

Caracterización Sociocultural y Epidemiológica de un Foco de Leishmaniasis Cutánea en Cimitarra, Santander

Luis E. Gómez¹ y Augusto Corredor²

¹ Médico. M. Sc. Salud Pública. Clínica Partenón, Bogotá. E-mail: larciniegas@hotmail.com

² Médico. Especialista en Medicina Tropical. Profesor Especial. Instituto de Salud en el Trópico, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Tel 3681486. Santafé de Bogotá.

E-mail: acorredo@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

Se realizó una caracterización epidemiológica y cultural de la leishmaniasis cutánea (LC), así como una búsqueda activa de casos de LC en la vereda Filo de Chontarales, Cimitarra, Santander, con el fin de identificar condiciones socioambientales que contribuyen a la aparición y permanencia de la LC en la zona. La información fue recolectada mediante entrevistas a 131 personas y visitas de campo a la zona. Al mismo tiempo se aplicó una encuesta sociocultural y se realizó la prueba de Montenegro a 203 personas y a los individuos con sospecha clínica se les confirmó e diagnóstico y se administró tratamiento. El índice alérgico para LC de la población a estudio fue del 92 % sin diferencias significativas entre grupos étnicos y de género. Se encontraron 64 casos de LC, a quienes se les administró tratamiento con Glucantime® con buenos resultados. Los estudios entomológicos evidenciaron la presencia *Lutzomyia longipalpis*. La LC es un problema de salud y es considerada como tal por la comunidad. Esta percepción se expresa en la búsqueda de tratamientos cuando aparece la lesión y en el desarrollo y utilización de numerosos tratamientos populares. La población encuestada reconoce a la enfermedad como "picadura de pito" (100 %). Sin embargo, sólo 3,8 % reconoce el pito como tal, mientras que la *Lutzomyia* es reconocida

por el 100 % como “zoramilla” y no se le atribuye ninguna enfermedad. Este hecho puede tener repercusiones determinantes en la prevención de la enfermedad en la zona. En conclusión, esta zona es de alto riesgo para LC y se hace necesario crear un modelo de prevención que tenga en cuenta la concepción, es decir la representación social de población sobre la LC, especialmente el vector.

Palabras Claves: Leishmaniasis, epidemiología, sociocultural, percepción, prevención

ABSTRACT

Sociocultural and epidemiological characterization of a focus of cutaneous leishmaniasis in Cimitarra, Santander

An epidemiological and sociocultural characterization regarding cutaneous leishmaniasis (CL) as well as an active case search were carried out in the village of Filo de Chontarales in the town of Cimitarra, department of Santander, with the aim of identifying social and environmental conditions contributing to the appearance and persistence of CL in this zone. Information was collected by interviewing 131 people and by field visits to the village. At the same time a sociocultural survey was applied, Montenegro skin test (MST) was performed on 203 people, and persons in whom CL was suspected were subjected to diagnostic confirmation and given treatment. The prevalence of a positive MST in the population was 92%, without any significant differences between sex and age groups. 64 cases of CL were detected, and all of them were treated with Glucantime® with good clinical results. Entomological studies showed the presence of *Lutzomyia longipalpis*. CL is a health problem, which is recognized and considered as such by the community. This perception is expressed in the search for treatments when lesions appear and in the development and use of a variety of popular treatments. The population surveyed recognizes the disease as “pito bite” (100 %). However, only 3,8 % of the population properly recognizes the “pito”, while *Lutzomyia* is identified by 100 % of the population, with the popular name of “zoramilla” and no disease is attributed to this insect. This fact might have important consequences regarding the prevention of CL in this zone. This is a high risk zone for CL and therefore it is necessary to create a preventive model which takes into account the conception, understood as the population’s social representation of CL, particularly regarding its insect vector.

