TRAMAS* (32), pp. 147-168.

Bhabha, Homi (2003) El entre-medio de la cultura. *Cuestiones de identidad cultural*. Stuar Hall y Paul du Gay Comp., pp. 94-106. Amorrortu. Buenos Aires.

Biblioteca Nacional de España (2021) Primera y segunda y tercera parte de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina. Selección de Obras de los comisarios. Disponible en: <http://www.bne.es/es/Actividades/Exposiciones/Exposiciones/exposiciones2016/BibliotecaIncaGarcilaso/Seleccion/obra05.html>, fecha de consulta, mayo, 2021.

Bisbe, Luisana y (2014) López Alonso, Covadonga. Análisis del discurso. Madrid Síntesis 300 pp. *Boletín de Lingüística* XXVI (41-42), pp. 197-205.

Blair, Elsa (2010) La política punitiva del cuerpo: “economía del castigo” o mecánica del sufrimiento en Colombia. *Estudios Políticos* N 36, (enero-junio), pp. 39-66.

Blanco, Aida (1982) Arqueología de salvamento del sitio C. 39 EC Ochomogo, Costa Rica. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Blanco, Aida y Juan Vicente Guerrero (1987) La Ceiba: un asentamiento del policromo Medio en el valle del Tempisque con actividades funerarias (G-60 LC). Tesis de Licenciatura en Antropología con énfasis en Arqueología. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

Boada Ana María (1988) Las patologías óseas en la población de Marín. *Boletín de Arqueología* (3), pp. 1-23.

Bolaños, Rafael Ángel (1981) Contribución al estudio del decrecimiento de la población nativa de Costa Rica durante el periodo colonial (1502-1821). Tesis de Licenciatura en Historia. Escuela de Historia y Geografía. Universidad de Costa Rica. San José.

Botella, Miguel; Alemán, Inmaculada y Silvia Jiménez (2000) *Los huesos humanos: manipulación y alteraciones*. Segunda Edición. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

Bourdieu, Pierre (2003 a.) *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona.

Boyadjiev, Simeon A. (2020) Torsión femoral (torcedura del fémur; torsión del fémur). En Manual MSD Versión para público general. Documento inédito. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/defectos-cong%C3%A9nitos-de-la-cara,-los-huesos,-las-articulaciones-y-los-m%C3%BAsculos/torsi%C3%B3n-femoral>

_____ (2019) *Manual MSD Versión para profesionales*. Documento en línea. Merck Sharp & Dohme Corp. Kenilworth, NJ. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/pediatr%C3%ADa/malformaciones-cong%C3%A9nitas-craneofaciales-y-musculo-esquel%C3%A9ticas/artrogriposis-m%C3%BAltiples-cong%C3%A9nitas>

Bozzoli, María Eugenia (2001). Oí decir del usékar. Documento inédito. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1985) La conceptualización del cuerpo humano en el chamanismo Talamancaño. Documento inédito presentado en el Simposio Chamanismo y Poder. Julio 1985, Bogotá. Colombia. Laboratorio de Etnología, Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1982) Especialistas en la medicina aborígen bribri. Informe Preliminar. Documento inédito. Departamento de Antropología. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1980) La conceptualización y técnica del soplo en la medicina aborígen bribri. *La Antropología Americanista en la actualidad*. Homenaje a Raphael Girad. Editores Mexicanos Unidos, pp. 165- 194. México D. F.

_____ (1979) *El nacimiento y la muerte entre los bribris*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1970) Documento de la visita de inspección a Barrahonda de Nicoya 13-15 de febrero de 1970. Documento inédito. Departamento de Ciencias del Hombre. Facultad de Ciencias y Letras. San José.

Bourdieu, Pierre (1991) *El sentido práctico*. Taurus. Madrid.

Bradley, John (1994) 6 The Silencio site: an early to middle polychrome period cemetery in the Arenal Region. *Archaeology, volcanism, and remote sensing in the Arenal Region, Costa Rica*. Payson D. Sheets and Brian R. Mckee editors, pp. 106-121. University of Texas Press. Austin.

Buikstra, Jane y Douglas Ubelaker (1997) *Standars for data collection from human skeletal remains: Proceedings of a seminar at the Field Museum of Natural History*. Western Newspaper Company, Indianapolis.

Burgos, Javier D; Correal-Urrego, Gonzalo y Carmelo Arregocés (1994) Treponematosis en restos óseos precerámicos de Colombia. *Revista Académica Cololombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales* 19 (73), pp. 237-241.

Burgos Javier; Clavijo Omar, y Camilo Fernández (1996) Determinación del sexo en momias empleando PCR. Documento inédito. II Encuentro de Medicina y Arqueología en Colombia, Santafé de Bogotá. Bogotá.

Busto, Bárbara; Flores, Juan Carlos y Samia Fayad (2013) Fusión radicular en molares. *Revista Mexicana de Periontología*. IV (3), pp.101-105.

Cabezas, Edgar (1990) *La medicina en Costa Rica*. EDNASSS-CCSS. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José.

Cáceres, Rina (2020) *Negros, mulatos, esclavos y libertos en la Costa Rica del siglo XVII*. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (2011) Recuperando la libertad cronología. *Del olvido a la memoria. Nuestra herencia afrocaribeña*. 5. Cátedra de Estudios de África y el Caribe, pp. 15-21. Ediciones Gráficas S. A. San José.

_____ (1996) La Puebla de Los Pardos en el siglo XVII. *Revista de Historia*, (34 julio), pp. 83-113. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/3462> fecha de consulta diciembre 2021.

_____ (s. f.) Costa Rica en la frontera del comercio de esclavos africanos. Documento inédito. Proyecto La Ruta del esclavo en América Central. Centro de Investigaciones Históricas de América Central. Universidad de Costa Rica. Disponible en: https://www.academia.edu/27548993/Costa_Rica_en_la_frontera_del_comercio_de_esclavos_africanos?auto=download&email_work_card=download-paper fecha de consulta, noviembre, 2021.

Camacho, Fernando y Geissel Vargas (2016) Informe trabajos realizados en la evaluación arqueológica del proyecto “Restauración estructural de la iglesia de Sn Blas de Nicoya”. Documento inédito. Empresa desarrolladora: América ingeniería y Arquitectura S. A. Según licitación N° 2015LA-000041-75100 del Centro de Investigación y Conservación del Patrimonio Cultural del Ministerio de Cultura y Juventud. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Camacho-Zamora, José Antonio (1983). Etnobotánica Cabécar. *América Indígena*, 43(1), pp. 57-86.

Cancino, Leonardo (2015) Movimientos sociales y el proyecto de autonomía. Reflexiones desde el pensamiento de Castoriadis. *Prometeica*. Año V, N°11. Invierno, pp. 6-17.

Cárdenas Arroyo, Felipe (1994) Reconstrucción química de la paleodieta en restos arqueológicos humanos del territorio Muisca, Colombia. *Eres serie de Arqueología* 5(1), pp. 71-81.

Carmack, Robert (2006) Historia prehispánica de los chorotegas en Nicaragua. Una síntesis antropológica. *Revista de Historia*, (14), pp. 11-23.

_____ (1994) *Soplos de viento en Buenos Aires*. Libros del Laboratorio de Etnología. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

Carretero, Ángel Enrique (2001) Los imaginarios sociales y crítica ideológica. Una perspectiva para la comprensión de la legitimación del orden social. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Políticas. Universidad de Santiago de Compostela. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Santiago de Compostela. La Coruña. Disponible en: <file:///C:/Users/Monica%20Aguiar/Downloads/imaginarios-sociales-y-critica-ideologica--o.pdf> fecha de consulta julio 2018.

Casas, Alejandro; Caballero, Javier; Mapes, Cristina y Sergio Zárate (1997) Manejo de la vegetación, domesticación de plantas y origen de la agricultura en Mesoamérica. *Boletín de la Sociedad Botánica de México*. 61, pp. 31-47.

Castillo Campos, Dalia; Castillo Ortiz, Eduardo; Rojas Garro, Myrna y Carlos Valleperas Acosta (1987). Análisis de la lítica lasqueada del sitio 9-FG-T, un sitio paleoindio en Turrialba. Memoria del Seminario de Graduación de licenciatura en Arqueología. Escuela de Antropología y Sociología Universidad de Costa Rica, San José.

Castoriadis, Cornelius (2013) *La institución imaginaria de la Sociedad*. Fábula TusQuets Editores. Talleres de Litografía Ingramex S. A. México D. F.

_____ (2002) *Figuras de lo pensable*. Fondo de Cultura Económica. México D.F.

_____ (1997) Capítulo X Imaginario político griego y moderno. *El avance de la insignificancia*. pp. 195-222. Editorial Universitaria de Buenos Aires. EUDEBA. Buenos Aires.

Castro-Gómez, Santiago (2010) *La hybris del punto cero. Ciencia, raza e Ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar. Bogotá.

_____ (2005) Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la “invención del otro». La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Edgardo Lander y Santiago Castro-Gómez y otros (compiladores.), pp. 145-161. CICCUS-CLACSO. Buenos Aires.

Castro, Ana Gabriela (2015) CCSS avanza en la implementación de acciones que mejoren la prestación de servicios de la población indígena. Documento inédito. Blog Caja Costarricense del Seguro Social. Disponible en: www.ccss.sa.cr//noticia?ccss-avanza-en-la-implementación-de-acciones-que-mejoren-la-prestacion-de-servicios-de-la-poblacion-indigena, fecha de consulta, diciembre del 2019.

Chacón, Rubén (2002) *Disposiciones jurídicas relacionadas con los pueblos indígenas de Costa Rica*. Rubén Chacón Castro (comp.). Serie Normativa y Jurisprudencia (3). Imp. Gossestra Intl. S.A. Recuperado de: <http://www.etnialocal.com/AsuntosIndigenas/FOMUDE/Tema%20Juridico/Disposiciones%20juridicas%20relacionadas-derechos%20pueblos%20indigenas%20Costa%20Rica.pdf>, consulta julio 2019.

Chamorro, Andrea y Constanza Tocornal (2005) Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*. N° 30, pp. 117-134. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432005000200007, fecha de consulta julio 2019.

Chávez, Marta (2016) La Isla (L 251 LI), un sitio del periodo Paleoindio en la cuenca media del Río Reventazón, Costa Rica. *Arqueología del Caribe Costarricense. Contribuciones científicas*. 1. Luis Hurtado de Mendoza (edit.), pp. 13-23. Litografía e Imprenta Lil. San José.

Chenault, Mark (1986) Ground and polished stone from the Cuenca de Arenal. *Vínculos*. Vol. 10, N° 1-2, pp.167-185.

_____ (1994) Precolumbian ground, polished, and incised stone artifacts from the Cordillera de Tilarán. *Archaeology, Volcanism, and Remote Sensing in the Arenal Region, Costa Rica*. Peyson Sheets y B. McKee, (edits.). Chapter 12, pp. 255-277. University of Texas Press, Austin.

Chía, Patricia (2011). *Capitalismo: origen, crisis y desarrollo*. Documento inédito. ISBN: 978-84-615-0502-9. Depósito legal: SE3914-2011. Disponible en: <http://www.eduinnova.es/monografias2011/abril2011/capitalismo.pdf> Fecha de consulta: agosto 2017.

Chinique de Armas, Yadira y Roberto Rodríguez (2007) Los métodos para estudios paleodietarios en Cuba. Reflexiones teóricas. *Anthropos: La antropología ante los desafíos del siglo XXI*. La Habana, Cuba: Facultad de biología. Universidad de la Habana.

Chirikure, Shadreck (2020) Archaeology shows how ancient African societies managed pandemics. *The Conversation. Academic rigor Journalistic Flair*. Disponible en: <https://theconversation.com/archaeology-shows-how-ancient-african-societies-managed-pandemics-138217>

Cockburn, John (1976) *Los viajes de Cockburn por Costa Rica (1731)*. Editorial Costa Rica, San José.

Congram, Derek (2005) Informe preliminar sobre los restos humanos recuperados del sitio Vista de Halcón (G- 730 VH) de la provincia de Nicoya, Costa Rica. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Constenla, Adolfo y Eugenia Ibarra (2009) Mapa de la distribución territorial aproximada de las lenguas indígenas habladas en Costa Rica y en sectores colindantes de Nicaragua y de Panamá en el siglo XVI. *Lingüística Chibcha*. XXVIII, pp. 109-112.

Conzemius, Edward (1932) *Ethnographical Survey of the Miskito Sumo Indians of Honduras and Nicaragua*. Smithsonian Institution. *Bureau of American Ethnology Bull* 106.

Corella, Alex (1999) Reporte de análisis osteológico de la Operación 55, suboperación A, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Cornero, Silvia y Rodolfo Puche (2007) Salud y enfermedad entre los antiguos cazadores de Alejandra, Santa Fe, Argentina. Hugo Sotomayor Tribín y Zoilo Cuéllar-Montoya (Editores). *Aproximaciones a la Paleopatología en América Latina*, pp. 79-96. Colombia: Academia Nacional de Medicina de Colombia. Bogotá.

