

III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 1998.

Leishmaniosis en Colombia: Concepciones, Actitudes y Prácticas en Comunidades Indígenas y Campesinas.

Iván Darío Vélez B.

Cita:

Iván Darío Vélez B. (1998). *Leishmaniosis en Colombia: Concepciones, Actitudes y Prácticas en Comunidades Indígenas y Campesinas. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbr/pm8>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Leishmaniosis en Colombia: Concepciones, Actitudes y Prácticas en Comunidades Indígenas y Campesinas

Iván Darío Vélez B.*

Introducción

La leishmaniosis es un grupo de enfermedades producidas por parásitos protozoarios pertenecientes al género *Leishmania*, transmitida por insectos dípteros pertenecientes a los géneros *Phlebotomus*, vectores en el Viejo Mundo y *Lutzomyia*, vectores en el Nuevo Mundo, que tiene como reservorios a animales domésticos, silvestres y en algunas ocasiones al hombre. Clínicamente se manifiesta por la producción de lesiones cutáneas, mucosas o viscerales. La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de tres millones de personas sufren la enfermedad, 12 millones están infectadas y 350 millones viven en zonas de riesgo, y la señalan como una de las enfermedades prioritarias para la investigación y el control (WHO, 1995).

En Colombia la Leishmaniosis se presenta en forma endémica en focos naturales de infección localizados en zonas rurales, produciendo las tres formas clínicas principales de la enfermedad: leishmaniosis cutánea, mucosa y visceral. Estos focos se encuentran en una gran diversidad de regiones naturales que incluye zonas selváticas de la costa pacífica y del Amazonas, áreas de bosque seco tropical como la costa caribe, región andina donde se cultiva el café y áreas de llanos y desiertos localizadas en región interandina, oriente del país y península de la Guajira (Corredor y col, 1990). Múltiples estudios realizados al interior de los focos naturales de infección en las diferentes regiones de nuestro país demuestran la complejidad de la transmisión de la leishmaniosis tanto cutánea como

visceral. Actualmente podemos identificar tres ciclos principales de transmisión a saber: selvático, doméstico rural y urbano.

1. Ciclo selvático: En la transmisión selvática, el hombre se infecta cuando penetra el bosque y es picado por los insectos vectores, siendo un huésped accidental que no interviene en el ciclo de transmisión. En Colombia, este ciclo selvático lo encontramos en regiones naturales de la costa pacífica, amazonía y valles interandinos, y es el responsable del mayor número de casos que se presenta en personal de las fuerzas militares, en mineros, en taladores de árboles y en algunas comunidades indígenas como los Tikunas en la región amazónica.

En los mineros de oro del río San Miguel (Antioquia), por ejemplo, son los hombres mineros que pernoctan en pequeños "cambuches" cercanos a la mina los que se están infectando con el parásito. En ellos se encontró la mayor prevalencia de lesiones y de positividad a la prueba de Montenegro, una prueba que indica si la persona ha estado infectada con el parásito, comparado con los hombres no mineros, mujeres y niños de la región.

En el caso de los indígenas Tikuna de la región amazónica, las mujeres y los niños permanecen al interior o alrededor de las viviendas (malocas) y raramente penetran al bosque en las horas de la noche, al contrario de los hombres en edad laboral activa que durante la época de caza permanecen en el bosque durante varios días. La evaluación por la prueba de Montenegro más la prevalencia de casos muestran que son los hombres los que se están infectando con el

*Médico, especializado en enfermedades tropicales en la Universidad de Montpellier, Francia. Docente y Jefe del Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales - PECET, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

parásito. Las prospecciones entomológicas permitieron capturar los vectores solo en el bosque y no dentro de las malocas.

2. Ciclo doméstico rural: En múltiples focos, principalmente en regiones andinas donde se cultiva el café, se encuentra transmisión intradomiciliaria de la enfermedad. En estas regiones los vectores se han capturado al interior de los domicilios y la enfermedad afecta a todo el núcleo familiar, sin discriminación por edad ni sexo. En focos como el de Montebello y San Roque (Antioquia), zonas de cultivo tradicional de café donde se presentaron brotes epidémicos, los niños menores de 5 años presentaron la mayor tasa de incidencia, lo que se relacionó con el hábito de picadura intradomiciliaria del vector (*Lu. gomezi*) y una mayor actividad de picadura a tempranas horas de la noche. Cuando el brote se da en forma epidémica se puede constatar que el hombre entra en la cadena de transmisión actuando como reservorio. (Vélez, 1987; Vélez, 1990).