Key Words: Leishmaniasis, epidemiology, sociocultural, perception, prevention

La Leishmaniasis cutánea (LC) constituye un problema de salud que es percibido como tal en la comunidad. Esta percepción se expresa en la búsqueda de tratamiento cuando aparece la lesión y en el desarrollo y utilización de numerosos tratamientos populares (1). Para hacer un tipo diferente de acercamiento entre lo biológico y lo social, dando mayor importancia al entorno en que se mueve cada individuo y no solo a sus características hombre-enfermedad desde el enfoque médico, se requiere entender el significado de lo émico y lo ético. La descripción émica o punto de vista del nativo, se sitúa dentro de la perspectiva del actor, mientras que la descripción ética o punto de vista del observador exterior, se sitúa fuera del agente (2).

Estas diferencias de concepción de la enfermedad pueden interpretarse a su vez con los conceptos de "disease" e "illness". La experiencia subjetiva de que algo anormal sucede en el cuerpo, el sufrimiento, los dolores, el malestar corresponde al "illness" mientras que la alteración biofísica, objetiva y detectable corresponde al "disease", que se puede aproximar, en ciertos contextos, a la visión ética (3).

En el caso de la LC en Colombia la concepción de la gente se remite a la visión émica: donde se le conoce como "marranos", "ya te vi", "bejuco", con una etiología diferente a la científica. De igual manera los métodos curativos y profilácticos tienen su mirada eminentemente émica en rezos e infusiones preparadas de forma variable. Sin embargo, en sitios como la Costa Pacífica se comparten muchas características con las de la medicina occidental (4). En la zona urbana la enfermedad no es muy conocida, excepto por personas que han vivido en zonas endémicas o trabajan en salud, lo que configuraría la visión ética de la leishmaniasis cutánea como enfermedad infecciosa que es transmitida por un vector y provoca lesiones ulcerativas en la piel.

Por otra parte, las representaciones sociales consideradas como las interpretaciones de lo que existe o lo que acontece en el entorno, cuando expresan lo que el individuo siente se refiere a la morbilidad sentida (5). Al analizar la morbilidad sentida se debe tener en cuenta el concepto de causalidad percibida, entendido como la forma en que las personas comprenden el origen de determinada enfermedad. A través de esa causalidad se puede hacer una aproximación de lo que la gente considera como riesgo para su salud o lo que asocian con la aparición de enfermedad, es decir la "percepción de riesgo". Esta percepción tiene influencia directa sobre la salud puesto que genera una actitud de la población frente a las noxas. Según Moscovici, las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, generalmente surgiendo en momentos de conflicto o problemas dentro de los cuales podría originarse la transmisión y

posterior permanencia de la enfermedad (6). En esta secuencia de la enfermedad debe considerarse los alcances del daño provocado: lesiones biológicas y estigmas sociales. En el caso de las lesiones de la LC, las úlceras provocan rechazo, generalmente fuera de su sitio de crianza. Es decir, las marcas y la enfermedad pueden ser normales en su entorno cultural, pero al salir de este se convierten en estigmas. Estos pueden ser definidos como atributos profundamente desacreditadores (7).

A continuación se describen los resultados de un estudio que apuntó a una caracterización eco epidemiológica y sociocultural de la LC en una zona endémica de Santander, teniendo en cuenta los factores anteriormente descritos.

MATERIALES Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en la vereda Filo de Chontarales, Cimitarra, Santander, en el periodo comprendido entre Junio de 1998 y Noviembre de 1999. Mediante un diseño exploratorio se estudiaron variables demográficas, características de la vivienda, de saneamiento ambiental, morbilidad sentida, expresión de la percepción, susceptibilidad percibida (predisposición), percepción de riesgo (representación social), preferencias de agentes de salud, agente de salud popular y/o alopático, tratamientos empleados, prevención, contacto con la enfermedad y métodos diagnósticos.

La información sociocultural fue recolectada mediante una entrevista con los jefes de hogar en una visita casa a casa y, por medio de una entrevista a profundidad (8) a las personas consideradas "claves" en la comunidad como el rezandero, yerbatera y el líder comunitario. Además, se incluyó información obtenida mediante la participación activa del investigador en la comunidad (9).