Corrales, Luis Francisco (2001) *Los primeros costarricenses*. San José. Museo Nacional de Costa Rica.

_____ (1985) Sitio Curré (P- 62 Cé). Excavación de trinchera y calas estratigráficas. Documento inédito. Informe de trabajo de campo. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Correal, Gonzalo (2012) *Introducción a la paleopatología*. Colección Jorge Álvarez Lleras (27). Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Bogotá.

_____ (2005) Enfermedades craneopatías: deformaciones corporales y prácticas quirúrgicas en tribus precolombinas. *Arqueología - Medicina - Curanderismo - A propósito de la Colección Orticochea*, pp, 14-31. Miguel Orticochea Aguerre, et al: Amarey Nova-Medical, S.A. Bogotá.

Correal Gonzalo e Iván Flores (1992) Estudio de las momias guanes de la Mesa de los Santos, Santander, Colombia. *Revista Académica Colombiana de Ciencias Exactas Física y Naturales* (18), pp. 283-90.

Correal Gonzalo y Thomas van der Hammen (1969) Artefactos líticos en abrigos rocosos de El Abra, Colombia. *Revista Colombiana de Antropología* (14), pp. 9-51.

Couce, María Luz (2015) Mucopolisacatidosis tipo IV. *Guía para el manejo de las MS*. Ergon, pp. 59-70. Madrid.

Creamer, Winifred (1983) Production and Exchange on two islands in the Gulf of Nicoya, A. D. 1200-1550. Documento inédito. Tesis de Doctorado en Filosofía. Departamento de Antropología. Universidad de Tulane. New Orleans, Luisiana.

Crenshaw, Kimberle (1991) Mapping the margins: intersectionality, identity politics and coilence agaubst women of color. *Stanford Law Review* 43 (6 jul.), pp- 1241-1299

Crowley, Peter, Ryan; Alvarado Guillermo; McCanta, Molly; Barca, Malia; Davis, George y Luis Hurtado de Mendoza (2022) The importance of overbank deposits and paleosol analyses for comprehensive volcanic Hazard evaluation: the case of Holocene volcanism at Miravalles Volcano, Costa Rica. *Natural Hazards*. Springer. Publisher Online.

Cruz, Florizul y Patricia Obando (1988) Análisis de restos óseos humanos; sitios La Ceiba (G-60 LC), Aguacaliente (C-35 AC), y Rodríguez (UCR-34). Práctica Dirigida de Licenciatura en Antropología con énfasis en Arqueología. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

Cruz, Florizul y Ricardo Vázquez (1984) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 48f. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Cucina, Andrea (2021) Uso de la morfología dental en la identificación forense sobre la ascendencia étnica. Análisis a partir de características particulares. *Identificación humana.mx*. Fortalecimiento del Estado de Derecho en México II (FED II) de la Cooperación Alemana al Desarrollo Sustentable (GIZ) GmbH. Ciudad de México. Disponible en: https://www.identificacionhumana.mx/wp-content/uploads/2021/05/06_02_Uso-de-la-morfologia-dental-en-la-identificacion-forense-sobre-la-ascendencia-etnica.pdf, fecha de consulta, enero 2022.

_____ (2011) Capítulo 4 Morfología dental. *Manual de antropología dental*. Andrea Cucina (editor) pp. 75-106. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

Cucina, Andrea y Vera Tiesler (2012) El escorbuto en la tripulación de Cristóbal Colon: un análisis macroscópico e histológico de los restos humanos de La Isabela, República Dominicana. Capítulo 10. *Aplicaciones histomorfológicas en el estudio de restos humanos*. pp. 235-254. Vera Tiesler (editora). Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

Cuvi, Juan (2015) Modernidad, dominación y saberes ancestrales: la colonialidad del conocimiento médico en el Ecuador. *Biopiratería la biodiversidad y los conocimientos ancestrales en la mira del capital*. Alberto Acosta y Esperanza Martínez (compiladores), pp.85-114. Editorial Abya Yala. Quito.

Dávila, Gladys (2006) El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias sociales. *Laurus* 12 (Extraordinario), pp. 180-205.

Stevenson Day, Jane (1988) íconos y símbolos: la cerámica pintada de la región Gran Nicoya. *Mesoamérica* 15 (junio), pp. 137-161.

_____ (1984) New approaches in stylistic analysis: the Late Polychrome period ceramics from Hacienda Tempisque, Guanacaste Province, Costa Rica. Tesis de doctorado en Arqueología. Departamento de Antropología. Universidad de Colorado. Boulder.

De Landa Diego (1985) Relación de las cosas de Yucatán. *Crónicas de América*. Historia 16, Madrid.

Del Popolo, Fabiana (2017) *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala)*. *Desafíos para la igualdad en la diversidad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago.

De la Cruz, Luis Miguel (s.f.) La documentación de la época de los Borbones en el Archivo Histórico Nacional. *Archivo Histórico Nacional*, pp.85-122. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/citechar/jornadas/VI%20JORNADAS/6_cruz.pdf Fecha de consulta: febrero 2018.

- Deleuze, Gilles. (2001). *Spinoza: filosofía práctica*. Tusquets (1ª edición). Barcelona.
- De Oliveira, Leandro; Voza, Pasquale y Silvia de Berardinis (2017) *Diccionario Gramsciano*. Jinkings Editores Asociados Ltda. Boitempo Editorial. São Paulo.
- De Sousa Santos, Boaventura (2010) Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ediciones Trilce-Extensión universitaria. Universidad de la República. Montevideo.
- _____ (2009 a.) *Una epistemología del Sur*. CLACSO, Coediciones. Siglo XXI. México D. F.
- _____ (2009 b.) *Los desafíos de las Ciencias Sociales de hoy. Pensar en el estado y la sociedad: desafíos actuales*. Waldhuter (Editores). CLACSO. Buenos Aires. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/boavent/>
- _____ (2003) *Crítica de la razón indolente: Contra el desperdicio de la experiencia. Para un nuevo sentido común: La ciencia, el derecho y la política en la transición paradigmática*. Volumen I. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao.
- Del Grande, Pablo (2013) Constructivismo y sociología. Siete tesis de Bruno Latour. *Revista Mad Universidad de Chile*, (29), pp. 48-57.
- DeWitte, Sharon (2018) Demographic anthropology. *American Journal of Physical Anthropology*. (165), pp. 893-903.
- Díaz del Castillo, Bernal (1983) *Historia de la conquista de la Nueva España (1632)*. Editorial Patria. México D. F.
- Díaz-Bolaños, Ronald y Erick Alfaro Martínez (2016) El Mega-Niño de 1877-1878 y su impacto social en Costa Rica. *Tópicos Meteorológicos y Oceanográficos* 15(2) pp. 20- 32. Disponible en: <http://cglobal.imn.ac.cr/documentos/revista/topicosmet20162/html5/index.html?page=1&noflash>, fecha de consulta: agosto 2022.
- Díaz-Bolaños, Ronald; Alfaro-Martínez, Erick y Leninger Leitón-Gutiérrez (2018) La plaga de langostas *Schistocerca* sp. (Orthoptera: Acridae) y su relación con el Mega Niño de 1877-1878 en Costa Rica. *UNED Research Journal* 11(2), pp. 54-64.
- Dicciomed (2021) Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. De consulta en línea. Disponible en: <https://dicciomed.usal.es>
- Durkheim, Émile (1898) Representations individuelles et représentations collectives. *Revue de Méthaphysique et Morale*, (6), pp. 273-302.
- Dussel, Enrique (2005) Transmodernidad e interculturalidad (Interpretación desde la Filosofía de la Liberación). Documento inédito. Disponible en: <https://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/090514.pdf> fecha de consulta: abril 2022.
- _____ (2001) *Hacia una política crítica*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- _____ (2000) Europa, modernidad y eurocentrismo. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, pp. 24-33. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Eraso, Mónica (2016) *De Morbis Venereis: la construcción de raza y sexo en los tratados médicos de Jean Astruc (1736-1765)*. Colección intervenciones en Estudios Culturales. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Estrada, José Víctor (2012) *Cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas costarricenses*. Ministerio de Educación Pública. San José.

Etxeberria Francisco; Romero William y Lourdes Lerrasti (2000) Cifosis angular de la columna vertebral: identificación del mal de Pott en una momia guane prehispánica de Colombia. *Chungará* (32), pp. 41-8.

Eudeve, Eusevio (2016) Invención, colonización y memoria indígena en la narrativa de Fray Bernardino de Sahagún. *Diálogo Andino*. (49), pp. 57-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3713/371345325008.pdf>, fecha de consulta, agosto, 2018.

Fabra, Mariana; Salega, Soledad y Leticia Cortés (2020) Osteobiografías: aportes multidisciplinarios para el estudio de restos humanos. *Revista del Museo de Antropología* 13 (3), pp. 175-178.

Fain, Olivier (2005) Musculoskeletal Manifestation of Scurvy. *Joint Bone Spine* 72:124-128.

Fanon, Franz (2011) Los condenados de la tierra. *Matxingue taldea*. Disponible en: http://www.papelesdesociedad.info/IMG/pdf/los_condenados_de_la_tierra_franz_fano_n.pdf fecha de consulta, abril, 2022.

_____ (2010) *Piel Negra, Máscara Blancas*. Akal. Madrid.

_____ (1965) *Por la revolución africana. Escritos políticos*. Colección Popular. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires.

_____ (1963) *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica. México DF. Disponible en: http://www.fafich.ufmg.br/~luarnaut/Fanon_Los%20condenados%20de%20la%20tierra.pdf fecha de consulta, febrero, 2022.

FAO (s. p.) Capítulo 17 Pelagra Causas y epidemiología. <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073sol.htm#:~:text=La%20pelagra%2C%20causada%20principalmente%20por,arroz%20en%20el%20este%20asi%C3%A1tico>.

Farmer, Paul (2002) Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Papeles de Población*. (23), pp. 181-201.

Faulwell, James (1970) A burial grouping with a Murillo grooved pot and other skeletal material from the Las Marias site. *Cultural history in the Sapo Valley, Costa Rica. Report on a second season of archaeological research in Northwestern Guanacaste province, Republic of Costa Rica*. Frederick Lange (edit.), pp. 1-20. Ms. Associated Colleges of the Midwest, Chicago.

Fernández Guardia, Ricardo (1975) *El descubrimiento y la conquista*. Editorial Costa Rica. San José.

_____ (1969) *Reseña histórica de Talamanca*. Imprenta Nacional. Segunda edición. San José.

_____ (1941) *Historia de Costa Rica. El descubrimiento y la conquista*. Cuarta Edición. Librería Lehmann & CIA. San José.

_____ (1933) *Cartilla histórica de Costa Rica*. Librería e Imprenta Lehmann. San José.

Fernández Bonilla, León (1976) *Conquista y poblamiento en el siglo XVI*. Editorial Costa Rica. San José.

_____ (1886) *Colección de documentos para la historia de Costa Rica*. Vol. V. París.
_____ (1882) *Colección de documentos para la historia de Costa Rica*. Tomo II. Imprenta Nacional. San José.
_____ (1881) *Colección de documentos para la historia de Costa Rica*. Tomo I. Imprenta Nacional. San José.

Fernández de Oviedo, Gonzalo (1976) *Historia General y Natural de las Indias, Islas y Tierra Firme del Mar Océano, Nicaragua en los Cronistas de Indias*. Oviedo Serie Cronistas. Managua: Banco de América. Vol. I, II y III.

_____ (1959) *Historia General y Natural de las Indias, Islas y Tierra Firmes del Mar Océano*. Biblioteca Autores Españoles, Madrid.

_____ (1950) *Sumario de la natural historia de las Indias*. Fondo de Cultura Económica. México D. F.

_____ (1855) *Historia general y natural de las Indias, Islas y Tierra Firme del Mar Océano*. Tercera parte. Tomo IV. Imprenta de la Real Academia de la Historia, Madrid, España.

_____ (1851) *Historia general y natural de las Indias, Islas y Tierra Firme del Mar Océano*. Primera Parte. Imprenta de la Real Academia de la Historia, Madrid, España.

Fernández, Franco (1976) Procedencia de los esclavos negros, analizada a través del complejo de distribución desarrollado desde Cartagena. *Revista de Historia* año II (3) (julio-diciembre), pp. 43-80.

Figuroa, Horacio (1957) *Enfermedades de los conquistadores*. Segundo premio de Medicina. Certamen Nacional de Cultura El Salvador 1955. Departamento Editorial. Ministerio de Cultura. San Salvador.

Filippini, José; Pezo-Lanfranco, Luis y Sabine Eggers (2019) Estudio regional sistemático de treponematosi en Conchales (Sambaquis) precolombinos de Brasil. *Chungara Revista de Antropología Chilena*. 51(3), pp. 403-425.

Fitzpatrick, Ray (1990) II. Conceptos comunes de enfermedad. *La enfermedad como experiencia*. Ray Fitzpatrick et al. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. pp. 19-41. Fondo de Cultura Económica. México D. F.

