

Dimensión sociocultural de la Leishmaniasis cutánea entre los cabécares de Chirripó de Turrialba, Costa Rica

Pamela Monestel Zúñiga¹

RESUMEN

La Leishmaniasis cutánea es una enfermedad que aqueja a las poblaciones en clara exclusión social, es por eso que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la ha declarado como una de las enfermedades olvidadas. En las zonas indígenas esta enfermedad tiene una importancia sustancial, por lo que se planteó la necesidad de un estudio de corte antropológico para comprender la atención y el tratamiento ante esta enfermedad. La población de estudio es la cabécar de la comunidad de Alto Pacuare de Chirripó de Turrialba.

La investigación plantea la denominación shame/papalomoyo para hacer referencia a esa representación social construida por la población indígena, la cual se teje dentro del conocimiento de la cultura médica cabécar y de la re-apropiación y significación que se hace de la información sobre la enfermedad por la biomedicina.

Palabras claves: representaciones sociales, leishmaniasis cutánea, indígenas.

ABSTRACT

Cutaneous Leishmaniasis is a disease that affects to people in clear social exclusion, that is why the Pan American Health Organization (PAHO) has declared it as a neglected disease. Nevertheless, in indigenous areas this disease has a substantial importance, therefore it was propounded the need of realize a anthropological study to understand the care and the treatment for this disease. The study area was the Alto Pacuare of Chirripo community, located in Turrialba.

In this research, is propose the denomination shame/papalomoyo to make the reference to the social representation formed by the indigenous people, which occurs from the knowledge of the medical culture Cabecar and from the re-appropriation and the meaning of the information about the disease given by the biomedicine

Keywords: Social Representation, Cutaneous Leishmaniasis, indigenous.

¹ Costarricense. Licenciada en Antropología Social. Funcionaria del Ministerio de Salud. Correo electrónico: pamemonestel@gmail.com

Introducción

La *Leishmaniasis* cutánea es un padecimiento que ha sido y sigue siendo invisibilizado, y como lo cita la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es una enfermedad olvidada”; ésta forma parte de un grupo de infecciones parasitarias a nivel mundial. La OMS señala que la *Leishmaniasis* se encuentra entre las 6 enfermedades tropicales más importantes, pero a pesar del impacto tan importante que tiene en América sigue sin atenderse adecuadamente, esto ha provocado que la OMS en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud 2007, estableciera que es una de las dolencias más desatendidas en América y se ha convertido en un problema de salud pública en diversos países de la región.

Existen varios nombres para llamar popularmente a la *Leishmaniasis cutánea* alrededor del mundo, en México es conocida como “úlceras de los chicleros”, en Perú “*uta*”, en Brasil “*espundia*”, “lepra de montaña” en Nicaragua y Honduras; y en nuestro país “papalomoyo”.

La infección se transmite exclusivamente por la picadura de un mosquito, de la hembra del *Phlebotomus* (en Europa y otras zonas) o *Lutzomyia* (en América). El mosquito necesita sangre para alimentarse y reproducirse, pica primero un reservorio y en segundo momento a una persona transmitiéndole la enfermedad.

El ser humano se infecta de forma accidental por las picaduras del vector, al penetrar éste en áreas selváticas; hay casos, aunque es menos común, donde se da la transmisión peri domiciliar e intradomiciliar. Los movimientos poblacionales y cambios ambientales como deforestación, desarrollo agrícola, y fluctuaciones periódicas en las poblaciones del vector pueden provocar la transmisión en este tipo de contextos -antes señalados-.

Se reporta que la *Leishmaniasis cutánea*, aparece de 2 a 8 semanas luego de la picadura del vector, y no más de 6 meses. Inicia como un pequeño nódulo que pronto se ulcera y evoluciona lentamente, dando origen a la forma ulcerosa. La representación clínica más común es la úlcera, sin embargo, puede presentarse de maneras muy diversas. Las complicaciones que pueden ocurrir en las lesiones serían por infección bacteriana. Las secuelas que puede dejar la *Leishmaniasis*, en el caso cutáneo, es la cicatriz y

dependiendo de la parte del cuerpo donde se ubique, podría provocar daños en la autoestima de la persona.

