

México: Creencias y prácticas sobre la leishmaniasis cutánea en una población de migrantes en el Estado de Campeche (*)

Judith E. Ortega-Canto

Jolly J. Hoil-Santos

y Luis F. Puga (**).

Resumen

Este reporte describe los resultados de un estudio con enfoque médico-social sobre los contenidos de pensamiento que sobre la leishmaniasis cutánea posee una población con 16 años de existencia y constituida por migrantes de cuatro grupos étnico-religiosos, provenientes de otros estados mexicanos. El estudio fue realizado en un ejido reportado como importante por su incidencia y prevalencia de casos de leishmaniasis y representativo de ocho ejidos vecinos por sus características sociodemográficas, económicas y culturales, de octubre de 1990 a julio de 1992. La aproximación al sistema de creencias permitió identificar el lugar que ocupa este padecimiento en la conciencia que sobre salud-enfermedad posee la comunidad en estudio e identificar el impacto de la enfermedad en la vida social e individual del lesionado así como un grupo susceptible para llevar a cabo alguna acción que inicie la búsqueda de alternativas de control y prevención.

Palabras claves. Leishmaniasis, México.

Abstract

This report trace the results of a study with medical-social focus on the contents of knowledge on the Leishmaniasis Cutaneus has a population with 16 years of existence and formed by migrants of four ethnic-religious groups proceeding of others mexicans states.

The study was realized in a space with important occurrence and prevalence of Leishmaniasis and likewise representative of eight near places by their socio-demographics, economical and cultural characteristics.

The approaching of the beliefs made possible to identify the place in the conscioussness of health-illness of the population have this illness and identify the impact of Leishmaniasis Cutaneus has in the individual and social life likewise identify a susceptible group capable to realize some actions in the search of alternatives of prevention and control.

Key terms: Leishmaniasis, México.

(*) Esta investigación recibió apoyo financiero del Programa de Pequeñas Becas (Laboratorio de Ciencias Sociales-Universidad Central de Venezuela) del Programa Especial de Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud.

(**) Médicos con especialidades de Medicina Social, Estadística y de Ciencias de la Salud, respectivamente e investigadores del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán. Área de Investigaciones en Medicina Social.

INTRODUCCION

La comprensión del fenómeno migratorio es importante si se considera que la adquisición de la Leishmaniasis en México tiene su explicación en las características biológicas (ciclo de transmisión) y sociológicas, en cuanto a que quienes padecen la enfermedad son los campesinos, algunos de ellos —como este grupo de estudio— campesinos pobres que buscan proveerse de tierras como única alternativa de vida.

En México es a partir del proceso de su "industrialización" cuando la migración presenta características novedosas en la historia del país. Pobladores que cambian de residencia y poblaciones que concentran un gran número de población.

Aunque a manera de mención solamente, el proceso migratorio del mexicano queda enmarcado en un contexto socio-político que genera la descampesinización, la proletarianización y la transculturación ante las cuales la población instrumenta formas de sobrevivencia entre las que la migración es fundamental.

Para el Sur de México, se describen mecanismos usados para limitar la reproducción del medio de vida del campesino y forzar la migración: restringiendo el acceso a la tierra, creándoles necesidades de dinero en efectivo; como ejemplo, la expropiación de las tierras comunales de los campesinos, aumento de impuestos o del alquiler de las tierras, sustitución de las rentas por especie por las rentas en efectivo, control por parte del terrateniente sobre la comercialización de los productos como el alcohol y creación de necesidades que no

pueden satisfacerse a través de la producción campesina local (BALÁN J. 1981).

Para el estado de Campeche, puede evidenciarse numéricamente los cambios en el comportamiento migratorio: su tasa neta de migración absoluta fue negativa para la década del 50 (-2.06) y del 60 (-5.46), siendo notorio el cambio a partir de 1970 con una tasa de 5.59 que la marcan como zona de atracción, dato que contrasta con las tasas reportadas para los estados de Chiapas y Tabasco, las cuales se comportaron como zonas expulsivas para esas tres mismas décadas. Veracruz, mostró un equilibrio para las décadas del 50 y 60, e inició su proceso expulsivo a partir de 1970 (-0.13) (INEGI, 1980).

Cuando se analizan estas tasas en términos de emigrantes e inmigrantes, es notorio que es el estado de Campeche que muestra una afluencia importante de personas de sus estados vecinos, predominando la tasa de inmigrantes, a expensas de migrantes tabasqueños, de los chiapanecos y de los veracruzanos aspecto que se evidencia en la constitución demográfica de nuestra población en estudio; estos datos respaldan además, el momento en que estos grupos salieron de sus comunidades rurales de origen e iniciaron un peregrinaje hasta llegar al lugar que sería Ricardo Payró en 1975.

La necesidad de un abordaje bio-social que sirva de complemento a la información clínico-epidemiológica, requiere de una constante caracterización del movimiento migratorio en las zonas endémicas en el país, sin dejar de lado que la especificidad

en los procesos de trabajo en cuanto al traslado y pernocte, momentos en los que el hombre también invade la ecología de las *lutzomias*, continuarán siendo un factor de riesgo.