Fonseca, Oscar (1992) *Historia antigua de Costa Rica. Surgimiento y caracterización de la primera civilización costarricense*. Colección Historia de Costa Rica. San José. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Fonseca, Elizabeth; Alvarenga, Patricia y Juan Carlos Solórzano (2001) *Costa Rica en el siglo XVIII. Colección Historia de Costa Rica*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

Foster, George y Barbara G. Anderson (1978) *Medical Anthropology*. Alfred A. Knopf. Nueva York.

Foucault, Michel (2011). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

_____ (2000). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, tomos I-II. Santafé de Bogotá.

_____ (1992 a.) *El orden del discurso*. Tuquets. Buenos Aires.

_____ (1992b.) Foucault, Michel. (1992). *Genealogía del racismo*. Curso en el Collège de France (1975-1976). La Piqueta. Madrid.

_____ (1991) Derecho de muerte y poder sobre la vida. *La voluntad del saber*, pp. 161- 194. Siglo XXI editores. México D. F. y Buenos Aires.

_____ (1968) *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI Editores. Madrid.

_____ (1966) *El nacimiento de la clínica. Una mirada de la arqueología médica*. Siglo XXI Editores. México D. F.

Frayer, David (1988) Auditory exostoses and evidence for fishing at Vlasac. *Current Anthropology*, 29 (2) (april), pp. 346-349.

Freyshmidt, Juergen.; Köhler, A.; Brossmann, Joachim.; Zimmer, Koehler; Sternberg, Andreas y Schmidt, J. W. (2003) *Borderlans of normal and early pathologic findings in skeletal radiography*, pp. 358-414. 4th. ed. Stuttgart, Thieme, New York.

Gabb, William (1978) *Talamanca el espacio y los hombres*. Presentación Luis Ferrero. Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. Imprenta Nacional. San José.

_____ (1883) Tribus y lenguas indígenas de Costa Rica. *Colección de Documentos para la Historia de Costa Rica*. Tomo III León Fernández, Segunda Edición (1969) pp. 303-486. San José.

_____ (1875) On the Indian tribes and languages of Costa Rica. *Proceedings of the American Philosophical Society* 14, pp. 483-602.

Gallardo, Gonzalo, Gómez, Esteban, Muñoz, Magdalena y Nicolás Suárez (2006). Paternidad: Representaciones Sociales en Jóvenes Varones Heterosexuales Universitarios sin Hijos. *Psykhé*, 15 (2), pp.105-116.

García José Elías (1940) La tuberculosis en los antiguos peruanos. *Actualidad Médica Peruana*; 5, pp. 274-291.

García, Raúl (2000). Micropolíticas del cuerpo. *De la conquista de América a la última dictadura militar*. Biblos. Buenos Aires.

García-Hernández, Fernando y Gabriel Murphy-Echeverría (2008) Frecuencia del hueso interparietal o incaico en cráneos Atacameños (Lican antai) prehispánicos del norte de Chile. *International Journal of Morphology*. 26 (3), pp. 629-634.

Geertz, Clifford (2003) *La interpretación de las culturas*. Serie CLA*DE*MA Antropología. Editorial Gedisa. Barcelona.

Gerald, Michael (2019) *La historia de los medicamentos. Del arsénico a la viagra, 250 hitos en la historia de los medicamentos*. Librero b. v. Madrid.

Ghalioungui Paul (1981) La medicina en el Egipto faraónico. *Historia universal de la medicina*. Dirigida por Pedro Laín Entralgo. Tomo 1. Salvat. Madrid.

Giddens, Anthony (1976) Classical social theory and the origins of modern sociology. *American Journal of Sociology*. 81(4), pp. 703-729.

Gilbert, Abel (2022) *Malleus Maleficarum*, La biblia de los cazadores de Brujas. National Geographic Society. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/biblia-cazadores-brujas-malleus-maleficarum_17820, fecha de consulta: septiembre, 2022.

Gillis, Kelly E. (2002) Transverse (Harris) lines in the tibiae of a prehistoric Costa Rican population. Documento inédito. Tesis de Maestría en Artes. Departamento de Geografía y Antropología. Universidad Estatal de Louisiana y Colegio de Agricultura y Mecánica. Luisiana.

Ginzburg, Steven (1977) Plantas medicinales de los indios bribris y cabécar. *América Indígena* 37 (2), pp. 367-398.

Gómez, Juliana (2011) Salud y cambio social: la bioarqueología y su potencial para interpretar el impacto biológico de la agricultura. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*. 26 (43) enero-diciembre, pp. 192- 214.

Gómez, Susana (2012) Paleopatología dental de poblaciones históricas (siglos III-XIII) en la provincia de Alicante: estudio de la variabilidad como respuesta a factores de hábitat y dieta. Documento inédito. Tesis doctoral. Departamento de Biotecnología. Universidad de Alicante. Alicante.

Gómez Calderín, Sissy Indira y Manuel Fernández Carcassés (2021) Abolición vs continuidad del tráfico de esclavos. Una aproximación al tema desde las costas de África. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* 18 (2) (julio-diciembre), pp. 1-27.

Gonzálbes, Enrique e Inmaculada García (2013) Una aproximación a las pestes y epidemias en la antigüedad. *Espacio, tiempo y forma. Serie II. Historia Antigua*, T 26, pp. 63-82.

González Casanova, Pablo (2015) *De la sociología del poder a la sociología de la explotación*. Pensar América Latina en el siglo XXI. Roitman, M. (antología y presentación). Editores Siglo XXI-CLASO. Buenos Aires-México D. F.

_____ (2006) Colonialismo interno [Una redefinición]. *La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas*. pp. 409-434. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO. Buenos Aires.

_____ (1958) *Estudios de técnica social*. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México D. F.

González Flores, Luis Felipe (1978). *Evolución de la instrucción pública en Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica.

González, Luis Enrique (2014) La ruptura desde una visión transdisciplinaria: herramienta acorde a una postura epistemológica de las ciencias humanas. *Posicionamientos epistemológicos desde una perspectiva doctoral*. Arturo Barraza (coord.), pp. 72-92. Universidad Pedagógica de Durango. México DF.

González de Oviedo y Valdés, Gonzalo (1855) *Historia General y Natural de las Indias, islas y tierra firme del Mar Océano*. Tercera Parte- Tomo IV. Imprenta de la Real Academia de la Historia. Madrid.

González González, Yamileth (1984) La producción de alimentos en Costa Rica 1575-1980. *Anuario de Estudios Centroamericanos*. 10, pp. 125-141.

González, Ana Lorena (2021) Esclavitud, independencia y poder simbólico en las prácticas jurídicas (Costa Rica 1816-1824). *Revista de Ciencias Jurídicas* (155 mayo-agosto), pp. 1-20.

González, Fernando y Elías Zeledón (Comp.) (1999) *Crónicas y relatos para la historia de Puerto Limón*. Centro de Investigación y Conservación del Patrimonio Cultural. Imprenta Nacional. San José.

Goodman, Alan; Brooke, Thomas; Swedlund, Alan y George Armelagos (1988) Biocultural perspectives on stress in prehistoric, historical and contemporary population research. *American Journal of Physical Anthropology*. 31, pp. 169-202.

Googman, Alan y Debra Martin (2002) Reconstructing health profiles from skeletal remains. Chapter two. *The backbone of history health and nutrition in the western hemisphere*. Richard Steckel y Jerome Rose (edit.), pp. 11-60. Cambridge University Press. Cambridge.

Gramsci, Antonio (1984). *Cuadernos desde la cárcel*, (T. 3). Ediciones Era. México D. F.

Granados, Roberto (1982) Excavación arqueológica del sitio Nacascolo, Bahía Culebra, Costa Rica. Evidencias dentales que infieren posibles patrones de subsistencia. Tesis de licenciatura en Odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica. San José.

Grosfoguel, Ramón (2011) La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura De Sousa Santos. *Formas Otras: saber, nombrar, narrar, hacer*, pp. 97-108. CIDOB Ediciones. Barcelona.

Guamán Poma de Ayala, Felipe (1987) Nueva crónica y buen gobierno. *Crónicas de América*. Historia 16. Madrid.

Guerra, Francisco (1988) Origen de las epidemias em la conquista de América. *Quinto centenario* (14), pp. 43-51

Guida Navarro, Alexandre (2022) Estatuillas y arqueología del cuerpo en la cultura de los palafitos de la Amazonia oriental. *Revista del Museo de Antropología*, 15 (1), pp. 17-30.

Gutiérrez, Maritza (2010 a.) Informe de inspección arqueológica Distrito Tres Ríos, Cartago (Causa No. 10-000264-074-PE). Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2010 b.) Actividades arqueológicas de rescate Sitio Tres Ríos, C-343 TR, La Unión, Cartago. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Guerrero, Juan Vicente; Vázquez, Ricardo y Federico Solano (1991-1992) Entierros secundarios y restos orgánicos de C.A. 500 a.C. preservados en un área de inundación marina, Golfo de Nicoya, Costa Rica. *Revista Vínculos* 17 (1-2), pp. 17-51.

Hall, Stuart (2004) Codificación y descodificación en el discurso televisivo. *CIC Cuadernos de Información y Comunicación* 9, pp. 210-236.

Hance, Jeremy (2015) Matsés concluyen Enciclopedia de medicina tradicional de 500 páginas. Documento inédito. Servindi, Servicios de Comunicación Intercultural. Disponible en: <https://www.servindi.org/printpdf/56741>, fecha de consulta, octubre, 2018.

Haraway, Donna (1999) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Editorial Cátedra. Madrid.

Harding, Sandra (1995) *Ciencia y feminismo*. Morata. Madrid.

Hardy, Ellen Teresa (1992) The mortuary behavior of Guanacaste/Nicoya: an analysis of pre-Columbian social structure. Tesis de doctorado en Filosofía (Arqueología). Universidad de Los Ángeles. California.

Heredia Espinoza, Verence y Joshua Englehardt (2015) Simbolismo panmesoamericano en la iconografía cerámica de la tradición Teuchtlán. *CEMCA Trace* 68, pp. 9-34.

Hermida, Enrique (2007) Paleopatología en Ecuador. *Aproximaciones a la paleopatología en América Latina*. H. A. Sotomayor-Tribín y Z. Cuéllar-Montoya coordinadores. Convenio Andrés Bello. Academia Nacional de Medicina de Colombia y Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal., pp. 179-197. Bogotá.

Hernández, Alejandra (1995) Registro e inventario de restos culturales, restos óseos humanos sitio arqueológico Finca Linares G-470 FL. Documento inédito. Subproyecto arqueológico Bahía Culebra. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Pilar Baptista (2010) *Metodología de la investigación*. 5ta Edición. Mc. Graw Hill. México D. F.

Hernández, Silvestre Manuel (2014) El concepto de comprensión en Max Weber. *Horizontes Filosóficos*, (4), pp. 71-82.

Herrera, Anayensy y Luis Felipe Solís Del Vecchio (1988) Informe de laboratorio sobre los materiales recuperados en el sitio Lomas Entierros (SJ-343 LE) (marzo/noviembre 1988). Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Henríquez, Mario (2006) Desgaste oclusal, patología dental y dieta en poblaciones prehispánicas de Chile Central: desde el arcaico al periodo Intermedio Tardío. Documento inédito para optar por el título de arqueólogo. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago.

Hidalgo, Tatiana y Ricardo Vázquez (1997) Manuscrito y hojas de análisis de análisis C-80 CAP Cráneo Op 1 T 12. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1995) Manuscrito y hojas de análisis de C- 35 AC, operación 48, cala 2. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1994) Manuscrito y hojas de análisis de C- 35 AC, operación 48d. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1991) Hojas de registro y análisis del sitio Vidor G 253 Vi. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Hillson, Simon (2008) The current state of dental decay. J. D. Irish, G C Nelson (edits.) *Technique and application in dental anthropology*, pp. 11-135. Cambridge University Press, Cambridge.

_____ (1996). *Dental Anthropology*. Cambridge University Press.

_____ (1986). *Teeth*. Cambridge University Press.

_____ (1979) Diet and Dental Disease. *World Archaeology* 11 (2), pp. 147–162.

Hodges, Denise y Lawrence Schell (1988) Power analysis in biological anthropology. *American Journal of Physical Anthropology*. (77), pp. 175, 181.

Holland, Thomas. y Michael O´Brien (1997) Parasites, porotic hyperostosis, and the implications of changing perspectives. *American Antiquity*. 62 (2), pp. 183-193.

Holloway, John (2005) *Cambiar el mundo sin tomar el poder El significado de la revolución hoy*. Vadell Hermanos Editores, C.A. Caracas.

Hoopes, John (1980) Archaeological investigations at the site of La Guinea, Tempisque River Valley, Guanacaste, Costa Rica. Documento inédito. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Departamento de Antropología Universidad de Harvard. Cambridge, Massachusetts.

Horkheimer, Max (2000) *Teoría tradicional y teoría crítica*. Paidós. Buenos Aires.

Hotez Peter J. y David I. Pritchard (1995) Hookworm infection. *Scientific American*. 272 (6) jun., pp. 68-74.