En todos los focos de leishmaniosis visceral del país, donde los vectores son *Lu. longipalpis* y *Lu. evansi*, el ciclo es doméstico. Aunque se ha encontrado alta incidencia de vectores infectados en las capturas peri y extradomiciliarias, al ser los niños menores de 4 años la población de riesgo, sólo se da alta prevalencia de casos en los lugares donde los vectores entran al domicilio (Vélez y col, 1994; Travi y col, 1990).

3. Ciclo urbano: En diversos países del mundo se ha señalado la urbanización de los vectores de *Leishmania* sp. En Colombia se ha encontrado transmisión urbana en ciudades como Sincelejo (Sucre) con casos de leishmaniosis cutánea y visceral, Villeta (Cundinamarca) con casos de leishmaniosis cutánea y en Leticia (Amazonas), Bucaramanga (Santander) y Segovia (Antioquia) que constituyen focos de leishmaniosis cutánea. Este nuevo avance de la enfermedad empeora el panorama epidemiológico y facilita la confección de *Leishmania* sp. y virus como el HIV al superponerse el área de distribución de ambas endemias, con las graves implicaciones epidemiológicas que se están observando en países como España, Francia y Brasil (Vélez, 1992).

Los focos endémicos selváticos y domésticos rurales de leishmaniosis se caracterizan por ser zonas generalmente alejadas de las zonas urbanas, pobres, con graves conflictos sociales y donde se encuentra una poca presencia de las entidades de salud del Estado. Lo anterior sumado al gran polimorfismo clínico de la enfermedad que la asemeja a otras enfermedades cutáneas y mucosas prevalentes en el país (Agudelo y col, 1999). El requerimiento de hacer

una comprobación parasitológica de la enfermedad para poder entregar el tratamiento, lo que no siempre es posible en las zonas de endemia por la falta de equipos y de personal capacitado para ello y la escasez del tratamiento específico (derivados del antimonio) que no se consigue comercialmente en el país y que frecuentemente no está disponible en los centros de salud locales, ha hecho que su manejo clínico y terapéutico en las regiones más alejadas sea llevado a cabo por la medicina popular y tradicional, las cuales han creado sus propios sistemas médicos.

Se entiende por sistemas médicos el complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad. Tener en cuenta los sistemas médicos es fundamental para el diseño y realización de los programas asistenciales y de control de las enfermedades. Los sistemas médicos comprenden dos niveles:

1. El de la teoría de la enfermedad dentro de las creencias acerca de la naturaleza de la salud, las causas de la enfermedad, las técnicas utilizadas para contrarrestarla y las cualidades de los remedios.
2. El sistema de cuidados y atención de la salud el cual involucra al paciente, quién lo cura y los recursos sociales (familia, centros médicos, hospitales, etc.) que giran alrededor del enfermo y su cabeza médica (Turbay y Jaramillo, 1986).

En el desarrollo de los trabajos de investigación realizados en los últimos 15 años en diferentes focos de leishmaniosis cutánea y visceral de Colombia, se han tomado las observaciones presentes acerca de los sistemas médicos, para lo cual se han utilizado tanto métodos cualitativos en el diálogo personal con la comunidad, como cuantitativos por medio de encuestas realizadas siempre por el grupo investigador. a. Sistemas médicos en las comunidades indígenas Zenú, Emberá y Tikunas: La comunidad indígena Zenú habita en una región de bosque seco tropical en la Costa Caribe, foco endémico de leishmaniosis visceral. La comunidad Emberá de la Costa Pacífica colombiana habita en una región de bosque muy húmedo tropical, focos endémicos de leishmaniosis cutánea. La comunidad Tikuna reside al interior de la selva amazónica.

En ambas comunidades, a pesar de las diferencias culturales y de las características ecológicas de los lugares que habitan, los sistemas médicos son similares y en ellos se diferencian dos tipos de enfermedades: El primer tipo comprende las llamadas enfermedades del "monte", del "indio", o "Esperajai" en lengua Emberá. El segundo tipo comprende las enfermedades occidentales o del "blanco", que curan los médicos occidentales o medicina facultativa

llamados en lengua Emberá Kapuniajai.

En el grupo de enfermedades del "monte" o "del indio" se distinguen, según su etiología, 3 clases de enfermedades:

1. Enfermedades producidas por seres sobrenaturales como los "Jais" que pueblan la selva, los "encantos", los "chimpines", y los espíritus de los antepasados u otros espíritus malignos.

2. Enfermedades por maleficio, que son las causadas por un enemigo valiéndose de un brujo, curioso o yerbatero, generalmente dando una pócima en los alimentos.