ANTECEDENTES

Las primeras referencias bibliográficas que sobre esta enfermedad existen para México datan de 1520 con López de Cogolludo en su Historia de Yucatán cuando describe a los "indios con las orejas podridas..." y Seidelin en 1912 quien la describe por primera vez para México.

En 1918, A. Incháustegui en su tesis recepcional "de la leishmaniasis americana y la úlcera de los chicleros de México", relató su viaje exploratorio a las chiclerías de Río Candelaria, Campeche; estudió 110 trabajadores y encontró 22 con lesiones ulcerosas (20%), señalando la distribución conocida de la parasitosis: "En los estados de Yucatán, Campeche y Territorios de Quintana Roo, con presentación esporádica en el Istmo de Tehuantepec... La enfermedad se extiende por toda la región oriental del estado de Chiapas, en las zonas madereras de grandes selvas vírgenes. También en la República de Guatemala... en Belice... existencia probable del mal en Tenosique y Montecristo, Tabasco". En este trabajo aparece una de las primeras referencias al vector: "acusan a un mosquito blanco, de alas erectas, grácil de cuerpo, algo menor que "pediculi vestimenti" y apoyan su aserción con la circunstancia de que en tiempos pasados hubo mucho mosquito de ese en chiclerías donde ellos trabajaban y abundaban las úl-

ceras, y que en tiempos de lluvias (cuando la frecuencia de la leishmaniasis crece), el mosquito aparece en esos rumbos" (CARRADA-BRAVO T. 1988).

Los primeros estudios epidemiológicos se iniciaron en 1922 con Farfán E. con su tesis sobre Leishmaniasis cutánea americana "úlcera del chiclero", Beltrán F. y Bustamante F. (1942), Biagi en 1957 es quien logra la primera distribución geográfica de la leishmaniasis cutánea mexicana.

En un estudio sobre leishmaniasis en Yucatán, los resultados de una encuesta aplicada a 1.000 trabajadores chicleros mexicanos, reportó 126 casos clínicos, de los cuales 123 fueron varones y tres mujeres entre los cuales contabilizó 277 úlceras, o sea, un promedio de 2,2. úlceras por persona. El registro topográfico mostró una mayor localización de las lesiones en pabellón auricular (96 = 34,6%), seguido de la cara (53 = 19,1%) y luego antebrazo (35 = 13%). Piernas, piel cabelluda, cuello, nuca, tronco, muñeca, codo y rodilla, en menor frecuencia (MARTÍNEZ-POMPEYO, 1943).

Los reportes de casos se distribuyeron de la siguiente manera: Biagi (1953) describió 70 casos de Leishmaniasis tegumentaria de México en los estados de Campeche y Quintana Roo, al mismo tiempo que Baez J. registra el primer caso de Kala-azar (visceral) en el estado de Guerrero. Gutierrez-Ballesteros en 1959 registró el primer caso con invasión a mucosa (por contigüidad) en el estado de Jalisco, sucediendo un año después que Biagi ubica dos nuevos

focos de Leishmaniasis cutánea en los estados de Oaxaca y Chiapas limitando con Tabasco y Veracruz. Aguirre (1963) registró el segundo caso de Kala-azar en el estado de Guerrero. Un nuevo foco endémico de Kala-azar en el estado de Puebla es descrito por Biagi y Tay en 1963. El primer caso de Leishmaniasis cutánea generalizada (difusa) para el estado de Tabasco fue registrado por Martínez-Ruiz en 1968.

En esa misma fecha Simpson registra casos de leishmaniasis cutánea diseminada anérgica en los estados de Tamaulipas y Nuevo León. Dos casos de Leishmaniasis anérgica difusa fueron registrados por Ramos-Aguirre para el estado de Coahuila (1970) (CRUZ A. L. Comunicación personal). Referida como Leishmaniasis Cutánea del Nuevo Mundo, es descrita clínicamente como una "dermatosis poliforma y asimétrica, que comienza con la aparición de una pápula pruriginosa en el sitio de la picadura; después de uno a dos meses se forma una úlcera oval que mide entre 1 a 10 cm de diámetro, es poco excavada, indolora y de bordes levantados, sangra fácilmente, con tendencia a la curación espontánea en algunos meses, excepto cuando se localiza en el pabellón auricular, en cuyo caso puede pasar a la etapa crónica que suele durar hasta 12 años o más, con lesiones residuales destructivas y mutilantes. En la etapa aguda ocasionalmente se forman adenopatías satélites; algunas lesiones pueden curar dejando cicatrices persistentes. El diagnóstico se confirma demostrando la presencia de los amastigotes en

el frotis teñido con Giemsa o en la biopsia de la lesión. Como recurso diagnóstico adicional se puede aplicar leishmania intradérmica (prueba de Montenegro), demostrándose así la presencia de infecciones asintomáticas. Se describe la LCD anérgica como caracterizada por nódulos, placas o pápulas múltiples y en las superficies exteriores de los miembros, frecuentemente la piel de las manos se engruesa y puede ulcerarse.