Ianni, Octavio (2005) *La sociología y el mundo moderno*. Siglo XXI (editores). México D. F.

Ibarra, Eugenia (2015) Actualización del mapa de cacicazgos indígenas en el siglo XVI: De 1990 a 2014. *Revista Vínculos* 36 (1-2), pp. 1-10.

_____ (2014) *Entre el dominio y la resistencia: los pueblos indígenas del Pacífico de Nicaragua y Nicoya en el siglo XVI*. Editorial UCR. San José.

_____ (2003) *Las sociedades cacicales de Costa Rica (XVI)*. Colección Historia de Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1998) Las epidemias del Viejo Mundo entre los indígenas de Costa Rica antes de la conquista española: ¿mito o realidad? (1502-1561). *Mesoamérica*: 36 (diciembre), pp. 593-618.

_____ (1993) Los cacicazgos en Costa Rica a la llegada de los españoles: una perspectiva etnohistórica. Documento inédito Cátedra Historia de las Instituciones de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Historia y Geografía, Universidad de Costa Rica, San José.

_____ (1991) *La resistencia de los indios de las montañas de Talamanca (Costa Rica) y el pensamiento mágico religioso (Siglos XVI, XVII y XVIII)*. *Avances de Investigación* (56) Centro de Investigaciones Históricas, Universidad de Costa Rica, San José.

_____ (1989) La organización clánica en el Valle Central y Talamanca en el momento de la conquista (Siglos XVI y XVII) Luis Fernando Sibaja (coord.). *Costa Rica Colonial 1535-1821*. Ponencias sobre Costa Rica presentadas en el simposio La sociedad colonial en Mesoamérica y el Caribe, realizado en San José, Costa Rica, diciembre 1986, pp.13-37. Publicación de la Comisión costarricense V Centenario del descubrimiento de América. Ediciones Guayacán, San José.

_____ (1984) Los cacicazgos indígenas de la Vertiente Atlántica y Valle Central de Costa Rica: un intento de reconstrucción etnohistórica. Tesis de licenciatura en Antropología Social. Escuela de Antropología. Universidad de Costa Rica. San José.

Ibarra, Eugenia y Elizeth Payne (1991) *Costa Rica en el siglo XVI. De las sociedades cacicales a la sociedad colonial*. Serie Nuestra Historia. Fascículo (4). Editorial de la Universidad Nacional-Editorial de la Universidad Estatal a Distancia, San José.

Jiménez, Alex (2021) Presentación del sistema endocrino de una manera funcional. Personal Injury doctors. Documento inédito. Disponible en: <https://es.personalinjurydoctorgroup.com/2019/10/08/Introducir-el-sistema-endocrino-de-manera-funcional/>

Jodelet, Denise (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Moscovici, S. *Psicología Social II*. pp. 469-494. Paidós, Barcelona.

_____ (1984) Dense La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *Psicología social II* Serge Moscovici (comp.), pp. 469-493. Paidós, Barcelona.

Johnson, Michele (2011) Las migraciones laborales en las islas del Caribe. *Del olvido a la memoria. Nuestra herencia afrocaribeña*. 5. Cátedra de Estudios de África y el Caribe, pp. 7-14. Ediciones Gráficas S. A. San José.

Kennedy, William (1968) Archaeological investigations in the Reventazón river drainage area, Costa Rica. Documento inédito. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Departamento de Antropología. Universidad de Tulane. New Orleans.

_____ (1978) A Middle Period Lithic Tool Assemblage from the Atlantic Watershed Region, Costa Rica. *Revista Vínculos* 4(1), pp. 43-56.

Kerckhoff, Annette (2015) *La enfermedad y la cura. Conceptos de una medicina diferente*. Fondo de Cultura Económica. México D. F.

Kleinman, Arthur (1995) *Witting at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press. Los Angeles.

Knowles, A. Keith (1983) Acute traumatic lesions. *Disease in ancient man: an international symposium*. G. D. Hart (edit), pp. 61-83. Clarke Irwin. Toronto.

Kopytoff, Igor (1986) La biografía cultural de las cosas: la mercantilización como proceso. *Perspectiva cultural de las mercancías*. Arjun Appadurai (edit.), pp. 89-122. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Grijalbo. México D. F.

Kreimer, Pablo (2017) Los estudios sociales de la ciencia y de la tecnología ¿son parte de las ciencias sociales? *Teknokultura*, 14, (1), (2016), pp. 143-162.

Lagunas, Zaíd y Patricia O. Hernández (2002) *Manual de Osteología*. Editorial Emahaia, S.A., Toluca.

Laín, Pedro (1943) *Estudios de historia de la medicina y de la antropología médica*. Tomo I. Ediciones Escorial, Madrid.

_____ (1984) *Antropología Médica*. Salvat. Barcelona.

Landa, Fray Diego (1982) [~1566]. *Relación de las Cosas de Yucatán*. Porrúa, México, D.F.

Lander, Edgardo (2000) Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. Edgardo Lander (comp.), pp. 11-40. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Larsen, Clark (2015) *Bioarcheology: Interpreting Behaviour from the Human Skeleton*. Cambridge University Press, Cambridge.

_____ (1997) *Bioarchaeology. Interpreting behaviour from the human skeleton*: Cambridge University Press. Cambridge.

_____ (1995) Biological Changes in Human Populations with Agriculture. *Annual Review of Anthropology*. (24) pp. 185-213.

_____ (1987) *Bioarchaeological interpretations of subsistence economy and behaviour and theory*. M. Schiffer (edit.) Academic Press. New York.

_____ (1981). Skeletal and dental adaptations to the shift to agriculture on the Georgia Coast. *Current Anthropology*, 22(4), pp. 422-423.

Latour, Bruno (2007) *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Traducción Víctor Goldstein. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

_____ (2004) *Politics of nature*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.

Leakey, Louis Seymour; Tobias, Phillip y John Russell Napier (1964) A new species of the genus *Homo* from Olduvai Gorge. *Nature* 202 (4927), pp. 7-9.

Le Bretón, David (2002) *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Leff, Enrique (2000) Pensar la complejidad ambiental. *La Complejidad Ambiental*. Enrique Leff (coord.), pp. 7-53. Siglo XXI Editores, S.A., México DF.

Leibsohn, Dana (1985) The Costa Rica effigy head tradition: an interpretation of its unity and diversity. Tesis de Maestría en Artes. Departamento de Artes finas. Universidad de Colorado. Boulder.

León, Magdalena (2021) Informe final: evaluación arqueológica, Monumento (Castella H 140 Ca), Sector 1 área con estructura de cantos rodados y Sector 2, reubicación de poliducto,

proyecto diseño y construcción de obras impostergables (OBIS) Lote 1, Línea 5. Conector Barreal-Castella carretera San José-San Ramón. Distrito Asunción, cantón Belén, Provincia Heredia. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2010) Investigación arqueológica del “Proyecto Duarco-Cocorí” sitio arqueológico Agua Caliente (C- 35 AC) Agua Caliente, Cartago, Costa Rica. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2006) A new fluted fishtail point find from Costa Rica. *Mammoth Trumpet*. 21(3), pp. 1-2, 20.

Lévi-Strauss, Claude (1980). La eficacia simbólica. *Antropología estructural*, pp.138-185. Eudeba, Buenos Aires.

Lin, Yen-Kuan. K.; Hsu, Mu-Tsu. y Ming-Chen Hsieh (2018) Anthropological and sociological perspectives of medical professionalism. *Tzu Chi Medical Journal*. 30, (1), pp. 53-54.

Lines, Jorge A. (1945) Sukia: tsúgur o Isogro. *Revista de Archivos Nacionales de Costa Rica*. 5 (1-2), pp. 17-43.

_____ (1938) Sukia: tsúgur o isogro /Breves notas etnológicas sobre los indios de Costa Rica con especial referencia al estudio interpretativo de las estatuetas que representan “fumadores”. *Anales de la Sociedad de Geografía e Historia*. Año y Tomo XIV (4), pp. 407-431.

Lockhardt, James y Schwartz, Stuart (1983) *Early Latinamerica*. Cambridge University press. New York

Lombardi Guido (1995) Detección de *Mycobacterium tuberculosis* en una momia de la cultura Nazca con mal de Pott. Documento inédito. Resúmenes, III Congreso Internacional de Estudios sobre Momias. Cartagena de Indias

López, Diana M. (2004) Herencia, interpretación y entendimiento. La función creadora de la historia en la hermenéutica de H. G. Gadamer. *Tópicos*. (12), s. p.

López, Alonso (2014) Análisis del discurso como disciplina teórica. *Análisis del discurso*, pp. 13- 27. Editorial Síntesis. Madrid.

López, Raúl Alejandro (2016) Hiperostosis porótica como condición cultural y social: una aproximación a las condiciones de vida y modo de vida maya. Tesis para optar por el título de Arqueólogo. Facultad de Ciencias Antropológicas. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

López, Fernando (2002) El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 4, pp. 167-179.

López, José María y José Pardo (1994) *Nuevos materiales y noticias sobre la historia de las plantas de Nueva España, de Francisco Hernández. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia XLIV Serie A (Monografías)*. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universitat de València C. S. I. C. Valencia.

López-Ferro, Mario Osvaldo (2015) La cirugía en la antigüedad: La trepanación. *Alberca* (12), pp. 25-33.

Lovejoy, Owen (1985). Dental wear in the Libben population: its functional pattern and role in the determination of adult skeletal age at death. *American Journal of Physical Anthropology*. (68), pp. 47-56.

Lleras Roberto y Arturo Vargas (1990) Palogordo: la prehistoria de Santander en los Andes orientales. *Boletín del Museo del Oro* (26), pp. 65-129.

_____ (1989) La arqueología de Santander: Los guanés. *Fondo de Promoción de la Cultura, Arte de la tierra. Muisca y guanés*, pp. 17-24. Colección Tesoros Precolombinos. Fondo de Promoción de la Cultura. Banco Popular. Bogotá.

MacNeish Richard (1992) *The origins of agriculture and settled life*. University of Oklahoma Press. Norman and London.

Malavassi, Ana Paulina (2003) *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública. Leprosos curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

Maldonado-Torres, Nelson (2007) Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Castro-Gómez, S. y R. Grosfoguel (edits.), pp. 127-167. Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. Siglo del Hombre, editores. Bogotá.

Mancheva, Dora (2015) *Libellus de medicinalibus Indorum herbis: la vida secreta de los nombres de plantas de origen nahua. De los descubrimientos a las taxonomías. La botánica y la zoología en la lengua española del Renacimiento a la Ilustración*. Matteo De Beni (edit.). Universitas Studiorum S.r.l. Casa Editrice via Sottoriva. Mantova.

Mansilla, Josefina y Carmen María Pijoan (2000) Evidencia de treponematosi en la Cueva de la Candelaria, Coahuila, con énfasis en un bulto mortuorio infantil. *Chungará Revista de Antropología Chilena* 32 (2), pp. 207-210.

Mason, Alden (1945) Costa Rican stonework: The Minor C. Keith collection. *Anthropological Papers of the American Museum of Natural History* 39 (Part 3). New York.

Mardones, José María y Nicanor Ursua (comp.) (1996) Max Weber La Sociología comprensiva A. Sentido y comprensión. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*, pp. 151-159. Editorial Fontamara. Barcelona.

Marín, Juan José (2000) De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica: 1800-1949. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*. 1(2), marzo s. p. Disponible en: <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>, fecha de consulta julio 2018.

Martín- Cabello, Antonio (2013). Sobre los orígenes del proceso de globalización. *Methados. Revista de Ciencias Sociales* 1(1), pp. 7-20.

Martínez, Gerardo (2014) La atención médica a los africanos y afrodescendientes en la Nueva España en los siglos XVI y XVII. *Intus-Legere Historia*, 8(1), pp. 87-115.

Martínez Montiel, Luz María (2008) *Africanos en América*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.

Mayhall, John (2000) Dental morphology techniques and strategies. *Biological Anthropology of the human Skeleton*, pp. 103-134. Anne Katzenberg y Shelley Saunders (edits.). Chichester Wiley-Liss. New York.

Mayos Solsona, Gonçal (1991) Estudio preliminar. *Anne- Robert-Jacques Turgot. Discursos sobre el progreso humano*. Colección: Clásicos del Pensamiento. (86), pp. IX-LXXIII. Traducción y notas de Gonçal Mayos Solsona. Editorial: Tecnos. Madrid.

McDowell, Linda (2000) *Género, identidad y lugar. Un estudio de las geografías feministas*. Cátedra, Madrid.

McNeil, William (1984) *Plagas y pueblos*. Siglo XXI. Madrid.

Mead, George (1993) *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Paidós, Barcelona.

Mejía, Orlando (2016) *La medicina arcaica*. Editorial Universidad de Caldas. Manizales.

Meléndez, Carlos (1972) *Juan Vázquez de Coronado. Conquistador y fundador de Costa Rica*. Editorial Costa Rica. Segunda Edición, San José.