Para establecer la incidencia de la enfermedad se realizó una búsqueda activa de las personas con lesiones sugestivas de LC, a quienes se les aplicó las pruebas diagnósticas de frotis directo, intradermorreacción, biopsia y cultivo. En el caso de ser positivos fueron tratados de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud. La prevalencia de infección en la vereda fue estudiada mediante la aplicación de la prueba de Montenegro a toda la comunidad.

Finalmente se realizó una búsqueda de vectores y reservorios con el fin de conocer las características eco epidemiológicas del foco. Para la evaluación entomológica se realizaron cuatro muestreos, tres de los cuales en época lluviosa, en nichos ecológicos seleccionados al interior de la vereda,

utilizando una trampa de luz con cebo humano; los ejemplares recolectados fueron almacenados en alcohol al 70 % y posteriormente identificados en el laboratorio de Entomología del Instituto Nacional de salud. Con ayuda de la comunidad se realizó una búsqueda activa de reservorios silvestres conocidos para LC con el fin de capturarlos y detectar la presencia del parásito mediante cultivo.

La información obtenida fue tabulada y procesada en los paquetes estadísticos Stata y Statgraphics.

RESULTADOS

El instrumento demográfico, social y cultural se aplicó a 131 personas.

El sexo masculino y el grupo de 11-20 años fueron los rasgos de la población predominantes (52,7 % y 33 % ,respectivamente) con una edad promedio de 22 años. En cuanto al nivel educativo, un 37 % cursó primaria incompleta y un 9 % de personas no tenían ningún tipo de escolaridad.

El tipo de vivienda predominante fue la casa con un 54,2 %, con paredes de madera en un 71 % y el techo de zinc en un 38 % de los encuestados. Los pisos eran de tierra en un 45,8 % y de madera en un 50 %. El agua era tomada de un arroyo en un 79,2 % y la disposición de excretas y eliminación de las basuras se hacían en campo abierto en un 75 %.

Los animales intra domiciliarios encontrados con mayor frecuencia fueron los perros, gatos y cerdos (46 %, 42 % y 21 %, respectivamente). La higiene de la vivienda fue clasificada como regular en mas del 50 % de los casos, y de igual se encontró la ventilación deficiente en un 54 % de los evaluados. La presencia de anjeos fue baja pues menos de un 15 % los utilizan; no los utilizaban el 54,2 % y el resto manifestaba no conocerlos.

Presencia de la enfermedad en la zona

Indice Alérgico

Se encontró que de 184 pruebas aplicadas (Prueba de Montenegro o Leishmanina), asistieron a la lectura 72 horas después, 149 personas, de las cuales 137 dieron positivas (mayor de 5 mm en alguno de sus diámetros). En consecuencia el índice alérgico fue de 92 %. Este un alto índice de positividad si se compara con el estudio de Cordoba y colaboradores, quienes encontraron una positividad del 52 % en una zona endémica de México (10).

Enfermedad (LC)

Durante el tiempo del estudio se encontraron 84 personas jóvenes con lesiones sospechosas de LC, de las cuales 64 fueron confirmadas mediante frotis directo y 41 por biopsia. A estas personas se les inició tratamiento y todas respondieron adecuadamente al antimonial pentavalente (Glucantime®). Desafortunadamente en ninguno de los casos se pudo aislar la especie de *Leishmania*, ya que los cultivos en todos los casos fueron negativos, probablemente por contaminación.

Morbilidad sentida

Expresión de la percepción frente a la enfermedad y el vector

Todas las 131 personas encuestadas habían oído nombrar la picadura del pito. El 38,5 % la identificó como una llaga y un 23,1 % creía que es la picadura de un “plago” y lo reconoce como tal.

Un informante de una de las familias respondió sobre la picadura de la siguiente manera: *“Una llaga, primero comienza como una ampollita así, o sea un encono chiquito y ahí le sigue comiendo por lado y lado, o sea que el pito le pica y le comienza una roncha y por otro lado otra roncha, y ahí le sigue avanzando”*.