En los frotis tomados de las lesiones se observan los macrófagos llenos de parásitos y la prueba de Montenegro es negativa (CARRADA-BRAVO, 1988).

De manera sintética Carrada-Bravo muestra la geografía de la leishmaniasis como distribuida ampliamente en el territorio mexicano, principalmente en el sureste, la región pacífico sur hasta Nayarit incluso y en el noroeste árido, vecino a Texas, EE.UU.

En 1982, el CIR de la Universidad de Yucatán inició sus investigaciones biomédicas en la zona ya considerada endémica del estado Campeche, lográndose valiosa información en aspectos clínicos, epidemiológicos y de factores de riesgo.

Así en los resultados de la fase de diagnóstico epidemiológico, se aplicó la reacción de Montenegro a 449 personas del sexo masculino entre 15 y 45 años de edad encontrándose de 24 a 90% de positividad, con una media de 43% en las 7 comunidades estudiadas.

De los exámenes clínicos en 72 pacientes, 56 de ellos adquirieron la enfermedad en 1987, los demás en

años anteriores. La edad de aparición de la enfermedad fue entre 15 a 44 años, con un rango de incidencia anual de 508 por 100.000 habitantes. Reportan 32 casos agudos y 10 crónicos. Todos ellos terminaron su tratamiento. Se demostró la efectividad del tratamiento sistémico con meglumine antimonial. Describen como factores de riesgo, edad, sexo, traslado al campo. Los avances entomológicos, reportan a la *L. cruciata* como la especie más antropofílica, seguida de *L. olmeca* y *L. deleoni*, siendo el horario de mayor actividad, de 18 a 20 horas con un pico a las 19 horas.

Así, las referencias de las que parte este estudio, son los aportes en cuanto a la presencia de la enfermedad y su relación con indicadores como sexo, edad, ocupación (Briceño-León, 1988) como determinantes en la presencia y distribución de la enfermedad.

En la Conferencia sobre Migración y Enfermedades Tropicales celebrada en Quito en 1991, se reforzó la importancia de darle apoyo al estudio de los aspectos socioeconómicos que intervienen en la presencia de tres enfermedades fundamentales: Malaria, Leishmaniasis y Chagas (VLASSOFF, TRD-OMS 1991), resaltando la interrogante de por qué las poblaciones rechazan las medidas de control de las enfermedades y ponen especial atención a aspectos sociales como la migración; para ello, la necesidad de integrar equipos interdisciplinarios en ciencias biomédicas y sociales y darle prioridad a la participación comunitaria, evaluación de intervenciones, relación cos-

to eficacia de los programas de salud y el medir las consecuencias del desarrollo económico para la salud.

Asimismo, se enfatizó como requisito que los informes de las investigaciones dejen ver claramente la relación entre la investigación y los servicios de salud y las formas de aplicación de los resultados en materia de alternativas de solución (MONCAYO, OMS 1991).

Una primera experiencia antropológica (Downe 1989) centrada en contenidos culturales e importancia que se le da la enfermedad, en una comunidad de la misma zona, mostró que del total de 114 entrevistados, el 83% la consideraron grave aunque en orden de importancia queda la enfermedad ubicada en el quinto lugar y cuando se investiga sobre enfermedades dermatológicas.

Dado que dichos resultados eran relevantes pero, basados en entrevistas obtenidas por informantes de la comunidad que sirvieron de traductores, se hizo necesario ampliar y profundizar esta primera información.

Para ellos se formularon las siguientes preguntas:

¿Qué aspectos de la vida del individuo afecta la lesión, como para que pueda ser considerada grave?

¿Por qué a pesar de la reportada asignación de gravedad, unos acuden a la búsqueda de tratamiento y otros no?

¿Qué papel juegan sus conocimientos y creencias sobre salud y enfermedad?

¿Por qué la mayoría de los que solicitan tratamiento, persisten en el mismo?

La necesidad de ampliar la información hacia aspectos que puedan explicar la causalidad social de esta enfermedad es el eje sobre el cual se diseña un abordaje sociológico. Partiendo de que el 95% de los casos detectados son hombres, más del 50% de ellos están en edad productiva (15 a 45 años) y un 25% son enfermos crónicos, datos que hipotéticamente era necesario asociarlos a ausentismo laboral y consecuencias sociales y familiares para quien sufrió la lesión, nos llevó al planteamiento de nuestros objetivos.

De ahí, el objetivo central del trabajo fue el conocer los contenidos de pensamiento (conceptos, creencias y actitudes) con respecto a esta enfermedad, para definir la importancia que la población sana o enferma le atribuye a esta y obtener información de base para el diseño de un programa piloto de participación comunitaria que permita el control y prevención de la leishmaniasis cutánea en comunidades con características socioeconómicas semejantes.