Méndez, Christian Angélica y Andrea Cucina (2011) Capítulo 6. Patologías dentales de desarrollo. Hipoplasia del esmalte dental. *Manual de antropología dental*. Andrea Cucina (edit.) pp. 131-147. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

Mendieta, Eduardo (2007). Hacer vivir y dejar morir: Foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*, No. 6 (enero-junio), pp. 138-152.

Mendiola, Luciana y Ricardo Vázquez (2006) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Mendoça, Osvaldo; Boedach, M. Asunción y Mario Arriera (2012) Arqueología y bioarqueología: interacciones y perspectivas para el registro fragmentado de una evidencia incompleta. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 14 (número especial enero-diciembre), pp. 23-32.

Menéndez, Eduardo (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), pp. 71-83.

Merbs, Charles F. (1989) *Trauma. Reconstruction of life from skeleton*. A. R Liss Inc. New York.

_____ (1992) A new world of infectious disease. *American Journal Physical Anthropology*, (35), pp. 3-42.

Mercola (2017) Nixtamalización: cómo este proceso tradicional aumenta formidablemente la aportación nutricional de las tortillas de maíz. Asociación de Consumidores Orgánicos. <https://consumidoresorganicos.org/2017/12/07/nixtamalizacion-este-proceso-tradicional-aumenta-formidablemente-la-aportacion-nutricional-las-tortillas-maiz/>

Messina, Renato (2002) Serie ampliada de sitios con artefactos lasqueados sobre rocas silicificadas del Valle de Turrialba en contextos precerámicos y cerámicos no estratificados. Ricardo Vázquez (Ed.), Documento inédito. Arqueología del Área de influencia del Proyecto Hidroeléctrico Angostura, Valle de Turrialba, pp. 205- 242. Convenio ICE-MNCR. San José.

Meyer, Michael (2003) Entre la teoría, el método y la política: la ubicación de los enfoques relacionados con el ACD. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak, R. y M. Meyer, (edits.), pp. 35-59. Editorial Gedisa. Barcelona.

Mignolo, Walter (2001) Colonialidad del poder y subalternidad. Convergencia de tiempos. *Estudios subalternos/contextos latinoamericanos estado, cultura, subalternidad*. Ileana Rodríguez (edit.) pp. 155-183. Ediciones Rodopi. B. V. Amsterdam-Atlanta.

Miles, James (1975) Orthopedic problems of the Wetherill Mesa Populations. *Publications in Archeology 7G, Wetherill Mesa Studies*. National Park Service, Washington.

Miranda, Rafael (2015) Reseña François DOSSE. Castoriadis, une vie. París: Ediciones La Découverte. 2014. *Prometeica*. Año V, (11), invierno, pp. 164-172.

Mires, Fernando (1991) *La colonización de las almas. Misión y conquista en Hispanoamérica*. 2da edición Editorial Costa Rica DEI. San José.

Molina, Carlos (2017) Cuerpo, ley y sacrificialidad. *La antropología crítica de Franz J. Hinkelammert*. UCA editores. San Salvador.

Molina Montes de Oca, Carlos (1993) *Garcimuñoz la ciudad que nunca murió. Los primeros cien días de Costa Rica*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José.

Molina Muñoz, Priscilla (2020) *Museo del Oro Precolombino: cosmovisión, simbolismo y tecnología de los pueblos indígenas de Costa Rica*. I edición. Fundación Museos del Banco Central. EDIGITAL. San José.

Molina, Iván (2011). Alfabetización y cobertura escolar en Hispanoamérica. La primera expansión educativa costarricense (1750-1830). *Desacatos* (37) septiembre-diciembre, pp. 125-144.

Monardes, Nicolás (1574) Primera y segunda y tercera partes de la Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina. Tratado de la piedra bezar, y de la yerua Efcuerconera. Dialogo de las grandezas del Hierro y de las virtudes Medicinales. Tratado de la Nieve y del beber frío. Con licencia y Preuilegio de su Magestad. Entafada de Alonso Eseruano. Sevilla.

Moncada, José Omar (2011) *La cartografía española en América durante el siglo XVIII: la actuación de los ingenieros militares*. Documento inédito. I Simposio Brasileiro de Cartografía Histórica: Passado presente nos velhos mapas: conhecimento e poder. Paraty del 10 al 13 de maio. Disponible en: https://www.ufmg.br/rededemuseus/crch/simposio/MONCADA_MAYA_JOSE_OMAR.pdf fecha de consulta: agosto 2017.

Montoya, Salvador (1987) Milicias negras y mulatas en el Reino de Guatemala (siglo XVIII). *Cahiers du Monde Hispanique et Luso-Bresilien, Caravelle*, (49), pp. 93-104.

Mora, Martín (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), pp. 1-25. Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf> fecha de consulta, junio, 2017.

Mora, Xinia (1978) La medicina pre y post Colombina aplicada en la herborística. *Memoria del congreso sobre el mundo centroamericano de su tiempo. V centenario de Gonzalo Fernández de Oviedo*, pp. 433-439. Texto Lida. San José.

Moradas Estrada Marcos y Beatriz Álvarez López (2018) Manchas dentales extrínsecas y sus posibles relaciones con los materiales blanqueantes. *Avances en Odontostomatología*. 34(2), pp.59-71.

Morales, Luis Diego (1986) Historia de la sismología en Costa Rica. *Revista Filología XXIV* (59), pp. 93-104.

Moreyra, Cecilia y María da Graça Alves Mateus Ventura (2020) Introducción al Dossier "Historia de la cultura material. Objetos, agencias, procesos. *Anuarios de la Escuela de Historia Virtual*. Año 11 (18), pp. 1-10.

Morin, Edgar (1994) Epistemología de la complejidad. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Dora Fried Schnitman (edit.), pp. 421-446. Paidós. Buenos Aires.

Moscovici, Serge (1988) Notes towards a description of social representations". *European Journal of Social Psychology*, (18), pp. 211-250.

_____ (1984) The phenomenon of social representations. R. M. Farr and S. Moscovici (Ed.) *Social representations*, pp. 3-69. University Press Cambridge. Cambridge.

_____ (1981) On social representations. J. P. Forgas (edit.). *Social Cognition perspectives on everyday knowledge*, pp. 181-209. Academic Press. London.

_____ (1979) *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Huemul, Buenos Aires.

_____ (1961) *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul. Buenos Aires.

Muñoz, Jacobo (2006) Introducción. *Caminos de la hermenéutica*. J. Muñoz y A. M. Faerna (edits.), pp. 13-33. Biblioteca Nueva. Madrid.

Murillo, Gina María (1982) Análisis de la dentición de un grupo aborigen del periodo Tardío (900-1500 d.C.) en Costa Rica. Tesis de licenciatura en Odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica. San José.

Mursuli, Maritza; Rodríguez, Haydée; Landa, Liana y Madelis Hernández (2006) Anomalías dentales. *Gaceta Médica Espirituana*, 8(1), pp. 1-4.

Nagy, Annie (2008) An osteological analysis of ten human crania from Costa Rica. *Annals of Carnegie Museum*, 76(4), pp. 265-278.

Najmanovich Denise (2005) El sujeto encarnado: límites, devenir e incompletitud. *El juego de los vínculos: Subjetividad y red social: figuras en mutación*, pp. 19-42. Biblos. Buenos Aires.

Naranjo, Plutarco (2007) Las plantas sagradas en arqueología y antropología en Ecuador. *Aproximaciones a la paleopatología en América Latina*. H. A. Sotomayor-Tribín y Z. Cuéllar-Montoya coordinadores. Convenio Andrés Bello. Academia Nacional de Medicina de Colombia y Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal., pp. 199-248. Bogotá.

Navarrete, Rodrigo (1992) Cerámica y etnicidad: una aproximación al estudio de las formas culturales como expresión de lo étnico. *Boletín de Antropología Americana* (22), pp. 47-80.

Nieto, Mauricio (2000) *Remedios para el Imperio. Historia Natural y apropiación del Nuevo Mundo*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá.

Noguera, Albert (2011) La teoría del Estado y del poder en Antonio Gramsci: Claves para descifrar la dicotomía dominación-liberación. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 29 (1 enero-junio), s.p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18118941013.pdf> fecha de consulta, julio 2020.

Norr, Lynette (1995) Interpreting dietary maize from bone stable isotopes in the American tropics: the state of the art. *Archaeology in the lowland American tropics*. Stahl Petter W (ed.). Cambridge University Press; pp. 198-223. Cambridge.

Nunn, John (2002) *La medicina del antiguo Egipto*. Fondo de Cultura Económica. México D. F.

Obando, Patricia y Ricardo Vázquez (1984) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, C 35 AC operación 48f. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Ochoa, Miguel Gabriel (2010) Prólogo. *Cuerpo y modernidad. Arte y biopolítica*. M. G. Ochoa (coord.), pp. 9-14. Colección El Jardín de Epicuro. México D. F.

Ogden, Alan (2008) Advances in the Paleopathology of Teeth and Jaws. *Advances in Human Paleopathology*, R. Pinhasi y S. Mays (edits.), pp. 283-307. John Wiley and Sons, Ltd, Chichester.

Okumura, Mercedes y Sabine Eggers (2005) The people of Jabuticabeira II: reconstruction of the way of life in a Brazilian shellmound. *Homo* 55 (3), pp. 263-281.

Organización Internacional del Trabajo (2014) *Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (1989)*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Lima.

Ortiz, Edder; Vanessa De la O y Ricardo Vázquez (s. f.) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Ortiz, Edder; Nancy Solano; Vanessa De la O y Ricardo Vázquez (s. f.) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Ortner, Donald (2003) *Identification of Pathological conditions in human skeletal remains*. Academic Press. California.

Orozco, Rafael (1879) Visita del Excmo. Señor Presidente General Tomás Guardia a la Comarca de Limón. *La Gaceta de Costa Rica*, pp. 1-3.

Osorio Ramírez, Katherine Andrea (2012) Aportes al estudio paleodietario mediante el análisis de isótopos estables de $\delta^{13}\text{C}$ y $\delta^{15}\text{N}$ en restos óseos humanos de la región centro-oriental del Cauca medio. *Revista Colombiana de Antropología*, 48(1), pp. 125-141.

Oxford (2007) *Diccionario de medicina*. 2da reimpresión. Oxford University Press. Editorial Complutense S. A. Madrid.

Pachajoa, Harry y Carlos A. Rodríguez (2017) Defectos congénitos y síndromes genéticos en el arte de las sociedades Tumaco- Tolita y Moche. Colección Paleopatologías. Editorial Universidad Icesi. Cali.

Paéz, Darío (1987) (Comp). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*, pp. 297-317. Fundamentos. Madrid.

Payne, Elizeth (1994) *El impacto de la conquista española en las sociedades indígenas (1502-1529)*. Publicaciones de la Cátedra de Historia de las Instituciones de Costa Rica. Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1988) Organización productiva y explotación indígena en el área central de Costa Rica (1580-1700). Tesis de Licenciatura en Historia. Escuela de Historia, Universidad de Costa Rica. San José.

Pedraza, Zandra. (2010) Del cuerpo. *Revista Javeriana* (770), tomo 146, año 77, pp. 8-15.
Pena, Rosa María (1992) Un espécimen singular que muestra mutilación dentaria infantil. *Revista Mexicana de Estudios Antropológicos XXXVIII*, pp. 107-118.

_____ (1989) Los huastecos y la mutilación dentaria. *Estudios de Antropología Biológica IV*, pp.599-607.

Pelley, Carolyn, Kwo, Jean y Dean R. Hess (2007). Tracheomalacia in an adult respiratory failure and Morquio Syndrome. *Respr. Care*, 52 (3), 278-282.

Peralta, Manuel María (1886) *Límites de Costa Rica y Colombia (1573- 1821)*. Ernesto Leroux (edit.). Librería M. Murillo y París. Madrid.

Pereira, Guilherme (2009) *Historia y método: la hermenéutica y los usos del pasado. Historia y Sociedad*. (17), pp. 15-35.

Perera, Maricela (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CD. Caudades, pp. 1-35. CIPS Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.

Pérez Brignoli, Héctor (2010) *La población de Costa Rica 1750-2000 una historia experimental*. Colección Historia de Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

Pérez, Héctor (1997) Estimaciones de la población indígena de América Central (del siglo XVI al siglo XX). *De los Mayas a la planificación familiar: demografía del Istmo*. pp. 25-35. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

Pérez, Ruy (1997) a. Parte Primera La medicina precientífica. La medicina de los pueblos primitivos. *De la magia primitiva a la medicina moderna*, s. p. La Ciencia para todos. Fondo de Cultura Económica. México D. F. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_8.html, fecha de consulta, abril, 2020.

_____ (1997) b. Parte Primera La medicina precientífica. La medicina en Grecia (siglos IX a la I A. C.). *De la magia primitiva a la medicina moderna*, s. p. La Ciencia para todos. Fondo de Cultura Económica. México D. F. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_9.html, fecha de consulta, abril, 2020.

Perroux, François. (1961) *L` économie du XX^{ème} siècle*. Presses Universitaires de France. Paris.