FIGURA 1
Territorio indígena Chirripó (Duchi)



Las poblaciones más vulnerables ante esta enfermedad son los grupos sociales en zonas rurales y peri urbanas excluidas económica, social y culturalmente. Por eso las poblaciones indígenas son altamente sensibles ante esta enfermedad, no sólo por su condición de exclusión social y cultural, sino por las características naturales de las zonas donde viven, pues son áreas que poseen el hábitat perfecto para su reproducción, cuentan con: el vector, el reservorio y las condiciones ambientales propicias para mantener el ciclo de vida de la enfermedad.

El estudio de la *Leishmaniasis cutánea* ha estado focalizado en aspectos biológicos de la enfermedad y se han abandonado los enfoques socioculturales, los cuales pueden brindar información importante para la formulación de programas de educación y detección temprana de la misma.

En Costa Rica se han impulsado algunos avances en la investigación interdisciplinaria de esta enfermedad. En 1989, un equipo de la Universidad Nacional realizó un proyecto piloto en el cantón de Acosta y al año siguiente ejecutó una investigación cuyo objetivo principal fue identificar y cuantificar los factores de riesgo en la transmisión de la enfermedad, para generar e implementar medidas de control. En ésta se contemplaron aspectos epidemiológicos, entomológicos, educativos y clínicos.

Un estudio cualitativo realizado por Dobles y Perriard (1994), se enfocó en el conocimiento de las representaciones y prácticas sobre la *Leishmaniasis cutánea*, debido a la alta incidencia de esta enfermedad en la población del cantón de Acosta, con el fin de estimar la viabilidad de aplicación de medidas de control, por parte de las instancias de salud.

Otro trabajo importante es el de Ketelhohn (1996), éste concluye que el papel de las mujeres en el tratamiento del papalomoyo es central, debido a los conocimientos, valoraciones y habilidades que ellas tienen sobre los tratamientos; y sus criterios les garantiza el control sobre la salud de sus familias, por lo que son ellas quienes deciden el siguiente nivel de atención.

La *Leishmaniasis* cutánea en Alto Pacuare

La presente investigación² se desarrolló en Alto Pacuare, en el territorio cabécar Chirripó Duchí, distrito n°12 de Turrialba, Chirripó, el cual es el territorio indígena más extenso de Costa Rica con 97000 hectáreas de superficie, se encuentra entre Fila Matama y la cordillera del Cerro Chirripó, a una altitud de 800 a 1400 msnm.

En un contexto como el de Alto Pacuare, donde interaccionan los conocimientos médicos cabécares con los de la biomedicina³, se vuelve sumamente importante conocer y comprender cómo las poblaciones indígenas enfrentan enfermedades que han sido definidas desde la nosología biomédica, cómo las especifican, clasifican y tratan.

La investigación se interesa por comprender el proceso de salud/enfermedad/atención de la

Leishmaniasis cutánea en la cultura cabécar de Alto Pacuare. Esta enfermedad de nosología biomédica tiene una presencia significativa en la zona y ha sido re-conceptualizada a través de procesos de socialización con los saberes médicos indígenas y no indígenas, en una categoría que hemos llamado *shame/papalomoyo*, la cual integra

Figura 2
Camino a Alto Pacuare



Fuente: fotografía de Pamela Monestel.

² Este trabajo es un producto principal de una investigación mayor que se realizó entre los años 2007 y 2008.

³ Representada en este caso por los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

la representación social que la población ha construido alrededor de la *Leishmaniasis cutánea*.

Es importante conocer el contexto desde el cual se define y atiende la *Leishmaniasis cutánea* para poder construir la representación social que el grupo cabécar configura sobre ésta. Es así como se deben estudiar las prácticas que se crean alrededor de dos procesos diferentes, pero complementarios: la autoatención y la atención.

Figura 3
Vista Panorámica de un sector de Alto Pacuare



Fuente: fotografía de Pamela Monestel.