AREA DE ESTUDIO

El lugar del estudio fue el ejido Ricardo Payró con 16 años de existencia, en el municipio de Hopelchén en el estado de Campeche, seleccionado en base al índice de prevalencia de la enfermedad, detectado por el grupo biomédico.

Ubicado al sureste del estado y colindante con Guatemala contó con 90 familias (489 personas), centrada la pirámide poblacional en los grupos de edad escolar y la edad productiva (IMSS, Censo 1990).

Agrupar a 100 trabajadores campesinos que se dedican a la milpa de temporal (chile, maíz y frijol) durante todo el año. Predomina el clima cálido subhúmedo, con temperatura media de 26° C. y vegetación selvática media y alta.

La población se caracterizó por agrupar a diferentes etnias: olmeca, maya y náhuatl ya que en su mayoría, provenían de los estados de Tabasco, Chiapas, Veracruz. Asimismo, el mosaico religioso integró creyentes de la Iglesia Apostólica de la Fe de Cristo Jesús, Testigos de Jehová, Iglesia Adventista del Séptimo Día e Iglesia Católica.

Las condiciones del ecosistema y algunas características del proceso de trabajo milpero permitieron identificar condiciones descritas como propicias para la vida y ciclo de transmisión del vector.

El vector transmisor de la leishmaniasis cutánea es la *Lutzomyia*, insecto de la familia Psychodidae, con un aspecto externo muy particular que las distingue de otros.

Mide aproximadamente 2 mm de longitud, sus alas son alargadas y algo estrechas de aproximadamente 2 mm de largo y 1 mm de ancho. Presenta la característica de que al estar en reposo, sus alas permanecen erectas y divergentes con respecto a la superficie de su cuerpo y son intensamente pilosas. Su aspecto general es hirsuto debido al recubrimiento piloso en todo el cuerpo, debido a lo cual, cuando reciben luz, reflejan tonalidades amarillo claras (CRUZ A.L. Comunicación Personal).

Aportes entomológicos obtenidos en una comunidad cercana a la del estudio muestran que la actividad estacional de la lutzomía se incrementa en el mes de febrero lo cual coincide con el momento de la roza en el proceso milpero y por lo tanto, la presencia de los trabajadores en el hábitat de riesgo. Además, el horario de mayor densidad de la lutzomía se describe para las 6 de la tarde lo cual coincide con el horario destinado a la cacería, actividad secundaria en este grupo poblacional, pero practicada por todos ellos.

METODOLOGÍA

Se aplicaron en total 86 entrevistas. Sobre contenidos de pensamiento acerca de la leishmaniasis cutánea a 57 jefes de familia en su mayoría mujeres por ser informantes claves; sobre creencias, conocimientos y respuesta ante la experiencia de vivir la lesión leishmaniásica y su repercusión en la vida laboral, familiar y conyugal a 21 trabajadores, uno de los cuales era mujer (viuda), y un niño cuya casa estaba ubicada junto a la milpa y a 12 de las esposas.

A fin de obtener el justo valor que la población le daba a la enfermedad leishmaniásica, el primer momento del contacto con la comunidad (57 jefes de familia) consistió en conocer las enfermedades que consideraban más frecuentes en Ricardo Payró, seguido de la identificación de las enfermedades de la piel y en un último apartado se preguntó por la picada de la mosca chiclera. La técnica empleada para la selección de los informantes fue la distribución de los encuestadores por sec-

tores geográficos del poblado y tomando a 2 familias por cada lado de cada manzana existente. El formato empleado incluyó preguntas sobre morbilidad general (tipos de enfermedad, causas y distribución por edad y sexo); después de preguntar sobre lo que se sabía o se había oído sobre enfermedades de la piel, se preguntaba sobre la enfermedad del chiclero.

En el segundo momento de contacto, para conocer las creencias, conocimientos y actitudes así como el impacto de la enfermedad en la vida del lesionado, se tomó el registro de pacientes (lesionados) logrado por el equipo biomédico (22 lesionados y doce de las esposas). La entrevista semiestructurada al lesionado incluía aspectos sobre características de la lesión como tipo, localización, evolución; conceptos y actitudes acerca del padecimiento como: por qué cree que lo tuvo, cuándo se dio cuenta que tenía lesión, si recibió algún tratamiento, remedios o tratamientos que utilizó o sigue utilizando, perjuicio por tener la lesión, qué siente por tener la lesión, opinión de su esposa al respecto, cambios en la conducta de ella o de otros integrantes de la familia, impacto en su trabajo, creencias en la transmisión de la enfermedad.

La entrevista a la pareja del lesionado permitió conocer el impacto que la enfermedad ha tenido en los aspectos de la vida familiar, individual, de pareja, laboral y social del enfermo.