Peytrequín, Jeffrey y Mónica Aguilar (2007) Agua Caliente (C- 35 AC): arquitectura, procesos de trabajo e indicadores arqueológicos de un modo de vida cacical en una aldea nucleada en el Intermontano Central, Costa Rica. Tesis de licenciatura en Antropología con énfasis en Arqueología. Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José.

Pezo, Luis y Sabine Eggers (2010). The usefulness of caries frequency, depth, and location in determining cariogenicity and past subsistence: a test on early and later agriculturalists from the Peruvian coast. *American Journal of Physical Anthropology*, (143), pp. 75-91.

Pezo, Luis (2013) Modo de vida y expectativas de salud en poblaciones del periodo Formativo de la costa norte del Perú: Evidencias bioantropológicas del sitio Puemape. *Latin American Antiquity* 24 (2), pp. 191-216.

Piazza, Rosalba (2012) *El cuerpo colonial. Medicina y tradiciones del cuidado entre los maya-k'iche` de Totonicapán, Guatemala*. Autores Invitados N° 22. Asociación para el avance de las Ciencias Sociales en Guatemala AVANCSO. Ciudad de Guatemala.

Pittier, Henri (1957) Ensayo sobre plantas usuales en Costa Rica. Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. *Serie Ciencias Naturales* N° 2. II Edición revisada (1908). San José.

_____ (1938) *Apuntaciones etnológicas sobre los indios bribri*. Museo Nacional. Serie Etnológica I (1).

_____ (1898) *Die Sprache der Bribri-indianer in Costa Rica*. Sitzungsberichte der Kais. Wien der Wiss. Edi. 138.

Plischuk, Marcos (2012) Detección y diagnóstico de patologías en restos óseos humanos: aproximación epidemiológica a una muestra documentada. Documento inédito. Tesis de Doctorado en Ciencias Naturales. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires.

Polakowski, H. (1943) El ferrocarril de Costa Rica (1876) *Revista de los Archivos Nacionales*. Año 7 (3-4, marzo-abril), pp. 216-222.

Polednak, Anthony (1987) *Host factors in disease. Age, sex, racial and ethnic group*. Ch. Thomas Pub. Illinois.

Poulantzas, Nicos (1979) *Estado, poder y clasificación social*. Editorial Siglo XXI, México D. F.

Poveda, Luis Jorge (1978) Algunas de las plantas medicinales reportadas por el insigne cronista de Las Indias, Gonzalo Fernández de Oviedo. *Memoria del congreso sobre el mundo centroamericano de su tiempo. V centenario de Gonzalo Fernández de Oviedo*, pp. 429-432. Texto Lida. San José.

Powell Mary Lucas (1985) The analysis of dental wear and caries for dietary reconstruction. Gilbert RI, Mielke JH (edit). *The analysis of prehistoric diets*, pp 307– 338. Academic Press. Orlando.

Powell, Mary Lucas y Della Collins Cook (edits.) (2005) *The Myth of Syphilis: The Natural History of Treponematoses in North America*. University Press of Florida. Gainesville.

Pucciarelli, Héctor (2004) Migraciones y variación craneofacial humana en América. *Complutum*. 15, pp. 225-247.

Quijano, Anibal (2014) Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Cuestuibes y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la Colonialidad/descolonialidad del poder*, pp. 777-832. CLACSO. Buenos Aires.

_____ (2007) Colonialidad del poder y clasificación social. El giro decolonial. *Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (edits.), pp. 93-126. Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. Siglo del Hombre Editores. Bogotá.

_____ (2000) Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Edgardo Lander

(comp.), pp. 201-244. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Quiñones, José Antonio (2010) La música de los pueblos originarios de América y su relación con el mito, el rito, el juego y la fiesta. *Conservatorio de Tolima. Institución de Educación Superior 1906.*, pp. 89-95. Escuela universitaria. Ibagué.

Quirós, Claudia y Margarita Bolaños (1985) El tributo de los indígenas encomendados del Valle Central: Fuente fundamental de la explotación colonial. Siglos XVI-XVII. *Revista de Ciencias Sociales*. (Edición Especial). (2), pp.33-46.

Quirós, Claudia (2001) Las cofradías indígenas en Nicoya. *Revista de Historia*. (36), pp. 37-77.

_____ (1990) *La era de la encomienda*, Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

Quizpe, Edna (s. f.) Las trepanaciones craneanas “Una expresión médica de la cosmovisión andina”. Muestra del Mes. *Boletín del Museo de Antropología y Arqueología* (s.n.), pp. 12-14.

Ramírez, Jorge (2019) Evaluación arqueológica del Sitio Nicoya (G 114 Nc), proyecto de reforzamiento estructural de la ermita de San Blas (tercera etapa), Nicoya, Guanacaste. Informe final. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Ramos, Arthur (1943) *Las culturas negras en el Nuevo Mundo*. Fondo de Cultura Económica. México D. F.

Reagan, Mark; Duarte Eliecer; Soto, Gerardo y Erick Fernández (2006) The eruptive history of Turrialba volcano, Costa Rica, and potential hazards from future eruptions. *Geological Society of America Special Paper* 412, pp. 235-256.

Real Academia de la Historia (1851) *Las Siete Partidas del Rey Don Alfonso el Sabio*, 3. Librería de Rosa Baurett y Cía, París.

Retana, José (2000) Relación entre algunos aspectos climatológicos y el desarrollo de la langosta centroamericana en el Pacífico Norte de Costa Rica durante la fase cálida del fenómeno El Niño-Oscilación Sur (ENOS). *Tópicos Meteorológicos y Oceanográficos* 7(2), pp. 73-87. Disponible en: <http://cglobal.imn.ac.cr/documentos/revista/topicosmet20002/html5/index.html?page=1&noflash>, fecha de consulta: agosto, 2022.

Reyna, María del Carmen (1996) Boticas y boticarios. Siglos XVI al XIX. *Dimensión Antropológica*. Año 3, 7 (mayo-agosto), pp. 55-72.

Rizzi, Milton (2010) Historia del escorbuto. Especial referencia a las epidemias acaecidas en los sitios de Montevideo. *Revista FASO*. Año 17(2), pp. 52-58.

Roa, Ignacio (2017) Perlas de esmalte. *Mouth* 2 (1), s.p.

Roberts, Charlotte y Keith Manchester, (1995) *The archaeology of disease*, Ithaca. A. Sutton Pub. Cornell University Press. New York.

Robinson, William (2007) *Una teoría sobre el capitalismo global: producción, clases y Estado en un mundo transnacional*. Ediciones Desde Abajo. Bogotá.

Rodríguez, José V. (1999) Los chibchas: pobladores antiguos de los Andes orientales. *Adaptaciones bioculturales*. Fundación de Investigaciones Arqueológicas Nacionales, pp. 17-47. Banco de la República. Bogotá.

_____ (1998 a.) Dos posibles casos de treponematosi en restos prehispánicos del Valle del Cauca. *Maguaré* (13), pp. 85-115.

_____ (1998 b.) La tuberculosis en Colombia prehispánica. *Innovación y Ciencia*. (7), pp. 58-64.

_____ (1987) Análisis osteométrico, osteoscópico, patológico y dental de los restos óseos de Soacha. Documento inédito. Informe preliminar. Instituto Colombiano de Antropología. Bogotá.

Rodríguez, José V. Rodríguez, Carlos A. y Fernando Bernal (1998) Dos casos de posible treponematosi procedentes del Valle del Cauca. Departamento de Antropología. Universidad Nacional de Colombia. *Maguaré* (13), pp. 85-98.

Rodríguez, José Manuel y Marco Arce (2019) Ritual consumption of psychoactive fungi and plants in ancestral Costa Rica. *Journal of Psychedelic Studies*. 3(2), pp. 1-19.

Rodríguez, Humberto Alexis y Rodrigo Malaver (2011) El análisis del discurso como estrategia de investigación. *La investigación en Ciencias Sociales: estrategias de investigación*. Pablo Páramo (compilador), pp. 223-244. Universidad Piloto de Colombia. Bogotá.

Rodríguez, Rafael Armando (1958) De la vida anecdótica del Puerto Limón. *Costa Rica de Ayer y Hoy*. año XII (48 marzo-abril), pp. 26-27.

Roitman, Marcos (2015) Pablo González Casanova: de la sociología del poder a la sociología de la explotación. *De la sociología del poder a la sociología de la explotación: pensar América Latina en el siglo XXI*. pp. 9-51. Siglo del Hombre Editores Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO. Bogotá.

_____ (2010) Ciencias de la certidumbre y ciencias de la incertidumbre. *La formación de conceptos en ciencias y humanidades*. Pablo González y Marco Roitman (edits.), pp. 261-281. Siglo XXI Editores, S.A., México DF.

Rojas, Laura Celia (2013) Columnas desde el quirófano Modificaciones craneales. Documento inédito. Disponible en: <https://www.morbidofest.com/archivos/16905>

Rothschild, Bruce y Christine Rothschild (1995) Distinction des maladies treponemiques: Syphilis Pian et Bejel à partir des différences de leurs atteintes osseuses respectives. *The Origin of Syphilis in Europe*. Olivier Dutour, György Palfi, Jacques Berato y Jean Pierre Brun (edits.), pp. 68-71. Centre Archéologique du Var. Toulon.

Rothschild, Bruce (2005) History of syphilis. *Clinical Infectious Diseases*. 40, pp. 1454-1463.

Ruiz Berrio, Julio (1976) El método histórico en la investigación histórica de la educación. *Revista Española de Pedagogía* 34 (134) octubre-diciembre, pp. 449-475.

Ryden, Peter (1978) Codesa: La Fábrica de Cemento en Colorado, Guanacaste: una prospección de sitios precolombinos. Documento inédito. Manuscrito N° 1402. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Sá, Celso (1996) *Núcleo Central das Representações sociais*. Editora Vozes, Petrópolis, Río de Janeiro.

Sabido, Olga (2011) El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente. *Sociológica* 26 (74), pp. 33-78.

_____ (2010) El “orden de la interacción” y el “orden de las disposiciones”. Dos niveles analíticos para el abordaje del ámbito corpóreo-afectivo. *Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*. (3), año 2 agosto, pp. 6-17.

Salazar, Milena (2013) Representaciones de estamento basal de la sociedad en el sitio Agua Caliente C---35 AC: un acercamiento a través de las prácticas funerarias y de los restos humanos de la fase Cartago (900---1500 d.C.). Tesis de licenciatura en Antropología con énfasis en arqueología. Escuela de Antropología. Universidad de Costa Rica, San José.

Salgado, Cristian (2005) Ambliopía y estrabismo. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 30 (2), pp. 31-36.

Salles, Estela Cristina y Héctor Omar Noejovich. (2004). El tráfico americano durante el periodo colonial y el escenario político-económico europeo. *Investigación Económica*. 63 (249) (julio-septiembre), pp. 125-163.

Salo, Wilmar; Aufderheide Arthur; Buikstra Jane, y Todd Holcomb (1994) Identification of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in a pre-Columbian mummy. *Proc Natl Acad Sci*. (91), pp. 2091-2094.

Sahagún, Bernardino de (1999) *Historia General de las cosas de Nueva España*. Editorial Porrúa. México D. F.

Sánchez, Luis (2021) Evaluación arqueológica Sector Norte de la Reserva Arqueológica Agua Caliente de Cartago: construcción de un museo de interpretación. Informe DAH-2021-I-019. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Sánchez, Roberto (2010) Pluralidad de cuerpos, diversidad de mundos: en torno a la estética nietzschiana. *Cuerpo y modernidad. Arte y biopolítica*. Miguel Gabriel Ochoa (coord.), pp. 65-89. Colección El Jardín de Epicuro. México D. F.

Saul, Frank (1972) *The Human Skeletal Remains of Altar de Sacrificios. An Osteobiographic Analysis*. Papers of the Peabody Museum of Archaeology and Ethnology, 63(2). Harvard University, Cambridge.

Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock (1987) The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 1(1), pp. 6-41.

Schollmeyer, Karen y Christy Turner (2004) Dental caries, prehistoric diet and the pithouse to Pueblo transition in southwestern Colorado. *American Antiquity*, 69(3), pp. 569-582.

Schroeder, Hannes; Ávila-Arcos, María C; Malaspinas, Anna Sapto; Poznik, G. David; Sandoval-Velasco, Marcela; Carpenter, Meredith; Moreno-Mayar, José Victor; Sikora, Martin; Johnson, Philip L.F.; Allentoft, Mprten Erick; Samaniego, José Alfredo; Haviser, Jay B; Dee, Michael E; Stafford, Thomas W; Salas, Antonio; Orlando, Ludovic; Willerslev, Eske; Bustamante, Carlos D. y M. Thomas P Gilbert (2015) Genome-wide ancestry of 17 th – century enslaved Africans from the Caribbean. *National Academy of Sciences of the United States of America*. Mar. 112(12), pp. 3669-3673.

Schuller, Rudolph R. (1928) *Las lenguas indígenas de Centro América con especial referencia a los idiomas aborígenes de Costa Rica*. San José.