3. Enfermedades producidas por causas naturales, debidas al contacto brusco entre el calor y el frío.

Las enfermedades "del monte" o "del indio" que se relacionan con la leishmaniosis visceral en la comunidad Zenú son:

a. Las enfermedades producidas por seres sobrenaturales: Aquí se encuentra "La seta" o "Viento de seta", producida por los vientos malignos que vienen del mundo de los muertos. Los síntomas que la identifican son fiebre, dolor en el cuerpo, cefalea y posible pérdida del conocimiento o de la razón.

También se conoce como "la enfermedad del viento" o "visión del monte" y consiste en la separación del "alma" del cuerpo. El espíritu se queda vagando sin rumbo y el niño enferma y puede morir. El "alma" abandona el cuerpo porque:

- La madre cuando sale de la casa con el niño en sus brazos no lleva por el camino un tabaco encendido para evitar que el viento maligno que vaga por el monte se apodere de su alma. Las horas más propicias para que éste fenómeno suceda es el amanecer o al atardecer.

- La madre saca al niño dormido de una vivienda a otra quedándose el alma en el primer lugar. La pérdida del espíritu produce llanto, inapetencia, fiebre, pérdida del cabello, diarrea, edemas y aparición de un "pan" o bola en el lado izquierdo del estómago.

Esta entidad es importante ya que el 100% de las madres entrevistadas que tuvieron sus hijos enfermos de leishmaniosis visceral consultaron como primer recurso médico al curioso, siendo todos los casos diagnosticados como la enfermedad "del viento" o como "pan de leche".

Otros seres sobrenaturales como "Juan lara" los "chimpines" y los "duendes" atacan principalmente a los adultos (Turbay y Jaramillo, 1986).

b. Enfermedades producidas por causas naturales: Son el resultado del contacto brusco entre el calor y el frío. Por ejemplo, la indigestión puede ser producida por caminar descalzo o por bañarse cuando hace calor.

Dentro de estas enfermedades esta el "pan de leche" o "niño en Chime" que se produce cuando una madre embarazada amamanta otro hijo. La leche materna se daña y el niño que la toma sufre de fiebre constante, pérdida de apetito, hinchazón del estómago (hígado - bazo) un "pan" o bola va creciendo hasta llegar al ombligo, momento en el cual el niño muere. Los viejos dicen que esta enfermedad es muy antigua y muchos infantes morían con fiebre que no "refrescaba" y con el abdomen hinchado.

Teniendo en cuenta estos elementos se puede concluir que la leishmaniosis visceral se encuentra en el sistema médico Zenú dentro de las enfermedades "del monte" pero explicada a partir de dos causas diferentes, siendo la primera de orden sobrenatural y la segunda obedece a razones de tipo natural.

Para el diagnóstico, la familia del enfermo acude donde el "curioso" o médico tradicional llevando una muestra de orina del enfermo. Con la observación de la orina el curioso diagnostica el tipo de enfermedad e instaura el tratamiento el cual se realiza a base de plantas acompañadas de una dieta alimenticia especial para el niño, que incluye el caldo de pollo.

Las plantas medicinales que utiliza el "curioso" se clasifican en "calientes" y "frescas". Son plantas calientes, entre otras, la canela (*Cinamomum zeylanicum*), el poleo (*Bistropogon mollis*), el cilantro (*Coriandrum sativum*), la venturosa (*Lantana sp.*). Se consideran plantas frescas la albahaca (*Ocimum basilicum*), la linaza (*Linum usitatissimum*), el maíz (*Zea mays*), la hoja del guanábano (*Annona muricata*). Algunas de estas plantas crecen en el resguardo y otras son compradas en las plazas de mercado de las ciudades cercanas. Las hojas se preparan en infusión para bebidas o se hace una cocción de hojas, tallos y raíces para baños, compresas y cataplasmas.

Los indígenas Emberá de la Costa Pacífica no reconocen la leishmaniosis como una entidad clínica individualizada sino que ésta hace parte de las afecciones de la piel llamadas en su lenguaje "Aidá" (Morales, 1994). La enfermedad aparece en las personas que violan normas sociales que tienen que ver con la menarca en la mujer o con la viudez. Durante estos estados se guarda un enclaustramiento temporal donde la persona adquiere la condición de tabú que de ser quebrantada, produce la enfermedad. Igualmente se presenta por el encuentro fortuito con los "Jais" de la selva, que son las fuerzas que actúan y controlan el bienestar humano, y están constituidos por los espíritus de los antepasados ("Jais" tutelares, protectores y/o agresivos) y los espíritus de los animales de presa, casi siempre "Jais" agresivos y

agentes de enfermedades al querer ejercer venganza contra el cazador.