El proceso de autoatención, planteado por Menéndez (2005), contempla dos prácticas: el ***autocuidado*** que es considerado como las diversas acciones enfocadas en el nivel preventivo y las acciones realizadas luego de experimentar una determinada enfermedad o padecimiento; el autocuidado es conceptualizado antes de, y después de la enfermedad. Y la ***automedicación*** incluye todos aquellos fármacos, sustancias, plantas entre otros, usados por los indígenas en el tratamiento de la *Leishmaniasis cutánea* que fueron aplicados o usados sin la intervención de un curador profesional. Se postula que éste está capacitado y es reconocido socialmente para atender a las personas en los

procesos de enfermedad y restablecerles la salud, llámense: médicos, *Jawápa* (médico en lengua cabécar), hierberos, entre otras.

El contexto intercultural para la atención de salud indígena en la zona trae consigo la confluencia de diversos conocimientos médicos, curativos y preventivos: el de la biomedicina, el de la medicina indígena y la medicina casera o conocimientos médicos del grupo doméstico en la atención del proceso de salud/enfermedad. La elección entre estos conocimientos varía según la enfermedad que se padezca, por lo que es necesario analizar las prácticas de atención ante la *Leishmaniasis cutánea*, que la población indígena realiza.

Las prácticas de atención se refieren al tipo de conocimiento médico representado por un curador profesional, que es elegido por las personas para atender la enfermedad. A la luz de tales planteamientos el problema de investigación se plantea en la siguiente pregunta: ¿Cómo es construido y representado el proceso de autoatención y atención de la *Leishmaniasis cutánea*, por parte de los indígenas cabécares de la comunidad de Alto Pacuare en Chirripó de Turrialba?

1. Métodos, sujetos y técnicas de investigación

La presente investigación es de corte cualitativo, toma en cuenta lo social, la cultura, la historia, los aspectos económicos y políticos dentro de una realidad compleja, en la cual los diversos fenómenos sociales responden a una dinámica multicausal. Bajo el paradigma cualitativo y por medio de un proceso etnográfico es como se obtuvo la información para acceder la representación que los sujetos y su grupo realizan sobre *Leishmaniasis cutánea*.

La estrategia metodológica para la recolección de los datos se fundamentó en dos fases. En la primera se procedió a realizar las consultas a expertos en el tema indígena y se establecieron contactos con el personal del Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS) de Grano de Oro, que es el encargado de darle atención a todo el territorio indígena de Chirripó de Turrialba. La segunda fase consistió en el trabajo de campo, el cual fue coordinado junto a la Asistente Técnica de Atención Primaria de la

Salud (ATAPS)⁴. Durante éste se vivió con la familia de la asistente de salud en Alto Pacuare, lo cual permitió un contacto constante con la comunidad y la participación de actividades con varias familias como chichadas, campeonatos de fútbol, entre otros.

1.1. Definición de los interlocutores en la investigación

Se retoma el criterio de los interlocutores, planteado por Bartolomé (2003), como una opción ante el término de informante. El concepto de interlocutores reclama una relación diferente con las personas con quienes nos involucramos en el momento de la investigación.

Es importante mencionar que la confidencialidad de los interlocutores fue respetada, por eso los nombres fueron cambiados, únicamente los nombres de los *Jawáwa* y de los médicos del EBAIS son mencionados, porque ellos son los especialistas en los temas relacionados con el proceso de salud/enfermedad, ellos y ellas son figuras públicas dentro de la comunidad e intervienen en la investigación en calidad de expertos, por lo que no se consideró necesario guardar confidencialidad.

La elección de los interlocutores de la investigación tomó en cuenta diversos factores como la distancia geográfica entre ellos y la disponibilidad de las personas a participar. Los indígenas cabécares son muy reservados y es sumamente importante la construcción de una afinidad entre estos y el investigador; lo cual se logra con la constante interacción, para lo cual es necesaria la permanencia en la comunidad por períodos prolongados.