Schultz, Michael (1993) Initial Stages of Systemic Bone Disease. *Histology of Ancient Human Bone: Methods and Diagnosis*. Gisela Grupe y Neil Garland (eds.), pp.185-204. Springer, Berlin.

_____ (2001) Paleohistopathology of Bone: A New Approach to the Study of Ancient Diseases. *Yearbook of Physical Anthropology* 44:106-147.

_____ (2003) Light Microscopic Analysis in Skeletal Paleopathology. *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*. 2da Edition. Donald J. Ortner (Edit.), pp. 73-108. Academic Press, Amsterdam.

Segura, Santiago (2004) *Diccionario etimológico de medicina*. Universidad de Deusto. Bilbao.

Sibaja, Luis Fernando (2006) *El cuarto viaje de Cristóbal Colón y los orígenes de la provincia de Costa Rica*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José.

_____ (1982) Los indígenas de Nicoya bajo el dominio español, 1522-1560. *Estudios Sociales Centroamericanos*, (32), pp. 23-48.

Silva-Pinto, Verónica, Gayo, Eugenia M. y Domingo C. Salazar-García (2018) Capítulo 5. Isótopos estables. *Arqueometría. estudios analíticos de materiales arqueológicos*. Chapoulie, Rémy; Sepúlveda, Marcela; Del- Solar-Velarde, Nino y Veronique Wright (eds), pp. 111-137. Instituto Francés de Estudios Andinos, IFEA. Université Bordeaux Montaigne Universidad de Tarapacá. Lima.

Sin autor (2022) ENOS (El Niño-Oscilación del Sur). Instituto Meteorológico Nacional. Disponible en: <https://www.imn.ac.cr/enos>, fecha de consulta agosto 2022.

Sin autor (2015) Cifosis. Sección Ciencia. Salud ediciones. Editorial ALJUNIBE, S. L. Disponible en: <http://www.saludediciones.com/2015/09/16/cifosis-aparece-la-joroba/>, fecha de consulta, diciembre, 2019.

Sin autor (s. f.) Cuadros de síntesis de análisis osteológicos del sitio Agua Caliente C 35 AC. (1995) Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Sin autor (1968) Las oraciones mágicas en nuestros mercados de venta. *Revista Conservadora del pensamiento centroamericano*. XIX (94), pp. 7-11.

Sin autor (1946) Francisco Bacon (1561-1626). Diccionario filosófico marxista. Disponible en: <https://www.filosofia.org/enc/ros/baconf.htm>, fecha de consulta, septiembre, 2023.

Soazo Ahumada, Christian (2017) Fundamentos para una aesthesis cultural decolonial. *Opción*, Año 33(83), pp. 13-64.

_____ (2013) Transmodernidad: dos proyectos disímiles bajo un mismo concepto. *Polis Revista Latinoamericana*, 12(34), pp. 291-305.

Solís, Olman y Ricardo Vázquez (1991) Hojas de registro y análisis del sitio Vidor G 253 Vi. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Solís del Vecchio y Anayensy Herrera (2011) Mesoamericanos en la Bahía de Culebra, noroeste de Costa Rica. *Cuadernos de Antropología* (21), pp. 1-31.

Smith, Malcolm (1993) Genetic adaptation. *Human adaptation*. G. Harrison (edit.), pp.1-54. Oxford University Press. Oxford.

Snarskis, Michael (1983) *La cerámica precolombina en Costa Rica*. Instituto Nacional de Seguros. Litografía e Imprenta LIL S. A., San José.

_____ (1982) *La cerámica precolombina en Costa Rica*. Instituto Nacional de Seguros. Litografía e Imprenta LIL, S. A. San José

_____ (1981) Catalogue. *Between continents/between seas: precolumbian art of Costa Rica*. Benson, E. (ed.) Harry Abrams Inc. Publishers, The Detroit Institute of Arts, New York.

_____ (1978) The archaeology of the Central Atlantic Watershed of Costa Rica. Documento inédito. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Facultad de Ciencias Políticas. Universidad de Columbia. New York.

_____ (1977) Turrialba (9FG-T). Un sitio Paleoindio en el este de Costa Rica. *Revista Vínculos*, 3(1-2), pp. 13-26.

Soja, Edward (2008) *Postmetrópolis. Estudios críticos sobre las ciudades y las regiones*. Traficante de Sueños, Mapas 21. Madrid.

Solano, Nancy, De la O, Vanessa y Ricardo Vázquez (sin fecha) Hojas de análisis sitio Los Lagos. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Solórzano, Juan Carlos (2013) *Los indígenas en la frontera de la colonización Costa Rica 1502-1930*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José.

_____ (2011) La rebelión de los indígenas bajo la dirección de Pablo Presbere (Talamanca 1709-1710). *Cuadernos de Antropología*. (21), pp. 1-30.

_____ (2001) Indígenas insumisos, frailes y soldados en las fronteras periféricas. *Costa Rica en el siglo XVIII*. Editorial UCR. San José.

Solórzano, Juan Carlos y Claudia Quirós (2006) *Costa Rica en el siglo XVI: descubrimiento, exploración y conquista*. Colección Historia de Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

Somolinos, Juan (1990) El Códice de la Cruz Badiano. *Salud Pública de México*. 32 (50), pp. 603-617.

Soto, Gerardo y Linda Sjöbohm (2005) Sobre el mapeo de los peligros volcánicos del Arenal (Costa Rica) como una herramienta para la planificación del uso del suelo y la mitigación de desastres. Documento inédito. Memoria VIII Seminario de Ingeniería Estructural y Sísmica. San José.

Sotomayor, Hugo (2007) Arqueología, arte y paleopatología en América precolombina. *Aproximaciones a la paleopatología en América Latina*. H. A. Sotomayor y Z. Cuéllar Coordinadores. Convenio Andrés Bello, pp. 33- 78. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Bogotá.

_____ (1999) *Arqueomedicina de Colombia prehispánica*. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

_____ (1993) Enfermedades y símbolos de poder y trascendencia en cerámicas prehispánicas colombianas. *Pediatría*, (28), pp. 63-73.

_____ (1990) Enfermedades en el arte prehispánico colombiano. *Boletín Museo del Oro del Banco de la República*, (29), pp. 124-126.

Sotomayor Hugo y Gonzalo Correal (1995) Iconografía de patologías en la colección de orfebrería del Museo del Oro del Banco de la República. *Boletín Museo del Oro del Banco de la República*, (38-39), pp. 172-175.

Sotomayor, Hugo y Zoilo Cuellar-Montoya (coord.) (2007) *Aproximaciones a la paleopatología en América Latina*. Convenio Andrés Bello. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Bogotá.

Sotomayor, Hugo; Burgos, Javier y Magnolia Arango (2004) Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN Mycobacterium tuberculosis. *Biomédica*, 24(1), pp. 18-26.

Sotolongo, Pedro Luis y Carlos Jesús Delgado (2006) *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO. Buenos Aires.

Standen, Vivien G., Allison, Marvin y Bernardo T. Arriaza (1984). Patologías óseas de la población Morro1, asociadas al Complejo Chinchorro: Norte de Chile. *Chungara Revista de Antropología Chilena*, 13(1), pp. 75-185.

Standen, Vivien G. y Bernardo T. Arriaza (2000) La treponematosi (yaws) en las poblaciones prehispánicas del Desierto de Atacama (Norte de Chile). *Chungara Revista de Antropología Chilena*, 32(2), pp. 185-192.

Standen, Vivien G., Allison, Marvin y Calogero Santorio (1997) External auditory exostosis in prehistoric Chilean populations: a test of the cold water hypothesis. *American Journal of Physical Anthropology*, 103, pp. 119-129

Staub, Peter; Geck, Matthias S.; Wockerle, Caroline S. Casu, Laura y Marco Leonti (2015) Classifying diseases and remedies in ethnomedicine and ethnopharmacology. *Journal of Ethno-pharmacology*, (174) september, pp. 1-11.

Steinberg, David (2020) Deformación en cuello de cisne. Documento inédito. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/trastornos-de-la-mano/deformaci%C3%B3n-en-cuello-de-cisne>, fecha de consulta, abril, 2022.

Steinbock, Ted (1976) *Paleopathological diagnosis and interpretation: diseases in ancient human populations*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois.

Stevenson Day, Jane (1988) Íconos y símbolos: la cerámica pintada de la región de Nicoya. *Mesoamérica* (15, junio), pp. 137- 161.

Stone, Doris (1977) *Precolumbian man in Costa Rica*. Peabody Museum of Archaeology and Ethnology, Harvard University, Cambridge Mass, Cambridge.

_____ (1966) Sybthesis of Kower Central American Ethnology. *Handbook of Middle American Indians*, 4, pp. 209-233. Archaeological frontiers and external connections. University of Texas Press, Austin.

_____ (1961) *Las tribus talamancañas de Costa Rica*. Lehmann. San José.

_____ (1958) *Introduction to the archaeology of Costa Rica*. National Museum. San José.

_____ (1949) Algunos ejemplos de la poesía y leyendas cósmicas indígenas de Costa Rica. *La Pajarita de Papel*. Órgano del Pen Club de Honduras. Marzo-abril, pp. 18-21. Tegucigalpa.

Stuart-Macadam, Patricia (1982) A Correlative Study of a Paleopathology of the Skull. Documento inédito. Tesis doctoral, Departamento de Antropología. Universidad de Cambridge. Cambridge.

Temple Daniel y Clark Larsen (2007) Dental caries prevalence as evidence for agricultura and subsistence variation during the Yayoi period in prehistoric Japan: biocultural interpretations of an economy in transition. *American Journal of Physical Anthropology*, 134(4), pp. 501-512.

Thiel, Bernardo Augusto (1902) Monografía de la población de Costa Rica en el siglo XIX. *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*. San José.

Tiesler, Vera (2011) Capítulo 9. Decoraciones dentales. *Manual de antropología dental*. Andrea Cucina (edit.) pp. 183-206. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

_____ (2005) Prácticas bioculturales y organización social en los sitios de Copán, Honduras y Xcambó, Yucatán. *Estudios de Antropología Biológica*, XII, pp. 635-659.

_____ (1999) *Rasgos bioculturales entre los antiguos mayas: aspectos arqueológicos y sociales*, tesis de doctorado en antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

_____ (1998) *La costumbre de la deformación cefálica entre los antiguos mayas: aspectos morfológicos y culturales*, Colección Científica, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.

_____ (1997) Rasgos bioculturales en la población prehispánica del sureste de Petén. *X Simposio de Investigaciones Arqueológicas en Guatemala, 1996* (editado por J.P. Laporte y H. Escobedo), pp.624-639. Museo Nacional de Arqueología y Etnología, Ciudad de Guatemala. Disponible en: <https://docplayer.es/17010387-Rasgos-bioculturales-en-la-poblacion-prehispanica-del-sureste-de-peten.html> fecha de consulta mayo 2018.

Tomasi, Susana Noemí (2020) Historia de las pandemias mundiales y la economía. Documento inédito. Disponible en: <http://www.magatem.com.ar/HISTORIA-DE-LAS-PANDEMIAS-MUNDIALES-Y-LA-ECONOMIA.pdf> fecha de consulta julio 2020.

Turgot, Anne-Robert-Jacques (s.a.) Discurso sobre las ventajas que el establecimiento del cristianismo ha procurado al género humano, pronunciado en latín en la obertura de las “Sorbónicas” por su prior Turgot el viernes 3 de julio de 1750. Documento inédito. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20091222142039/http://www.ub.edu/histofilosofia/gmayos/PDF/TurgotVentajasCristianismo.pdf> fecha de consulta, septiembre, 2023.

Turner, Christy; Christian Nichol y Richard Scott (1991) Scoring procedures for key morphological traits of the permanent dentition: the Arizona State University Dental Anthropology System. *Advances in Dental Anthropology* pp. 13-31. Wiley-Liss Inc. New York.

Ubelaker, Douglas (1978) *Human skeletal remains. Excavation, analysis, interpretation*. Aldine Publishing Company. Chicago.

Valencia, Haroldo. (2015) Dialéctica de la significación y dialéctica del poder en el pensamiento político de Cornelius Castoriadis. *Prometeica*, Año V (11), invierno, pp. 93-112.

Valera, Emanuel E; Martín La Riva, Carlos A; Gamaza, Juan Carlos; Pineda, Jacinto; Vallejos, Pablo; Da Costa, Dayanna; Benitez, Wilfer y Oswaldo Becerra (2016) Análisis antropológico dental. A propósito de la presencia del rasgo diente en forma de pala en un individuo en etapa perinatal en el sitio arqueológico Playa Chuao (Ar2), Venezuela. *Antropo* (36), pp. 39-45.

Valerio Lobo, Wilson (1987). Análisis estratigráfico y funcional de Carabalí (Sf-9): Un abrigo rocoso en la región central de Panamá. Tesis de licenciatura en Antropología con énfasis en arqueología. Escuela de Antropología y Sociología Universidad de Costa Rica, San José.

Vargas, Asdrúbal y Guillermo Alvarado (2007) Los primeros catálogos de fuentes termales en Costa Rica realizados por el naturalista alemán Alexander Von Frantzius en 1862 y 1873. *Revista Geológica de América Central* (Especial), (37), pp. 11-22.