El 53,9 % de las personas describió al pito como “un animalito pequeño con una agujita en la punta”; sólo una persona (7,7 %) lo identificó como la palomilla, que es uno de los nombres populares que recibe la *Lutzomyia*, el vector que transmite la leishmaniasis, pero al preguntar si se conocía la palomilla, más de la mitad (61,5 %) respondió afirmativamente.

Otras respuestas fueron del siguiente tipo: *“Es un animal, el pito es como ver una cucaracha, pero entonces tiene de rojo y ese animal lo pica uno y vive por ahí en los comejenes”*

“No conozco el animal pero me han contado que es un animal que tiene una pintica blanca en la frente en forma de unos cocos de esos de caña, es un concachito y tiene un piquito en la pinta, de color negro”

“Es un animalito con alitas larguitas, tiene color de la culebra x, como si fuera una pastilla de chocolate, color cacao. Vive entre las culebras en la cama del armadillo y se arrecuesta mucho donde la casa sea muy cerquita de las montañas. La ronchita y a lo ultimo le infecta la sangre”.

“Dicen que es un mosquito, no lo he podido comprobar”

Al preguntar si se conocía la LC, un 46,2 % respondió afirmativamente, de los cuales, un 15,4 % la identificó con el nombre de “marrano” y otro 15,4 % con que era algo que produce la picadura del pito.

Con respecto a la identificación del vector, al enseñarles un ejemplar de *Lutzomyia* (transmisor de la Leishmaniasis) y un Triatomineo (transmisor de la enfermedad de Chagas), el 100 % reconoció la *Lutzomyia* como “zolami-lla”, mientras que sólo un 3,8 % reconoció el pito como tal, y menos de 1 % como “pringador”.

Susceptibilidad percibida

Un poco menos de la mitad de los encuestados (46,2 %) respondieron que los niños son los que más se enferman en sus familias; el 30,8 % consideraba que todos los miembros de la familia se enferman en igual proporción. La dieta alimenticia de la mayoría está basada en arroz, plátano cocido, yuca, carne diferente a la de res (un día a la semana o ninguno), pasta, frijol y sopa de plátano, alimentos que se consiguen en la región. En el caso de la carne de res, los habitantes de las veredas tiene que desplazarse hasta el municipio de Cimitarra para conseguirla.

Tratamiento

En relación con la LC, el 30,8 % acudió a un brujo y utilizó el rezo como método de curación, el 23,1 % utilizó medicamentos como el Glucantime® y la Gentamicina®, y sólo el 15,4 % acudió al médico.

En relación con problemas como la soltura de estómago el 30,8 % acudió a aguas de yerbabuena, guaca y capitana para aliviarla; el cien por ciento trató el “descuaje” con el sobandero; para el “rebote de lombrices” se hace uso de remedios caseros, ajo con limón y purgantes; en los “nacidos” también se usan aguas de cordoncillo, sauco, saborés (23,1 %) o simplemente se espera a que maduren o revienten; para la fiebre la mayoría (38,5 %) utilizó medicamentos como el acetaminofen y la Novalgina® o prácticas como el baño con agua fría (7,7 %); finalmente, frente al “ahogo” (dificultad respiratoria) una cuarta parte usó agua de yerbas y un 7,7 % respondió “sobar el pecho con petróleo” e igual cantidad manifestó acudir al Hospital.

Frecuencias de uso de agentes de salud

El 38,5 % de la población encuestada respondió haber ido al Hospital de Cimitarra, el resto de la población concuerda con que han ido poco o nunca. El 23,1 % manifestó que la atención en el hospital no es aceptable para ellos y sólo una pequeña parte (7,7 %) dice que ha mejorado.

Prevención

La tercera parte de la población encuestada botan la basura cerca de la casa (30,8 %), en las plataneras y los potreros, un 23,1% se la da de comer a los animales y, el resto la quema (15,4 %) o la bota en un campo abierto (7,7 %).