En la comunidad Emberá el enfermo es llevado al Jaibaná quien es el encargado de controlar las fuerzas espirituales tanto malélicas como benéficas. Por medio del rito del canto del "Jai" "ve" el agente que se ha metido al cuerpo de la víctima y busca sacarlo y curarlo empleando en ello varias secciones, además le da una respuesta y un sentido a la enfermedad. Según el diagnóstico el Jaibaná puede curar al paciente o lo envía al yerbatero o al hospital para que reciba el tratamiento. El agente del "Aidá" se representa en forma de "Jais" como gusanos pequeños que se encuentran en el bosque. En el caso del yerbatero este diagnostica la enfermedad mirando la orina, a la cual añade una planta que reacciona produciendo en ella los signos típicos que él reconoce cuando se le ha hecho un maleficio a la persona.

Para el tratamiento el Jaibaná emplea los cantos del "Jai", además de plantas, rituales de purificación y dietas, dependiendo de lo que le aconsejen los "Jais" con los que cura. Por su parte los yerbateros prescriben además de las plantas una dieta especial sin dulce ni sal y prohíben algunos alimentos.

Para los indígenas Tikunas la leishmaniosis es producida por el encuentro al interior de la selva con el "oso perezoso" (*Choloepus hoffmanni*) quien al mirar fijamente a la persona le transmite la enfermedad, y esto está en concordancia con el hallazgo epidemiológico de mayor prevalencia de la enfermedad en los hombres cazadores y de presencia de los insectos transmisores al interior del bosque. Para el tratamiento, el médico indígena emplea macerado de corteza de un árbol altamente cáustico que lleva a la cicatrización de las lesiones pero no evita la aparición de leishmaniosis mucosa.

b. Sistemas médicos en comunidades campesinas: Las primeras descripciones de la leishmaniosis cutánea en Colombia se realizaron en el siglo pasado, y con el nombre de "Puercas" o "Marranas" la atribuían a la mala higiene. Esta concepción persiste en los campesinos del oriente colombiano quienes atribuyen a las picaduras de las moscas de los chiqueros, "mosca marrano", la causa de la enfermedad.

En el momento actual, campesinos del noroccidente colombiano consideran que la causa está en la picadura del "pito", nombre con el que se designa tanto la leishmaniosis cutánea como a algunos insectos hemípteros, redúvidos, hematófagos o fitófagos, los cuales viven en troncos o maderos en descomposición que se encuentran cerca de las casas, estos insectos al picar o defecar sobre las personas ocasionarían la

aparición de la lesión en la piel. Otras comunidades campesinas consideran que la etiología es debido a la acción de un piojo, el "piojo del verrugoso" pequeño insecto parásito de la serpiente (verrugoso); cuando matan la serpiente, los "piojos" pasan a las personas y los pican produciéndoles la enfermedad.

Las comunidades negras de la costa pacífica colombiana creen que la leishmaniosis es producida por el "bejuco", pequeño animalito en forma de hilo llamado también "ya te ví", que se encuentra dentro del bosque, en las ramas de los árboles y allí pica a las personas, ellos refieren que al verlo se puede realizar un conjuro gritándole "ya te ví" de manera que el animalito se paraliza, no pica y no produce la enfermedad (Vasquez y col, 1991).

Campesinos y negros reconocen la lesión típica de leishmaniosis cutánea con el nombre vulgar de "pito" o "bejuco". Los curanderos de la costa pacífica diferencian el "bejuco" de entidades de características clínicas muy similares como la úlcera tropical fagedénica. El diagnóstico es realizado por la visualización de la lesión y en algunas comunidades negras por la visualización de la orina.

El tratamiento de la leishmaniosis en las comunidades campesinas varía según la concepción del origen de la enfermedad y el grado de antigüedad del asentamiento humano. En el Urabá chocono se encuentra una colonización reciente de personas procedentes de áreas cafeteras que llegaron a esta región en los últimos 30 años, focos endémicos de leishmaniosis cutánea producida por *Leishmania panamensis*. Durante un estudio de foco realizado en 1988 se aplicó la Prueba de Montenegro a 118 personas de la población general, incluidos 22 niños sanos menores de 10 años. Ochenta y ocho personas (75%) presentaron la prueba positiva de los cuales 83 tenían antecedentes clínicos y cicatrices compatibles con leishmaniosis cutánea. Interrogados acerca del tratamiento empleado para la enfermedad, las respuestas fueron las siguientes: Cáusticos: 23 (28%) Plantas: 17 (21%), Plantas + Cáusticos: 11 (13%), Medicamentos no específico: 15 (18%), Medicamentos no específicos + cáustico: 6 (7%), Antimoniato de meglumina (Glucantime): 9 (11%), Ningún tratamiento: 2 (2%).