Vargas, Iraida. (1987). Modo de vida: categoría de las mediaciones entre formación social y cultura. *Boletín de Antropología Americana* (12), pp. 59-82.

Vargas Geissel (2020 a.) Formulario de reinventario de la operación 8 sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 b.) Formulario de reinventario de la operación 16 sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 c.) Formulario de reinventario de la operación no identificada sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 d.) Análisis de la muestra osteológica del sitio arqueológico Agua Caliente (C-35 AC), Cartago. Temporada 2019. Documento inédito. Informe de Osteología DAH-2020-I-012. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2016) Estudio biocultural del tratamiento mortuorio en el Golfo de Nicoya durante el periodo Sapoá (800-1350 d.C.) sitio arqueológico El Silo (G-749 ES). Documento inédito. Tesis de maestría en Antropología. Posgrado en Antropología. Universidad de Costa Rica, San José.

_____ (2013 a.) Informe de osteología 076-2013. Procesamiento y análisis preliminar de los restos óseos humanos del Sitio arqueológico Finca Piza, C- 427 FP La Lima, Cartago. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2013 b.) Anexo 1 Análisis de restos óseos humanos sitio arqueológico Puerto Culebra (G-40 PC). Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2012) Procesamiento y análisis preliminar de la muestra osteológica del sitio arqueológico Tres Ríos (C-343 TR), La Unión, Cartago. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vargas, Geissel y Adriana Garita (2020 a.) Formulario de reinventario de la operación 5 a sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 b.) Formulario de reinventario de la operación 5 b sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 c.) Formulario de reinventario de la operación 5 c sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vargas Geissel y María Ramírez (2018) Informe de arqueología N° 72-2018 Análisis de la muestra de restos óseos humanos del sitio arqueológico Hunter Robinson (G- 468 HR), Carrillo, Guanacaste. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vargas, Geissel y María Rojas (2020 a.) Formulario de reinventario de la operación 5 b sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2020 b.) Formulario de reinventario de la operación no identificada sitio Agua Caliente C 35 AC. Archivo de análisis osteológico. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vásquez de Coronado, Juan (1964) *Cartas de relación sobre la conquista de Costa Rica*. Ricardo Fernández Guardia (edit.). Academia de Geografía e Historia de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo (2015) Hojas de análisis sitio Colina Santiago A 510 CS. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (2008) Bioarqueología No. 087-2005. Informe de laboratorio. Identificación de restos dentales del cementerio de Ujarrás, sitio El Calvario (C-139 EC), provincia de Cartago. Documento inédito. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica.

_____ (1997) Hojas de análisis. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1995) Hojas de registro y análisis del sitio Catedral Metropolitana SJ 75 CM. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1994) Notas adjuntas al análisis osteológico sitio La Guinea. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ (1989) Representaciones demográficas y estructurales de la organización social en las prácticas funerarias del sitio Agua Caliente. *Revista Vínculos*, 15(1-2), pp. 1-23.

_____ (1982) 27 HM: Un sitio en Cartago con tumbas de cajón. Tesis de licenciatura en Antropología con énfasis en arqueología. Escuela de Antropología y Sociología Universidad de Costa Rica, San José.

_____ (1977) Hojas de registro y análisis del sitio Vidor G 253 Vi. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ a. (S. f.) Manuscrito análisis de C- 35 AC, operación 5a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ b. (S. f.) Manuscrito análisis de C- 35 AC, operación 5b. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ c. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 8. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ d. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 12a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ e. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 13a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ f. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 16. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ g. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 17a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ h. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 21a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ i. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 23.a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ j. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 23.c. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ k. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 24 a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ l. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 25 a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ m. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 29 a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ n. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 31 a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ o. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 31 b. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ p. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 32a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ q. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 32b. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ r. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 37a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ s. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 37b. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ t. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 37c. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ u. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 38. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ v. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 40 a. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ w. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 48. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ x. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 48g. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ y. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 52. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ z. (S. f.) Hojas de análisis sitio Agua Caliente, operación 55 a Sector Playskool. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ a.1 (S. f.) Hojas de registro y análisis del sitio El Inglés P 462 EI. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

_____ a.2 (S. f.) Hojas de registro y análisis del sitio Punta Vigilante Alta P 462 EI. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo y Suzanne Abel-Vidor (1978) Hojas de registro de sepultura del sitio Vidor G 253 Vi. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo y Paulo Barquero (2005) Procesamiento e identificación de los restos humanos del sitio Llorente (SJ 51 Ll). Documento inédito. Informe de laboratorio.

Bioarqueología No. 075-2005. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo y Vanessa De la O (2003) Hojas de análisis sitio Los Lagos. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo, De la O, Vanessa y Nancy Solano (2003) Hojas de registro. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo; Fallas, Javier y Ronny Jiménez (2015) La tumba de Colina Santiago: evidencias del contacto y post contacto en San Ramón de Alajuela, Costa Rica. *Vínculos* 36 (1-2), pp. 11-48.

Vázquez, Ricardo y Tatiana Hidalgo (1995) Hojas de análisis sitio Catedral Metropolitana SJ 75 CM. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo; Jinesta, Karla y Luis Felipe Fernández (2002) Reporte de análisis osteológico. Restos óseos humanos del sitio La Clínica (C-284 LC), Oreamuno de Cartago. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo y Nancy Solano (S. f.) Hojas de análisis sitio Coyotera. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vázquez, Ricardo y David Weaver (1980) Un análisis osteológico para el reconocimiento de las condiciones de vida en sitio Vidor. *Vínculos*, 6 (1-2), pp. 97-105.

_____ (s.f.) Hojas de registro y análisis del sitio Vidor G 253 Vi. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vega, Elma María y Andrea Cucina (2011) Capítulo 5. Las patologías orales: caries, abscesos y pérdida de dientes en vida. *Manual de antropología dental*. Andrea Cucina (edit.) pp. 107-129. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

Velázquez Bonilla, Carmela (2016) *El mundo de la piedad colonial: ritos y mentalidad religiosa en la diócesis de Nicaragua y Costa Rica siglos XVII –XVIII*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José.

_____ (2005) *Diccionario de términos coloniales*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.

_____ (1996) Morir en el XVI. *Revista de Historia* (33) enero, pp. 45-66. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/3451>, fecha de consulta septiembre 2022.

Vergara, María del Carmen (2008) La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), enero-junio, pp. 55-80.

Viel, René (1978) Étude de la céramique Ulua-Yajoa polychrome (Nord-Ouest de Honduras): essai d'analyse stylistique de Babilonia. Documento inédito. Tesis de maestría. Université René Descartes, Paris.

Viesca, Carlos (2013) *Medicina prehispánica de México*. Panorama Editorial. México D. F.

Viesca, Carlos y Mariáblanca Ramos de Viesca (2014) Aportaciones de la medicina náhuatl prehispánica. *Revista de Arqueología Mexicana*. (130), pp. 66 – 73.

Von Bulow, Tulio (1974) Apuntes para la historia de la medicina en Costa Rica durante la colonia. *Revista de Costa Rica*. N° 5, pp. 115-140.

Von Frantzius, Alexander (1997) La parte sureste de la República de Costa Rica (1869). E. Zeledón (ed.) Tomo II Frantzius, Hoffman y Polakowsky., p. 114. Viajes por la República de Costa Rica II. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Vonarx, Nicolas (2011) *Le Vodou haïtien entre médecine, magie et religion*. Presses de l'Université de Laval. Québec.

Waldron, Tony (2009) *Paleopathology*. Cambridge University Press. Cambridge.

Walker, Phillip (1986) Porotic Hyperostosis in a Marine-Dependent California Indian Population. *American Journal of Physical Anthropology*, 69, pp.345-354.

Walker, Phillip y Barry Hewlett (1990) Dental health diet and social status among Central African foragers and farmers. *American Anthropologist. New series*, 92(2) junio, pp. 383-398.

Walker, Phillip; Barthurst, Rhonda; Richman, Rebecca; Gjerdrum, Thor y Valerie Andrushko (2009) The causes of porotic hyperostosis and cribra orbitalia: a reappraisal of the iron-deficiency-anemia hypothesis. *American Journal of Physical Anthropology*. 139, pp. 109-125.

Walsh, Catherine (2003) ¿Qué saber, qué hacer y cómo ver? Los desafíos y predicamentos disciplinares, políticos y éticos de los estudios (inter)culturales desde América Andina. *Estudios culturales latinoamericanos: retos desde y sobre la región andina*. Catherine Walsh, editora, pp. 1-28. Universidad Andina Simón Bolívar. Ediciones ABYA-YALA. Quito.

Wallace, Henry and Richard Accola (1980) Investigaciones arqueológicas preliminares de Nacascolo, Bahía Culebra, Costa Rica. *Revista Vínculos*, 6(1-2), pp. 51-56.

Wallerstein, Immanuel (1988) *El capitalismo histórico*. Siglo XXI de España Editores, S. A. Madrid.

_____ (2004) *Impensar las ciencias sociales. Límites de los paradigmas decimónicos*. Siglo XXI Editores S.A. México DF.

Wankmiller, Jane Catherine (2016) Bioarchaeology of Jícaro: analysis of human skeletal remains and mortuary practices at a Sapoa period (A. D. 800/900-1350) site in Greater Nicoya. Documento inédito. Tesis de Doctorado en Filosofía. Universidad del Estado de Michigan. Michigan.

Wapler, Ulrike, y Michael Schultz (1996) Une méthode de recherche histologique appliqué au matériel osseux archéologique: L'exemple des cribra orbitalia. *Bulletin et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 8(3-4), pp.421-431.

Wapler, Ulrike, Eric Crubézy y Michael Schultz (2004) Is Cribra Orbitalia Synonymous with Anemia? Analysis and Interpretation of Cranial Pathology in Sudan. *American Journal of Physical Anthropology*, 123(4), pp.333-339.

Westenberg, Anders y Ricardo Vázquez (2006) Hojas de análisis osteológicos Operación 58, Sector Playskool, Sitio Arqueológico Agua Caliente C 35 AC. Documento inédito. Archivo de análisis osteológicos de Ricardo Vázquez. Departamento de Antropología e Historia. Museo Nacional de Costa Rica. San José.

Western New York Urology Associates (2022) Fractura de cuello. Documento inédito. Disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=103568>, fecha de consulta abril, 2022.

White, Tim y Pieter Folkens (2005) *The Human Bones Manual*. Academic Press, New York. _____ (2000) *Human osteology*. Academic Press. California.

Whittington, Stephen, L. (1991) Detection of significant demographic differences between subpopulations of prehispanic Maya from Copan, Honduras, by survival analysis. *American Journal of Physical Anthropology*, (85), pp. 167-184.

Wiggenhauser, Nicolás (2016) Modificaciones artificiales del cráneo. Un estudio de la dinámica de cambio cultural en Patagonia Septentrional durante el Holoceno Medio y Tardío (4500-200 años AP). Documento inédito. Tesis de licenciatura en Antropología con énfasis en Arqueología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.

Wodak, Ruth (2003) De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak, R. y M. Meyer, editores, pp.17-34. Gedisa editorial. Barcelona.

Wodak, Ruth y Michael Meyer (2003) *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak, R. y M. Meyer, editores. Gedisa editorial. México D. F.

Yanes, Zenaida (2012) Cómo ver el mundo desde el feminismo. Una reflexión sobre la objetividad científica. Documento inédito. Memorias del IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Del 31 de enero al 3 de febrero. Sevilla. Disponible en: https://www.oei.es/historico/congresoctg/memoria/maestro.php?pageNum_ponencias=1&totalRows_ponencias=17&id_seccion=1, fecha de consulta, enero 2019.

Yücel, Ferruh; Eğilmez, Hulusi y Zehta Akgüb (1998) A study on the interparietal bone in man. *Journal of Medical Sciences*, (28), pp. 505-509.

Zanín, Tatiana (2020) Ruibarbo: qué es, beneficios y cómo utilizar. Documento inédito, disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/ruibarbo/>, fecha de consulta septiembre, 2022.

Zavala Olalde, Juan Carlos (2010) La noción general de persona. El origen, historia del concepto y la noción de persona en grupos indígenas de México. *Revista Humanidades: Tecnológico de Monterrey*, (27-28), octubre, pp. 293-318.

Zeledón, Elías (1980) *Etnografía histórica de Costa Rica (1561-1615)*. Seminario Antropología Americana. Universidad de Sevilla. 16. Sevilla.

Zeledón, Manuel (1971) Un vistazo a la historia de la medicina en Costa Rica al año 2000. *Revista Médica de Costa Rica*. Año XXXVIII, Tomo XXVIII (428 a 433), enero-diciembre, pp. 1-79. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/especial/total.pdf> fecha de consulta julio 2018.

Zevallos, Fray Agustín (1610) Memorial para el Rey. Nuestro señor de la descripción y calidades de la provincia de Costa Rica. *Colección de Documentos para la Historia de Costa Rica*. León Fernández, Tomo V, 1886, pp. 157-161.