Otro punto fundamental con el que se contó fue la ayuda de un intérprete, si bien gran parte de los indígenas maneja el español de manera fluida, para el entendimiento de ambas partes siempre es necesario la intermediación de una persona que hable en su idioma para una mejor comprensión, más que todo con las mujeres quienes algunas veces tienen dificultades con un manejo fluido del español. Debido a estas particularidades se decidió que la elección de los interlocutores se realizaría junto con la ATAPS, quien conoce la comunidad y a sus miembros, según: disponibilidad de

⁴ Sandra Obando.

conversar, experiencia propia o familiar ante el padecimiento de *Leishmaniasis cutánea* y distancia geográfica no superior a 3 ó 4 horas de caminata. Por lo anterior se decidió trabajar con los sujetos de dos localidades de Alto Pacuare: Buluju y Yoyorí.

Los interlocutores claves corresponden a las siguientes personas:

- Indígenas cabécares – de ambos sexos – que han padecido *shame*/papalomoyo.
- Indígenas cabécares – de ambos sexos – que no han padecido *shame*/papalomoyo.
- El *Jawá* (medico tradicional cabécar que cura mediante procedimientos tradicionales) reconocido en la zona. Se le realizaron 2 entrevistas a don Aníbal y en la última gira él contactó a don Candelario, *Jawá* de Chirripó quien se encontraba por la zona.
- Profesores cabécares de cultura⁵ y profesores no cabécares regulares de las dos localidades visitadas.
- Los Asistentes de Salud, indígenas cabécares.
- Los médicos del EBAIS de Grano de Oro, que atienden la zona.

1.2. Técnicas utilizadas

Las técnicas más utilizadas para la recolección de la información fueron: la observación y la entrevista abierta tipo diálogo.

Un aspecto importante de señalar es cómo durante el proceso se fue “descubriendo” la forma más adecuada de dialogar y no de entrevistar a los interlocutores, un diálogo tipo conversación donde las dos partes comparten información.

Cada contexto y cada interlocutor si bien son distintos, no cabe duda que la investigación con poblaciones indígenas exige un constante contacto con las personas, la permanencia en su contexto y una rotunda paciencia para lograr un acercamiento respetuoso y cordial con la población.

⁵ El Ministerio de Educación Pública (MEP) contrata maestros indígenas que imparten las materias de Lengua y de Cultura. En este último caso, tratan sobre las tradiciones propias de un determinado pueblo indígena.

Además de las entrevistas se realizaron otras actividades que permitieron acercarse a otro tipo de población como: los niños y niñas cabécares y los ATAPS de todo el territorio Duchí Chirripó. En las escuelas de Ñoribata, Yoldy Kicha y Kjalari, los niños y las niñas dibujaron a una persona con *shame*/papalomoyo y comentaron su dibujo. Con los ATAPS se realizó un conversatorio, el cual se dio en el marco de una de las reuniones mensuales que se efectúan en el EBAIS Grano de Oro. El objetivo del conversatorio fue indagar sobre la representación cabécar del padecimiento y comentar sobre la experiencia que como asistentes han tenido en su atención.

Los expedientes médicos de las comunidades de Buluju y Yoyorí se revisaron, con el objetivo de constatar cuántos casos de *Leishmaniasis cutánea* han sido diagnosticados por los biomédicos.

Estas actividades ayudaron acercarse a una población que no se cubría con las entrevistas a profundidad a obtener otro tipo información y llenar vacíos.

2. Proceso de análisis y sistematización de la información proporcionada

El proceso de análisis y sistematización de la información fue una travesía, sin lugar a dudas es un laberinto lleno de claves por descifrar. Para avanzar en esta descodificación de significados fue necesario pasar por diversos momentos; el primero fue un análisis preliminar y una sistematización. En el segundo, luego de varias lecturas de las entrevistas, se realizó una codificación inicial de los datos por medio del Programa

Figura 4
Trabajo en la escuela de Ñoribata



Fuente: fotografía de Pamela Monestel.

Atlas-Ti, lo cual permitió la agrupación y sistematización de los datos. Los códigos asignados se construyeron a partir de los objetivos de la investigación. Posteriormente se crearon “familias” (por familia se entiende una agrupación de diferentes componentes sean códigos o informantes. Tal denominación es tomada del proceso de sistematización que se realiza por medio del programa Atlas-Ti) según la especificidad de los interlocutores, con el propósito de diferenciar la información según el tipo de participante.