El tratamiento con cáusticos consiste en la aplicación local de diversas sustancias como nitrato de plata, ácido sulfúrico, agua caliente, panela caliente y principalmente la cauterización de la lesión con una cuchara o con la punta de un machete que ha sido previamente colocado al fuego y que es aplicado sin anestesia sobre la úlcera, dejando una cicatriz lisa.

Para el tratamiento con plantas se hace aplicación local

de macerados de hojas o cortezas de diversos arboles y arbustos y del látex de algunos bejucos. En las comunidades de colonización reciente no se encuentra preferencia por una planta o un grupo de plantas y se emplea una extensa gama de éstas.

Los medicamentos no específicos incluyen drogas antimicóticas, ungüentos, pomadas, antibióticos de aplicación local, generalmente autoformuladas y aún prescritas por médicos de brigadas de salud que visitan esporádicamente la región y que no tienen posibilidad de hacer comprobación del diagnóstico con exámenes de laboratorio.

El tratamiento específico con Glucantime lo recibieron algunos pacientes que se trasladaron a hospitales de zonas urbanas donde les comprobaron la enfermedad y les entregaron la droga.

En nuestros estudios en comunidades indígenas no pudimos constatar la utilización de la orina como elemento curativo como ha sido descrito en las comunidades negras del medio San Juan (Peñuela, 1989), donde además de servir para el diagnóstico se emplea la orina para el tratamiento de diferentes afecciones dermatológicas, reumáticas y mordedura de serpiente, untada sobre la piel o tomada.

Leishmaniosis cutánea y género en focos domésticos rurales

Tradicionalmente se ha creído que las mujeres son menos frecuentemente afectadas por la leishmaniosis cutánea americana, al considerarse que esta entidad se presenta principalmente en áreas selváticas donde el insecto vector está presente. En consecuencia, la leishmaniosis es vista como una enfermedad profesional que compromete principalmente a los hombres por su trabajo rural. Hemos estudiado la distribución por sexo de los casos de leishmaniosis cutánea que consultan a centros urbanos o a hospitales locales comparado con los que se diagnostican cuando se hace búsqueda activa en focos endémicos para leishmaniosis. En el último caso, un panorama completamente diferente emerge: una proporción similar de infección en ambos sexos, contrario al predominio en hombres, generalmente reportado. Datos similares se encuentran en las encuestas epidemiológicas aplicando la prueba de Montenegro en la población residente en estos focos, donde se observa un contacto precoz de la población con el parásito, sin discriminación por sexo.

Observamos además que las mujeres tienen menos

acceso al tratamiento apropiado aún cuando este es suministrado por las unidades locales de salud. También encontramos evidencia del incremento del contagio intra y peridomiciliario que afecta a todo el núcleo familiar, sin preferencia por el hombre. Estos estudios realizados en los últimos años, muestran que la epidemiología de la Leishmaniosis cutánea en Colombia es más compleja que la generalmente aceptada y aplicada si nos basamos solamente en los datos oficiales. Nuestros datos muestran que existen no solamente sistemas de transmisión selvática sino también importantes ciclos de transmisión intra y peridomiciliarios.

En el curso de nuestros trabajos no hemos observado un cambio en las actividades que desarrolla la mujer en el campo, que explique un mayor contacto con el vector. Sin embargo en las regiones andinas donde se cultiva el café, es común que las mujeres y niños participen en las labores de recolección del grano y algunas de estas regiones son endémicas para Leishmaniosis cutánea. En estos focos el contacto de las personas con el vector infectado se demostró que ocurre dentro y alrededor de las casas (Vélez et al. 1987; 1990; 1991).

Si como muestran las encuestas aplicando la prueba de Montenegro, hombres y mujeres tienen un riesgo similar de infección, ¿cómo se explica la proporción diferente por sexo que se presenta en las estadísticas oficiales? (Colombia, Ministerio de Salud, 1996). Se pueden formular las siguientes hipótesis para explicar el fenómeno:

1. En las regiones rurales del país hombres y mujeres tienen roles bien definidos, así el hombre es el responsable de las labores agrícolas y el manejo del ganado mayor. Por su parte la mujer se encarga del manejo del hogar, cuidado de los niños y de animales domésticos, principalmente aves. El hombre sale de su vereda a la cabecera municipal, usualmente durante los fines de semana. Allí vende los productos que cosecha, compra el mercado y, si tiene una enfermedad como la Leishmaniosis, consulta al centro de salud o busca remedios en la farmacia. La mujer permanece en su casa cuidando de los niños y de los enseres, y siendo una enfermedad no incapacitante permanece con sus lesiones o consulta al curandero tradicional de su vereda o se aplica los remedios que su marido le lleva de la farmacia.