DESARROLLO

El estudio etnográfico centrado en los contenidos de pensamiento sobre salud-enfermedad, enfermedades de la piel y la "picada de la mosca chiclera", permite afirmar que aunque existe una combinación de contenidos explicados por la diferente proveniencia étnica de los entrevistados, existe un denominador común: la población llama enfermedades a los signos y síntomas predominantes de las enfermedades infecciosas y, como entidades que les preocupan: gripa, calentura, diarreas, paludismo y vómito como las cinco más importantes; no apareció la leishmaniasis como enfermedad que preocupa a la población en general.

La respuesta ante la enfermedad, fue una medicina popular en la que aunque predominan los remedios caseros y algunas prácticas transmitidas por los curanderos en los lugares de origen, se recurre también a los medicamentos por automedicación o a la medicina de la clínica rural de la seguridad social.

Lo anterior se complementa con lo referido para enfermedades de la piel: los informantes mencionan enfermedades por infección de ácaros (sarna) y a las eruptivas (rubéola), así como conceptos tradicionales (empeine, nacido, pavón); una vez más no apareció en la conciencia de enfermedad de la comunidad, la enfermedad leishmaniásica.

Para la pregunta directa sobre percepciones y conocimientos sobre la "enfermedad del chiclero", resulta evidente la falta de información de la que se adolece, lo cual explica la variedad de versiones (19) equivocadas que se tienen para describir al vector (lutzomias). Aunque se menciona la "picada de la mosca chiclera" como causante de la enfermedad, cuando se le describe, se le confunde con una variedad de moscas, con la garrapata y con la pulga. La variedad de respuesta en relación a los reservorios, quedó agrupada en trece diferentes especies que hacen referencia exclusivamente a las aves y

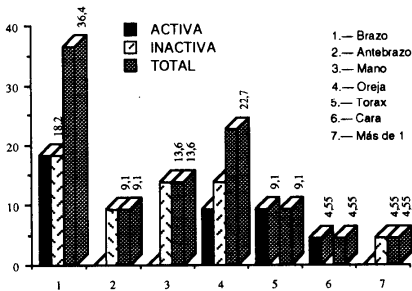


Gráfico N° 1.— Tipos de lesión.

venados, y nunca a los roedores y víboras.

Los lesionados, unos con lesión activa (9) y otros con lesión inactiva (13), diez y siete de ellos (Gráfica N°

1), residentes de RP y cinco, de ejidos vecinos, se concentraron en su mayoría (15), en el rango entre 20 y 40 años (68%); dos personas fueron mayores de 40 años, solo uno perte-

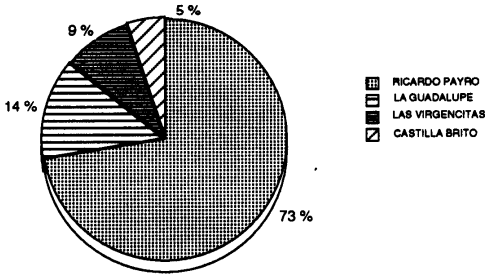


Gráfico N° 2.— Procedencia

neció al sexo femenino, (viuda de 30 años de edad) y uno fue un niño de

ocho años, cuya vivienda estaba junto al campo milpero (Gráfica N° 2).

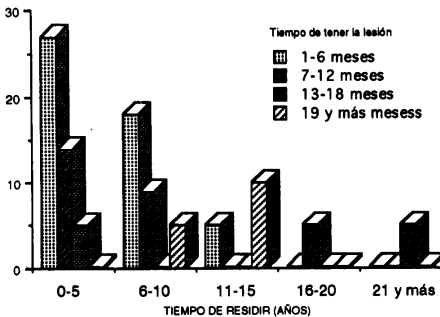


Gráfico N° 3.— Tiempo de tener la lesión.

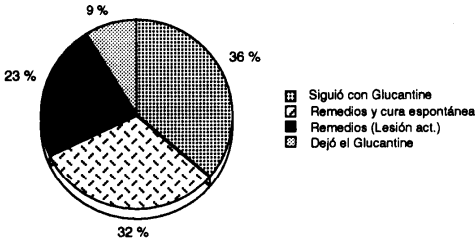
Todos ellos adquirieron la lesión a partir de su estancia en este ejido. Los afectados con lesión activa, la refieren como una adquisición entre uno a 18 meses. Los de lesión inactiva, refieren entre 4 y 11 años de haberla sufrido (Gráfica N° 3).

Aunque todos ellos mencionaron a la mosca chiclera como la causante de la lesión, esto no significó que tuvieran el conocimiento previo, sino que fue la presencia de la misma lo que propició que otras personas les dijeran el tipo de padecimiento que presentaban o a que se debía (36%); otros recibieron información de médicos y familiares (13%). Solo ocho dieron opiniones que muestran un conocimiento previo, del riesgo de contraer esta enfermedad y lo acertado del conocimiento en cuanto a la existencia del agente y el medio ambiente predisponente. Dos personas poseen una explicación mágica ("mala suerte") y otro trabajador interpretó la lesión como causada por la introducción de un "colmoyote" (gusano barrenador) (larva de mosca), caso en el que después de seis meses de que la lesión no curaba, la interpretó como causada por la mosca chiclera. El brazo, seguido de mano y oreja, fueron los lugares de preferencia de la lesión en este grupo (Gráfica N° 4), que coincide con lo reportado en un estudio con trabajadores chicleros mexicanos (MARTÍNEZ POMPEYO, 1943).