El tercer aspecto consistió en analizar y corregir la primera codificación. Siempre durante el proceso se busca refinar la sistematización para ir construyendo categorías de análisis más condensadas, que permitan darle cuerpo a la información. Una vez revisado y ajustado este análisis se construyó la última sistematización de familias de códigos, la cual generó los siguientes, que en términos generales, responden a las principales categorías de análisis de los objetivos de investigación:

- Diagnóstico de *shame*/papalomoyo: proceso por medio del cual las personas indígenas llegan a su diagnóstico.
- Autoatención: proceso en el que las personas indígenas auto-atienden el *shame*/papalomoyo sin intervención de un curador profesional.
- Atención/Elección de medicina: proceso de elección de una de las medicinas para la atención de la enfermedad.
- Causalidad/Incidencia/Prevalencia: se refiere a las razones que originan y reproducen el *shame*/papalomoyo.
- Características/Signos: Son todas las características, cualidades, y demás signos asociados.

Al haber realizado una síntesis de la información, análisis, hallazgos de categorías y de relaciones entre éstas, se procede a la identificación de cadenas lógicas de evidencias que permita conceptualizar una teorización coherente del tema analizado.

3. Resultados: ¿Cómo se representa y atiende el *shame*/papalomoyo?

El marco explicatorio del proceso de salud/enfermedad/atención para la cultura indígena cabécar podríamos llamarlo un sistema médico indígena. En éste las formas de

prevención, curación y rehabilitación son atribuidas a fenómenos extraordinarios, cuya explicación se fundamenta en la cosmovisión del grupo social.

El diagrama siguiente ilustra la complejidad y complementariedad del modelo indígena, es un conjunto coherente y estructurado, que por largo tiempo ha sido utilizado para atender el proceso de salud/enfermedad en la población. Este modelo se basa en un principio de armonía: “el equilibrio del ser humano, de la naturaleza y de la cultura, que se opone a la disociación del ser humano, de la naturaleza y de la cultura” (Laplantine, 1989, p. 669).

La población cabécar no cuenta con una categoría específica para denominar la *Leishmaniasis cutánea* o papalomoyo, es la experiencia del padecimiento la que permite identificar sus características propias, signos, síntomas y tratamiento.

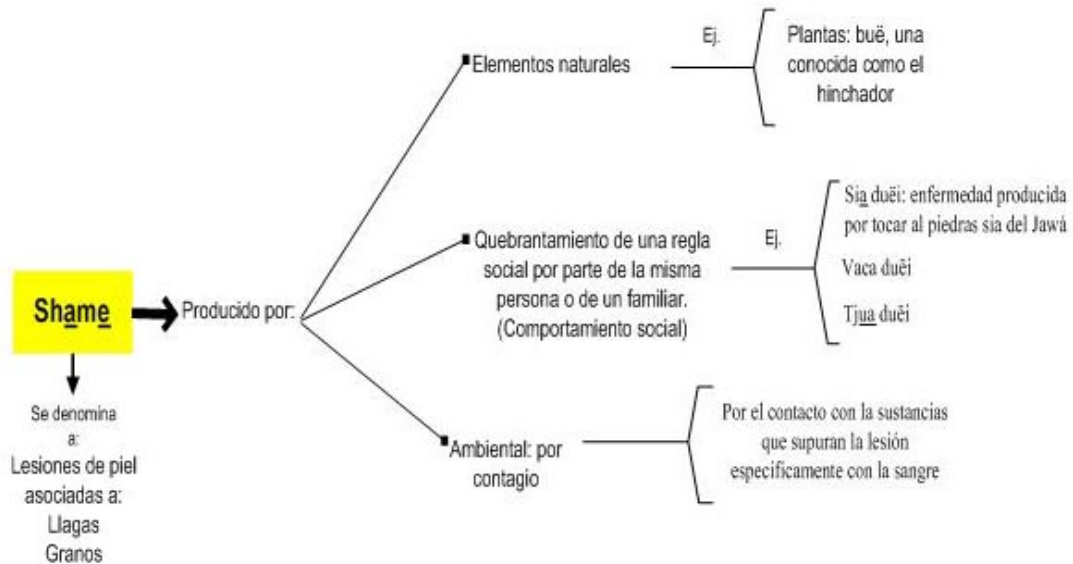
FIGURA 5
Modelo teórico indígena del proceso salud/enfermedad