2. Se observan problemas de funcionamiento de los servicios de salud en las zonas endémicas: los centros de atención se encuentran en las cabeceras municipales y no en veredas; un desplazamiento al centro de atención demanda entonces algunas horas

y a veces un día entero. Después del diagnóstico, el tratamiento consiste en inyecciones durante al menos 20 días. En muchas regiones endémicas los trabajadores de la salud (médicos, bacteriólogos, promotores) no están lo suficientemente entrenados para detectar y tratar la enfermedad, la cual usualmente es tratada como otra entidad clínica; los laboratorios de referencia funcionan mal y no retroalimentan con la información de los resultados de los procedimientos diagnósticos solicitados. Frecuentemente hay ruptura del stock del medicamento lo que implica al paciente varias visitas al centro de salud para resolver un problema específico, y esta serie de desplazamientos desde las veredas es más difícil de llevar a cabo por la mujer que por el hombre. Al consultar en los centros de salud, el hombre aparece como población de riesgo, lo que se interpreta como confirmatorio de un contagio extradomiciliario, en el bosque.

3. Las diferencias observadas en los tratamientos empíricos previos a la consulta. El hecho que el hombre más frecuentemente se aplica ampollas de Glucantime que son compradas en el mercado negro (esta droga no se consigue comercialmente en Colombia) se podría explicar por el hecho de que en regiones rurales sólo el hombre maneja el dinero. Usualmente el precio de cada ampolla es el equivalente a 2 o 3 días de jornal por lo que sus condiciones económicas sólo le permiten comprar 2 o 3 ampollas.

4. Frente a un deterioro en la calidad de vida ocasionado por la leishmaniosis, el hombre busca curarse y gasta mucho dinero, con desplazamientos aun a zonas tan distantes como Bogotá, Medellín o Cali. Estos desplazamientos no los pueden realizar las mujeres ya que no cuentan con dinero ni alguien que las reemplace en las labores domésticas. El tratamiento para la mujer resulta más costoso que el del hombre, pues éste tiene que viajar regularmente a la cabecera municipal. Significa que el tratamiento de una mujer es visto como más oneroso porque incluye el costo de las idas y vueltas exclusivamente para visitar el centro de salud.

En la zona rural resulta una mejor opción para el campesino utilizar para la mujer el tratamiento empírico aun cuando el Ministerio de Salud reparte gratuitamente el tratamiento a los casos confirmados debido a las dificultades en la atención de salud anteriormente señaladas. Además existe una preferencia en la familia de cuidar primero una lesión en el jefe de la familia que en la mujer o en los niños, porque este es el que aporta el dinero para todos. En otros países de América se encuentran diferencias

entre los sexos con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniosis cutánea: los autores de un estudio en Tres Brazos, Brasil, constataron que las mujeres conocían menos que los hombres las respuestas a las preguntas a cerca de la Leishmaniosis cutánea (Netto y col, 1985). En la provincia de Pichincha, al noroccidente del Ecuador, como en el caso de Colombia, las mujeres se ocupan principalmente de las tareas domésticas y del cuidado de huertos y animales domésticos. Se observó una mayor tendencia entre las mujeres que entre los hombres a mirar la leishmaniosis como un problema médico de gravedad, tal vez por las consecuencias sicosociales de la enfermedad: las mujeres con úlceras o cicatrices, especialmente en el rostro, suelen considerarse menos atractivas, las perspectivas matrimoniales disminuyen, la capacidad de retener a su pareja pueden bajar por el menor atractivo físico, lo que lleva a un posible menoscabo, a mediano y largo plazo, de sus relaciones sociales y por ende de su posición y movilidad socio-económica (Weigel y col, 1994).

En muchas culturas, las mujeres desempeñan una función importante en la toma de decisiones médicas al interior de la familia. Aunque esto aquí no ha sido investigado, las mujeres ecuatorianas se resisten a buscar atención médica fuera del hogar porque sienten así que pierden el control de la toma de decisiones médicas en la familia (Weigel y col, 1994).

En las diferentes regiones geográficas de Colombia que son endémicas para la leishmaniosis, los campesinos siguen una estrategia que es muy típica en la aplicación del tratamiento. En las manifestaciones tempranas de la enfermedad, los pequeños nódulos o úlceras costrosas generalmente se interpretan como picaduras de insectos o como infecciones bacterianas postraumáticas. El tratamiento consiste en la aplicación local de mertiolate, alcohol, pomadas antibióticas, agua oxigenada, yodo o baños con plantas.