Estas creencias acerca de la causalidad de la enfermedad, van de la mano con la respuesta ante la misma; todos han recurrido al uso de remedios; el 45.4% de manera ex-

clusiva y el restante, a la combinación de remedios y tratamiento medicamentoso (54.6%). Resultó llamativo el largo listado de remedios que por lo general se utilizan, predominando la tendencia al uso de sustancias "quemantes" (ácido de batería, alcohol, cerillo, gasolina, jabón, flama de cerillo, resinas de guarumo, de cascarillo, bejuco, cedro y papaya; diesel, agua de sal, thiner, cenizas de cigarro, fab (detergente). Los productos medicamentosos utilizados fueron: las inyecciones (Glucantime, proporcionado por los médicos del grupo biomédico), "pomada del Dr. Castro", Veporub, polvo de penicilina, Sarnizan, ampicilina, pomada AAA y pasta dental. Se mencionaron algunos remedios caseros: manteca de armadillo, hierba machacada. Muchos de los lesionados recurren a la combinación indiscriminada de remedios químicos, médicos y caseros.

El valor atribuido a uno o a otro recurso curativo varía hasta que los lesionados prueban la eficacia de los mismos; así, ocho de los 12 lesionados (36.3%) que iniciaron su tratamiento con glucantime, dejaron de recurrir a los remedios por haber "encontrado alivio en las inyecciones de los doctores de Mérida"; dos de ellos tienen una opinión negativa de las mismas inyecciones, opinión asociada a lesiones complicadas con infección añadida y de resolución más tardada, motivo por el que abandonaron el tratamiento; siete han tenido una curación espontánea, mérito que se lo atribuyen a los remedios empleados; cinco —de los nueve—



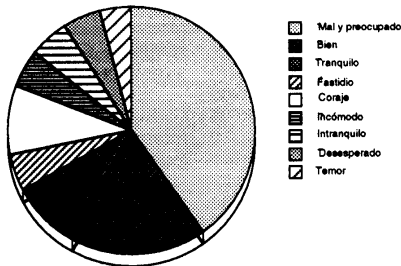
Gráfica N° 5.— Valor atribuido al recurso curativo.

, con lesión activa, estaban convencidos de la necesidad de continuar con la combinación de remedios (Gráfica N° 5).

Existe en los lesionados, la certeza del riesgo para toda persona que

vaya al monte y de que la lutzomia pica también a los animales pero que por tener “sangre diferente a la humana”, no los daña.

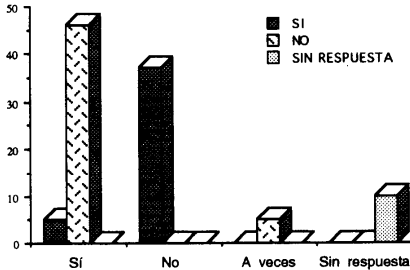
El estado afectivo de los lesionados en relación a la enfermedad,



Gráfica N° 6.— Estado afectivo del lesionado.

puede ser interpretado como negativo ya que el sentirse “mal y preocupado”, “con coraje”, “incómodo”, “intranquilo”, con “fastidio” con “temor” y “desesperación” son una instancia importante que necesariamente tuvo repercusiones en su vida de

relación en general y en su relación de pareja. (Gráfica N° 6). Los propios informantes casados (15), expresaron consecuencias anímicas en sus esposas y la actitud de ellas para con la aplicación de remedios. Diez de ellas no adoptan una actitud par-



Gráfica N° 7.— Cambio de actitud de las esposas visto desde el lesionado.

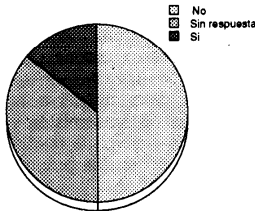
ticipativa ya que no parece preocuparles ni la lesión—lo cual significa que no les provoca ningún impacto psicológico—, ni la utilización de algún recurso terapéutico; en contraste, ocho —cinco esposas y tres mujeres familiares del lesionado— sugieren y ayudan al lesionado con la aplicación de remedios (Gráfica N° 7).

La mitad de los lesionados comentaron no haber percibido ningún cambio en su relación de pareja a partir del momento en que apareció la lesión; en cinco, tres que dijeron que sí y dos que no quisieron respon-

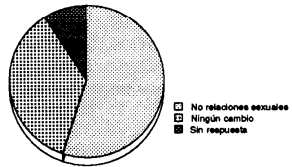
der, puede ser considerado el grupo con problemas en la relación de pareja (33.3% de los casados) (Gráfica N° 8).

En relación al ambiente familiar y social en general, los lesionados refirieron no haber vivido problema alguno y sí actitud de apoyo y comprensión para con su problema. Confesaron la necesidad de aislarse durante las fases agudas de la lesión.