Fuente: elaboración propia

La nosología indígena tiene una denominación específica asociada a esta enfermedad: *shame*, que incluye todas las enfermedades de la piel que produzcan llagas o granos con tendencias infecciosas. El *shame* al ser una categoría integradora de aquellas enfermedades que producen llagas presenta diversos agentes causales, entre los que se lograron identificar los siguientes:

FIGURA 6



Fuente: elaboración propia

La relación entre el *shame* y papalomoyo está dada por las personas, quienes en el proceso de re-categorización de datos sobre la enfermedad tienen dos polos de información: la visión biomédica y su propia visión en la cual han catalogado al papalomoyo dentro de la noción de *shame*.

Se realiza un proceso de diagnóstico para determinar si el *shame* es referido a papalomoyo. Dicho proceso inicia con un diagnóstico presuntivo que a lo largo del avance de la lesión va cambiando y se va reformulando. Por lo que es posible identificar varias etapas hasta concretarse en *shame* referido a *Leishmaniasis* cutánea, que se ha definido como *shame/papalomoyo*.

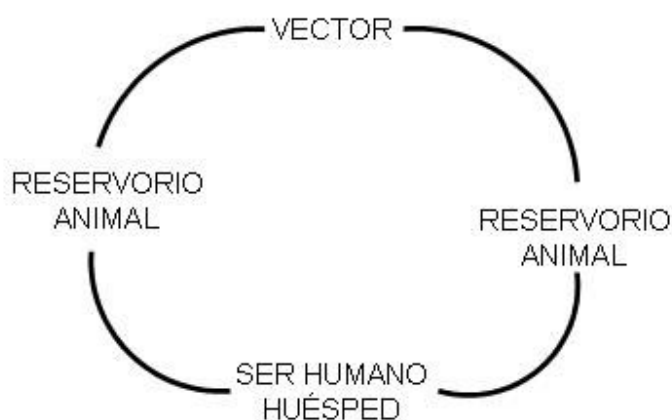
Se inicia con un piquete, el cual no llama la atención de la persona; cuando éste empieza a crecer y a hacerse grano es denominado como *wäli* luego este crece y pasa a ser una roncha o pelota que es llamada *Koñoskäli*. Ésta pasa a un período de espera, si “revienta” pasaría a formarse una llaga y, si no revienta, ciertamente sí era un *Koñoskäl* (nombre asignado en cabécar a lo que popularmente se conoce como “nacido”). Al formarse la llaga el diagnóstico cambia y pasa a ser un *shame*. Éste diagnóstico del *shame* es referido

a papalomoyo básicamente por dos situaciones: cuando por largo tiempo ha permanecido la llaga y no se cura en el proceso de autoatención. La lesión empeora, algunas veces se extiende como en ramificaciones. Aquí se produce una sospecha y se procede a buscar algún tipo de curador profesional. La otra situación es cuando un ATAPS o un biomédico ve la lesión y le asigna esta categoría, entonces las personas asignan este tipo de *shame*/papalomoyo.

3.1. Causalidad del *shame*/papalomoyo

El agente causal del *shame*/papalomoyo no está bien claro en la población de Alto Pacuare, pues existe un ir y venir en la identificación de éste. Algunas personas mencionan que podría ser un mosco porque inicia como un piquete y, a su vez señalan que también existen otras formas de producirse, por el contacto con plantas, lo cual está más asociado a la noción de *shame*. Cuando mencionan al mosquito como agente causal de la enfermedad, se agrega que el mosquito “transmisor o portador” antes debe de haber picado a un sapo, una culebra, que andaba en la montaña y luego éste viene y pica a una persona y le transmite la enfermedad. Tal noción puede relacionarse con la apropiación y resignificación que las personas indígenas realizan del discurso de los personeros de salud sobre el ciclo de la enfermedad, el cual puede apreciarse en la siguiente figura.