Al progresar la enfermedad debido al carácter crónico de la misma y la presentación clínica de úlcera franca, el campesino reconoce la leishmaniosis, con el nombre popular de la región, e inicia los tratamientos según las experiencias locales. En comunidades campesinas del noroccidente colombiano es más frecuente el uso de cáusticos entre los que se destacan la aplicación local de pólvora, panela caliente, nitrato de plata, petróleo, ácido de baterías y la cauterización con objetos metálicos candentes como cucharas o la punta de un machete. Las comunidades indígenas y viejos asentamientos humanos de raza negra como los que

se encuentran en la costa pacífica colombiana priorizan el uso local de plantas, muchas de ellas con verdadera acción leishmanicida. Esta estrategia de tratamiento no es particular de Colombia dado que en Ecuador se observa un manejo similar (Weigel y col, 1994).

En este sentido, es interesante comparar las observaciones descritas con el modelo de Igun (1979), quien demostró que la selección de un tratamiento dado o de un sistema de cuidado de salud está determinado por conceptos personales, familiares y socioculturales relacionados con la causa y gravedad de la enfermedad y sus consecuencias potenciales, así como por la eficacia, el costo y la dificultad en obtener los diferentes tipos de cuidados de salud (tradicionales o modernos). Solamente cuando falla la estrategia terapéutica seleccionada la persona puede reconsiderar su diagnóstico inicial y proceder al siguiente nivel de atención de salud, el cual puede ser más costoso o difícil de obtener, por ejemplo consultar a un especialista.

Discusión

En comunidades indígenas se observa una concepción exteriorizante de la enfermedad en cuanto al origen o agente, la enfermedad es un desorden biológico que es interpretado como efecto o como signo de un desorden social.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es competencia del "Jaibaná" o del "curioso" y al ser las Leishmaniosis cutánea y visceral enfermedades del "monte" o del "indio", los pacientes van a buscar los servicios de los médicos oficiales solo como último recurso. La medicina oficial tiene entonces que ganarse su espacio demostrando que es competente en el manejo de estas entidades clínicas.

La alta mortalidad infantil referida en la comunidad Zenú de San Andrés de Sotavento con sintomatología compatible con Leishmaniosis visceral y que nunca consultaron al centro de salud se explica así por no considerar el sistema médico indígena que ésta sea una enfermedad que cura el médico oficial. El perro, animal reservorio del parásito, y los insectos vectores tampoco tienen nada que ver, en este contexto, con la enfermedad en el niño (Vélez y col, 1995).

Los responsables del diseño de los programas de vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad deben partir de la concepción de la enfermedad en la comunidad como requisito necesario para que dichos programas sean exitosos. Sólo con un diálogo franco, respetuoso y sincero entre los encargados de los sistemas médicos tradicionales y oficiales se puede

lograr que las comunidades y los médicos tradicionales acepten el intercambio de saberes y una mejor atención para los pacientes. Si no se tiene en cuenta esto, el subregistro y la morbilidad y mortalidad seguirán predominando.

Las campañas de educación primaria en salud han de tener en cuenta la explicación de los elementos del ciclo de transmisión, pues de lo contrario medidas como el sacrificio de perros infectados tan recomendadas para los focos de Leishmaniosis visceral, no sólo no serán aceptadas sino que llevarán a un enfrentamiento entre las comunidades y las autoridades de salud del Estado. Agravando los conflictos sociales existentes en la zona.

En comunidades campesinas del noroccidente colombiano esta muy extendida la noción del "pito" como agente de la Leishmaniosis y la confusión se presenta aún en personal de salud para diferenciar los transmisores de la Leishmaniosis y de la Tripanosomiasis americana. La educación para el reconocimiento de los vectores de la Leishmaniosis es necesaria para que la comunidad lleve a cabo las recomendaciones tendientes a evitar el contacto con el vector.

La gran variedad de tratamientos empíricos empleados es el reflejo del gran deterioro de la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad por lo crónico de las lesiones y la localización en áreas expuestas de la piel que lleva a las personas a echar mano de cualquier recomendación terapéutica, con tal de curarse.

Los tratamientos empíricos llevan en muchos casos al empeoramiento del cuadro clínico al producir infecciones sobreagregadas que vuelven dolorosas las lesiones; en otros casos producen cicatrizaciones que no previenen la aparición del compromiso mucoso. Pero se debe reconocer que algunos tratamientos empíricos reducen el tiempo de actividad de la lesión y esto es lo que motiva a los otros pacientes a emplear los mismos tratamientos, sobre todos en los casos en que en el nivel oficial las posibilidades de atención médica, diagnóstico y tratamiento son pocas.