Casi la mitad dice no hervir el agua, aunque esta misma proporción dice que lavan la comida antes de prepararla, y el 38,5 % la lava con agua del arroyo. La mayoría de las personas (92,3 %) no usa toldillo para protegerse de la picadura de zancudos, y el 100 % no hace nada para evitar que el pito pique a sus niños.

Estigmatización

En las diferentes reuniones con la comunidad tanto dentro de la vereda como en el casco urbano, pero siempre con personas que han salido de la vereda a buscar mejores condiciones económicas, se pudo percibir que la cicatriz dejada por la LC se convierte en impedimento para la consecución de trabajos si se sale del entorno. Por ejemplo, una joven de 18 años manifestó: *“Cuando fui para el pueblo (Cimitarra) no pude conseguir trabajo en ninguno de los almacenes en donde necesitaban empleada, busque mucho tiempo pero no, me decían que me tapara la cara, que quien me había mordido. Después me fui para Bucaramanga y allí fue igual, hasta que por fin me dieron trabajo en una fabrica de confecciones donde estaba todo el día en un sótano, escogiendo recortes de telas”*.

Otra opinión de un habitante masculino de 36 años fue: *“Me cansé de buscar trabajo, me cansé de que me dijeran que no recibían manchaos, que no recibían con lepra, y muchos otros malos tratos por lo que mejor me vengo a la vereda a sembrar plátano”*.

Entomología y reservorios

Aunque se intentó la captura de flebotomíneos en tres oportunidades, en época lluviosa, sólo se obtuvo material en la primera de ellas y una densidad de población muy baja. Se encontró que todas las especies recolectadas correspondían a *Lutzomyia longipalpis*. Al separar el material se encontró miembros de la familia *Cecidomidae*. La *L. longipalpis* es un conocido vector de la leishmaniasis visceral; sin embargo en la zona sólo se encuentra LC por lo cual debe profundizarse en este aspecto para hallar el potencial vectorial.

Con respecto a los reservorios sólo se capturó un perezoso (*Bradypus tridactylus*), el cual fue estudiado en el Departamento de Biología de la Universidad Nacional y fue negativo para leishmaniasis. Sin embargo, se observaron pequeños roedores intradomiciliarios en ciertas horas del día. Estos animales podrían corresponder a un reservorio de importancia en la cadena de transmisión.

DISCUSION

En la población estudiada las enfermedades como la diarrea y el “ahogo” son tratadas por hierbateros, rezaderos o sobaderos. Para la “picadura de pito” (LC) la mayoría prefiere los rezos; sin embargo, una parte de la población considera que amerita acudir de inmediato al médico, sin que esta sea la primera elección. No obstante, los agentes de salud de la zona remiten a los médicos si lo consideran necesario. En todos los casos la gente percibe la enfermedad como nociva, reconocen la secuencia natural de la enfermedad que conduce a la llaga, pero no la interpretan como una situación grave, y no se preocupan de las secuelas que puede dejar.

Muchas personas tienen su propia concepción sobre el vector: atribuyen al pito la transmisión de la enfermedad y emiten diferentes conceptos sobre el mismo. Estos conceptos son solo aproximaciones ya que nadie describe el Triatomíneo como transmisor de la enfermedad de Chagas y muy pocas personas lo reconocieron al verlo. Esto habla a favor de un constructo cultural que desconoce el verdadero vector, la *Lutzomyia*. En opinión de la población, la *Lutzomyia* (“zoramilla”) si bien pica, no transmite ninguna enfermedad, es inofensiva (visión émica).

La forma como reaccionan ante la enfermedad y en general ante cualquier afección de la salud es similar: prefieren utilizar un agente de salud

popular o alopático y no lo atienden en la familia, a menos que sea el único recurso para el tratamiento. Con pequeñas diferencias acuden a la medicina occidental y a remedios tradicionales, sobre todo hierbas preparadas para diferentes situaciones, tales como “*prontoalivio*”, “*flor de sauco*”, “*matarraton*”, “*matevergüenza*”, “*vedenegro*” y otras similares.