FIGURA 8
Ciclo de la enfermedad *shame*/papalomoyo



Fuente: elaboración propia con base en la información sobre el ciclo de la Leishmaniasis cutánea

La información dada por los ATAPS es re-interpretada por los indígenas y las indígenas, quienes configuran para sí y para su grupo un discurso coherente y entendible sobre el ciclo de la enfermedad.

3.2. Autocuidado y automedicación:

los ejes de la autoatención del shame/papalomoyo

La autoatención de la enfermedad inicia desde el momento de aparición del grano y, como ya se mencionó, no se cuenta aún con un diagnóstico, es más, en este momento es un simple piquete de algún insecto. En esta pre-etapa no se realiza ninguna acción para tratar el grano, ya que la morbilidad percibida es mínima, únicamente se utilizan cremas patentadas, algunas personas no recordaron cuál fue la que usaron y simplemente argumentaron que se la dieron en el Puesto de Salud o en la clínica; otras personas mencionaron la crema de rosas.

La sistematización de acciones curativas y preventivas para evitar el avance de la dolencia comienza cuando la lesión es llaga. Esta es un signo grave y por lo tanto debe tratarse, lo cual inicia en el ámbito doméstico. Aquí es donde se configuran los poderes dentro del proceso de autoatención y la legitimación de los saberes del sujeto y de su grupo. Estos poderes dentro del proceso de autoatención son principalmente por *saber* o por la *experiencia*. En cuanto al *saber* se refiere a conocimientos sobre remedios naturales: asignados a personas mayores como abuela, abuelo, o la madre, por su experiencia como cuidadores. En cuanto a la *experiencia*, se enfoca en la atención de enfermos, espacio liderado por la figura materna o femenina más cercana.

Las acciones de autocuidado del *shame/papalomoyo* se enfocan en dos dimensiones: las dirigidas a prevenir la enfermedad y su agravamiento (auto cuidados preventivos) y las de autocuidado de la llaga. Las restricciones alimentarias son las medidas más señaladas dentro de este rubro.

Las restricciones alimentarias para la mujer embarazada o para su familia se basan en: la prohibición de comer frutas y ciertas verduras muy maduras picadas por los insectos o dañadas por los animales. Tampoco se pueden comer aquellas cuyo proceso de

maduración sea muy acelerado o que se pudran rápidamente (tomate, papaya, plátano muy maduro, ñame, entre otras). Estas restricciones pueden asociarse con el efecto de maduración a nivel de pudrición, ya que existe una relación entre el efecto de descomposición de una fruta o verdura y la lesión en la piel provocada por el *shame/papalomoyo*.

Otra restricción alimentaria, pero dirigida a la población que padece el *shame/papalomoyo* es evitar el consumo de carnes como la res, ya que algunos animales pueden ser portadores de la enfermedad. El propósito de estas limitaciones es contribuir a la curación del *shame/papalomoyo* y no agravar la enfermedad con el consumo de esta carne.

La experiencia con la enfermedad ha permitido identificar diversos elementos que son empleados en el ámbito familiar para la autoatención del *shame/papalomoyo*. La utilización de conocimientos herbolarios heredados son quizá los elementos más usados, pues los remedios son tomados de experiencias anteriores ante una misma enfermedad o una similar. Generalmente es por la vía materna por la cual se transmite este tipo de saberes. También se incorporan remedios que anteriormente había recetado el *Jawá* a algún familiar o conocido. Se subraya que la automedicación no se da solamente con fármacos patentados, sino también con tratamientos dados por el médico tradicional indígena.

El proceso de autoatención del *shame/papalomoyo* es interrumpido, en ocasiones, por la visita del ATAPS, quien recomienda la atención de éste con los medicamentos de la biomedicina. No obstante las personas pueden recibir ese tratamiento, seguir con la autoatención, pues éste no es únicamente un proceso primario, sino que las actividades realizadas por el sujeto y su grupo luego de la consulta son parte de ese proceso.