Los viejos asentamientos humanos han venido utilizando durante cientos de años plantas medicinales basados en el método ensayo - error; las plantas que muestran acción terapéutica son seleccionadas y el conocimiento se transmite de generación en generación. Estudios en curso en el PECET de la Universidad de Antioquia han permitido comprobar "in vitro" la acción leishmanicida de algunas de estas plantas y abre la esperanza de encontrar nuevas alternativas terapéuticas.

Bibliografía

- Agudelo, S., Restrepo, S. and Vélez, ID. 1999. Cutaneous New World leishmaniasis - Sporothricosis coinfection: Three cases. *J. Am. Derm. Acad.* 40:00.
- Colombia, Ministerio de Salud. 1996. Situación epidemiológica de la leishmaniasis en Colombia. Ministerio de Salud, Departamento Administrativo de Campañas Directas (No publicado).
- Corredor, A., Kreutzer, R., Tèsh, R., Boshell, J., Palau, MT., et al. 1990. Distribution and etiology of leishmaniasis in Colombia. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 42:206-214.
- Igun, UA. 1979. Stages in Health seeking: a descriptive model. *Soc. Sci. Med.* 13A:445-456.
- Jaramillo, C.; González, M.C.; Arango, G.J.; Robledo, S.; Vélez, I.D. 1999. Citotoxic and antiparasitic activity from fruit skin of *Annona muricata*. *Journal of Ethnopharmacology* (Sometido para publicación).
- Morales M., Proceso salud - enfermedad en la comunidad indígena Emberá del Valle Arriba, Chocó: El caso de la Leishmaniasis. Tesis de doctorado. Universidad de Aix - Francia. 1994.
- Netto, E.M.; Tada, M.S.; Golightly, L.; Kalter, D.C.; et al. 1985. Conceitas de uma população local a respeito da leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 18:33-37.
- Peñuela M. Usos terapéuticos de la orina en las comunidades negras del medio San Juan (Dpto. del Chocó) UNIM: HUM 18(30): 1989. 69 - 75.
- Travi, B.L., Vélez, ID., Brutus, L., Segura, I., Jaramillo, C., and Montoya, J. 1990. *Lutzomyia evansi* an alternate vector of *Leishmania chagasi* in Colombian focus of visceral leishmaniasis. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 84:676-677.
- Turbay S., Jaramillo S. Identidad cultural entre los indígenas de San Andrés de Sotavento, Córdoba. Medellín, Colombia. Monografía de grado. Universidad de Antioquia. 1986.
- Vasquez M.L., Kroeger A., Lipowsky R., Alzate A. Conceptos populares sobre la Leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicabilidad en programas de control. *Bol oficina Sanit. Panam.* 110(5), 1991. 402-415.
- Vélez, I.D.; Ospina, S.; Jaramillo, L.. 1987. Epidemiología de la leishmaniasis cutánea en San Roque (Antioquia). *Boletín Epidemiológico de Antioquia*; 12 (4):354-359.
- Vélez, I.D. 1990. Leishmaniasis cutánea en Montebello, Antioquia: determinación del riesgo epidemiológico de contraer la enfermedad. *Actas XI Congreso Colombiano de Medicina Interna. Acta Médica Colombiana*; 99-105.
- Vélez, ID., Wolff, M., Valderrama, R., Escobar, JP., Osorio, L. 1991. Community and environmental risk factors associated with cutaneous leishmaniasis in Montebello, Antioquia, Colombia. In: *Leishmaniasis control strategies. A critical evaluation of IDRC-Supported research.* Ottawa 261-274.
- Vélez, ID. 1992. Coinfección VIH - Leishmaniasis. *IATREIA* 5:138:141.
- Vélez, ID. 1994. Leishmaniasis: Bioecología y distribución de *Lutzomyia* sp en Colombia y Aplicación del método ecoepidemiológico en el estudio de la leishmaniasis visceral en la Costa Caribe colombiana: primer paso para su control. XXI Congreso Sociedad Colombiana de Entomología.
- Vélez, ID., Travi, B., Gallego, J., Palma, G., Agudelo, S. 1995. Evaluación ecoepidemiológica de la leishmaniasis visceral en la comunidad indígena zenú de san Andrés de Sotavento, Córdoba: Primer paso para su control. *Rev. Col. Entomol.* 21:111-122.
- Weigel, M.M.; Armijos, R.X.; Racines, R.J.; Zurita, C.; et al. 1994. La Leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador: percepciones, conocimientos y tratamientos populares. *Bol. Oficina Sanit. Panamer*; 117:400-412.
- World Health Organization. 1995. Control of Leishmaniasis. Technical Report Series No. 793. Geneva.