Como tratamiento preferencial para la LC utilizan los rezos. De hecho hay un rezandero en la vereda quien goza de un amplio prestigio y posee una amplia sabiduría popular sobre diversas enfermedades. En cuanto al tratamiento para la Leishmaniasis en los niños, predomina el número de personas que se hacen rezar, en segundo lugar se automedican con Glucantime® y Gentamicina®, luego prefieren acudir al médico o hacerse curaciones con Dioxogen®. Para la gente el Hospital, cuyos servicios son deficientes y está ubicado a más de cinco horas de camino, no es precisamente el sitio de atención favorito.

Sin embargo, la leishmaniasis constituye un problema de salud que es percibido como tal en la comunidad. Esta percepción se expresa en la búsqueda de tratamiento cuando aparece la lesión y en el desarrollo y utilización de numerosos tratamientos populares. Sin embargo, el hecho más relevante radica en que poseen una representación social establecida con particularidades en cuanto al agente transmisor que no es atribuido a la *Lutzomyia*, sino al pito (triatomíneos que transmiten la enfermedad de Chagas) y esto crea un impacto en la prevención, la cual no se considera necesaria.

Teniendo en cuenta lo anterior y la percepción del riesgo, con sus consecuencias, es importante crear un modelo de prevención que tenga en cuenta la representación social de la gente de la vereda sobre el vector de la leishmaniasis. Efectuar también una conjunción de métodos que permitan controlar el vector y la enfermedad, y capacitar a la población para convivir en su hábitat sin las mutilaciones a que los somete la leishmaniasis. En este momento la vereda carece de prevención en cuanto a la leishmaniasis se refiere, tanto en el ámbito popular como del sector institucional de salud ■

Agradecimientos: A la Dra. María Cristina Ferro, del Laboratorio de Entomología, Instituto Nacional de Salud, por su colaboración en la clasificación de los vectores.

REFERENCIAS

1. Vázquez ML y Alzate A. Conceptos populares sobre la leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicabilidad en programas de control. Bol. Of. Sanit. Panam.; 1991.110(6).
2. Baztan A. Emica, ética y transferencia. En: Etnografía, Metodología Cualitativa en la investigación sociocultural. México, D.F.: Alfaomega editores; 1995. p 85-86.
3. Valdez E. Autopsia de la Enfermedad. La automedicación y el itinerario terapéutico en el sistema de salud en Vallegrande, Bolivia. Fundaciones Simon I. Patiño & Pro Bolivia; 1993. p. 59-61.
4. Vázquez M, Kroeger A, Lipowsky R, Alzate A. Conceptos populares sobre la Leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicabilidad en programas de control. Bol. of Sanit. Panam.; 1991.110 (5).
5. Salleras S. La Salud y sus determinantes. Anthropos 118/119. Barcelona, España; 1991. p.32-34.
6. Imsat Communications [Internet]. Moscovici S. El Modelo de Serge Moscovici. <http://www.geocities.com/paris/rue/8759/mosco2.html>
7. Goffman E. Estigma e identidad social. En: Estigma la identidad deteriorada. 2ª. Ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1968. p. 11-55.
8. Romero ME, Rodríguez E, Carrillo J. Guía para el desarrollo de instrumentos para el diagnóstico de problemas operativos en atención primaria en salud. Fundación Santafé de Bogotá; 1990. p. 92-105.
9. Kottak C. Antropología cultural: Espejo para la Humanidad. Edit. Mc. Graw Hill; 1007. p.9.
10. Cordoba C, Albertos N, Andrade FY, Canto S. Leishmaniasis: Estudio epidemiológico preliminar en una localidad de la zona endémica del Estado de Tabasco. Salud Pública Mex.; 1993. 35(4):1-15.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>