De las entrevistas con las doce esposas, seis se centraron en opiniones en los cambios del estado de ánimo del esposo y las seis restantes en la necesidad de la abstinencia



Gráfica N° 8.— Cambio de estado de ánimo del lesionado.



Gráfica N° 9.— Cambio en el trato con su pareja visto desde la esposa.

sexual (Gráfica N° 9), ya que "el calor del cuerpo empeora la llaga"; la lesión fue considerada como una enfermedad "muy mala", "no contagiosa" y que les crea una enorme preocupación.

Cuatro de estas mujeres han tenido que participar en el trabajo de la milpa, dado el menor rendimiento y los períodos de ausentismo laboral del compañero.

Pudo constatar que el hecho de haber vivido la lesión, había creado expectativas en relación a la enfermedad, las cuales pudieron ser agrupadas en tres diferentes matices: aquellas en las que se confiesa la preocupación pero no se sabe qué se podría hacer (10), otras en las que proponen medidas de prevención laboral y doméstica (7), y las que consideran que la enfermedad es una responsabilidad exclusivamente médica (59).

La devolución de la información en asambleas comunitarias permitió un mayor acercamiento con los lesionados y la selección de manera natural de un grupo de ocho personas que solicitaron ser entrenadas para transmitir información al resto de su colectividad sobre el ciclo de transmisión, vector y reservorios de la lutzomia. El taller de entrenamiento para estas ocho personas y una primera experiencia como Promotores en Leishmaniasis, es un contenido que merece ser tratado en un artículo aparte.

CONCLUSIONES

- El reconocimiento al lugar que ocupa la enfermedad, en el discurso de la propia comunidad, el cómo la

percibe —si es percibida— o, por cuál grupo es percibida, aporta elementos válidos para la búsqueda de una iniciativa de resolución para el control de las enfermedades transmitidas por vector, ya que permite el involucramiento de grupos estratégicos para el diseño de acciones y programas.

- El estudio etnográfico diseñado con base a la demanda de la propia comunidad en estudio, evitó el sesgo que provoca el hecho de que cuando la población identifica el interés del investigador con alguna patología, condiciona las respuestas de opinión. En este caso, se corroboró que, la leishmaniasis cutánea al no ser una enfermedad epidémica en estas zonas, no es percibida como una enfermedad que tenga un lugar en los contenidos de pensamiento de esta población en general. No sucedió lo mismo cuando una parte importante del estudio se centró en las personas lesionadas y sus familiares, evidenciándose al impacto de la lesión sobre el aspecto psicológico del lesionado por sus consecuencias en la productividad y el sustento familiar, y su relación de pareja.

— El perfil de creencias y actitudes acerca de la enfermedad evidenció la práctica de una medicina popular y una franca ausencia de información sobre las características físicas y el comportamiento de la lutzomia, su ciclo de transmisión y reservorios tanto a nivel de población general como en los propios lesionados.

— La delimitación del lugar que ocupa la enfermedad en los contenidos de pensamiento en la población

sana y enferma, la ausencia de información básica acerca de la misma y la delimitación del grupo preocupado (lesionados, esposas y familias cercanos) por el riesgo de adquirir la enfermedad a nivel individual y de la comunidad en general, permitió el diseño de un programa educativo que partió de la devolución de la información a la propia comunidad sobre sus creencias y prácticas sobre las enfermedades que más afectan a sus pobladores (gripa, calentura y diarrea), sobre las enfermedades de la piel más frecuentes y lo que la población sabe, piensa y hace en relación a la picada de "la chiclera".

— La presencia de las familias asistentes a estos talleres, las acercó de manera importante con la investigación misma, ya que el asombro y beneplácito al ver plasmadas en carteles sus recomendaciones caseras acerca de las enfermedades más frecuentes, evidenció el respeto y reconocimiento del equipo de investigación para con sus contenidos culturales sobre la salud.

— Fue a través de las reuniones con los lesionados con quienes fueron discutidas sus creencias y prácticas acerca de la lesión, donde plantearon sus expectativas para con la enfermedad y ocho de ellos quisieron ser entrenados como "Promotores" para la prevención de la enfermedad leishmaniásica.

— Este aspecto concreto del estudio, podrá ser el punto de partida para que el trabajo de educación para la salud pueda hacerse extensivo a grupos estratégicos de la comunidad estudiada (mujeres por ejemplo) y a los ejidos vecinos, cuyos datos

sociodemográficos (proveniencia, migración, pirámide poblacional, ocupación), permitan la traspolación de resultados. - Los ocho ejidos vecinos cuyas características sociodemográficas son semejantes al estudiado, integran en su conjunto 320 personas aproximadamente, grupo con el que se podría realizar un programa ampliado en el que la participación de la comunidad sería la estrategia, en términos de eficacia, y serían los grupos de lesionados de cada ejido, el recurso humano disponible para tal fin.

— Será definitivo el reconocimiento del equipo biomédico para con los Promotores y la formalización del programa de participación comunitaria con la institución oficial de salud (IMSS), de manera que existieran tres instancias integradas y vigilantes de la leishmaniasis cutánea.

— La caracterización de estas poblaciones de corto tiempo de existencia (16 años), integrada por migrantes de diferentes contenidos étnico-religiosos, que se ven en la necesidad de abandonar sus lugares de origen, en la búsqueda de una existencia más digna para sus familias, es un fenómeno importante en la evolución histórica y sociodemográfica de México, y de manera particular del estado de Campeche, el cual es considerado como de "fuerte atracción" (INEGI 1980). Estos grupos humanos, viven en estrecho contacto con la naturaleza, la cual les es extraña y a la que invaden convirtiéndose en grupos de alto riesgo de enfermar y morir. La exposición al

riesgo de ser picados por las lutzomias es real en términos de que el trabajo milpero y la cacería, son el sustento de estas familias.

— El modelo logrado podrá traspasarse para la caracterización de las creencias y actitudes ante la leishmaniasis cutánea en las comunidades maya-campechanas quienes son el otro tipo de comunidades en el estado de Campeche y quienes poseen un mayor dominio del hábitat en el que se han desenvuelto de por vida.

— Las comunidades rurales son capaces de asimilar conocimientos ajenos a su propia cultura, si dichos conocimientos son identificados como benéficos. Existe —en contra de lo que se dice—, una disposición real a todos los niveles de la organi-

zación política de una comunidad por enfrentar sus problemas de salud-enfermedad, pero, desde el cómo es visto y sentido dicho proceso por parte de la comunidad misma, y no del cómo es planteado por el científico de la salud.

— No resulta un atrevimiento pensar, que la valiosa producción de conocimientos médicos sobre las enfermedades que aquejan a nuestros pueblos, tendrán que ser entregados a la comunidad afectada a fin de que ella misma con su historia, personajes y organización social le dé a la enfermedad, un lugar de importancia dentro de lo que ella identifica como problema, así como que defina después, si habrá que destinar tiempo, espacio y personas para combatirla si ésta fuera la prioridad.

REFERENCIAS

- ANDRADE NARVÁEZ F, ALBERTOS-ALPUCHE N. 1991. *Risk Factors with cutaneous leishmaniasis infection and disease in the State of Campeche, Peninsula of Yucatán, México*. Informe presentado en el International Workshop on Leishmaniasis Control Strategies. Noviembre. Mérida, México.
- BALAM J. 1981. *Estructuras agrarias y migración interna en una perspectiva histórica: estudios de caso latinoamericanos*. Revista Mexicana de Sociología. N° 1, enero-marzo.
- BRICEÑO-LEÓN R. 1990. *La casa enferma*. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles. Caracas.
- CARRADA-BRAVO T. 1988. La leishmaniasis en México. Boletín Médico del Hospital Infantil México, vol. 45, N° 3, marzo.
- CRUZ-RUIZ A. Por información verbal, proporcionó la descripción de las características de la lutzomia y sus avances bibliográficos sobre el tema.
- IMSS. Censo 1990.
- INEGI. 1980. *Indicadores de la migración en México. A: migración interna*. México, Estadística económica y social por entidad federativa.
- MARTÍNEZ-POMPEYO E. 1943. *Leishmaniasis en Yucatán*. Tesis recepcional, Universidad de Yucatán, México.
- MONCAYO A. 1991. *Discurso inaugural de la Conferencia sobre Migración y Enfermedades Tropicales TDR-OMS*. Quito-Ecuador, febrero.
- RAMÍREZ-FREIRE A. 1992. *Estudio sobre flebotomios, su actividad estacional y horaria en una comunidad del estado de Campeche*. Tesis recepcional. Universidad Autónoma de Yucatán.
- VLAŠSOFF C. 1991. *Discurso inaugural de la Conferencia sobre Migración y Enfermedades Tropicales TDR-OMS*. Quito-Ecuador, febrero.

RECONOCIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Roberto Bricenio-León del Laboratorio de Investigaciones Sociales por su participación en los planteamientos preliminares del diseño metodológico y la beca que el investigador principal recibió de su institución.

Al Dr. Modaberg del TDR-OMS por el financiamiento recibido durante un año de trabajo.

Al Dr. Jorge Zavala Velázquez, como director del Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad de Yucatán.

A los doctores Jhon Erhenberg y José Pérez Mutul por sus comentarios y sugerencias a los resultados finales.

**EL COLEGIO
DE SOCIÓLOGOS
Y ANTROPÓLOGOS
DE VENEZUELA**

invita al

**IV CONGRESO
VENEZOLANO
DE SOCIOLOGÍA
Y ANTROPOLOGÍA**

MARACAY - 9 AL 14 DE OCTUBRE DE 1994

TEMÁTICA:

**POBREZA,
DIVERSIDAD
Y DESARROLLO SUSTENTABLE**