3.3. Atención del *shame/papalomoyo*: un recorrido entre medicinas

La atención del *shame/papalomoyo* es divergente. Si bien se inicia con la biomedicina, posteriormente se puede pasar a la atención con medicina casera, volver a la atención biomédica, y finalizar con el *Jawá*. Es diferente según la gravedad y evolución de la

enfermedad e interviene un criterio de suma importancia: la naturaleza del *shame*, la cual se determina a lo largo del proceso de atención de la enfermedad.

Si se presenta una dificultad en la curación con los procesos de autoatención se cambia el diagnóstico y se da el siguiente paso: la búsqueda de otro tratamiento. Se identificaron dos momentos definitorios que indican la necesidad de buscar una atención de un curador profesional.

El primero contempla el avance de la lesión y el acompañamiento de sintomatología; el segundo momento cuando el ATAPS señala que se trata de un papalomoyo, su criterio tendrá una influencia en la categorización, por parte de las personas, de la enfermedad y al tratarse de un *shame*/papalomoyo, pues la elección de la biomedicina es la opción más acertada para tratar esta enfermedad.

Esta valoración de la biomedicina como la más efectiva en el tratamiento de esta enfermedad radica en la extrapolación de la eficacia de vacunas al tratamiento, por ejemplo inyecciones de glucantime, usado para tratar la *Leishmaniasis* cutánea. Esto lleva implícito una visión positiva del impacto que la biomedicina ha tenido en la población, en lo que respecta a la atención de enfermedades en las cuales la medicina indígena no ha sido tan eficaz.

La velocidad de curación con la biomedicina en comparación con la medicina indígena se asocia con el tamaño y profundidad de la cicatriz que queda. Es natural elegir un tratamiento que, según la experiencia del sujeto y su grupo, actuará con mayor eficacia en la curación y además provocará que la marca sea menor.

La población indígena está asegurada directamente por el Estado, por lo que las consultas médicas son totalmente gratuitas y obviamente es más económico acudir al Puesto de Salud o en algunos casos al hospital, que ir donde el *Jawá*, lo cual implicaría un gasto significativo para la familia del paciente.

Es importante indicar que este factor económico tiene peso asociado a las anteriores razones, y es totalmente comprensible preguntarse: ¿Por qué elegir una medicina que

implicará un costo económico, si se puede tratar con otra medicina gratuita, que además se le asigna una eficacia curativa ante esta enfermedad?

En caso de que la biomedicina no dé el resultado deseado, los sujetos revaloran el diagnóstico y buscan otra opción terapéutica: en este caso el *Jawá*. Pero esta decisión puede verse influida por diversos motivos, tales como la recomendación de otros que han pasado por la misma experiencia, la representación de cronicidad que remite a que ese denominado “*shame/papalomoyo*”, realmente no lo es y es otro *shame*, el asociado a otro tipo de enfermedad, por tanto su causalidad es distinta.

La forma en la cual el *Jawá* atenderá ese *shame* (que según el enfermo ya no se trataba del *shame* referido a papalomoyo, sino a la categoría de *shame*) será distinto, según el diagnóstico que éste efectúe.

4. Consideraciones finales

La utilización de ambas medicinas en el proceso de búsqueda de restablecimiento de la salud-equilibrio no implica ningún conflicto para las poblaciones indígenas. Aguirre Beltrán (1986) menciona que la estructura colonial dio origen a un sistema dual de medicinas y la utilización paralela de ambas se ha venido gestando desde tiempo de la colonia.

La visión del mundo tradicional del pueblo cabécar interacciona con lo que se podría denominar la “nueva cosmovisión cabécar”, que integra información dada por la cultura no indígena, como elemento definitorio de lo que es el proceso de salud/enfermedad, según el modelo biomédico. Esto se refleja claramente en la categorización del papalomoyo como *shame/papalomoyo* y en el proceso de su atención que no niega la eficacia de ninguna de las opciones terapéuticas que existen, sino más bien identifica cuál es más eficaz ante tal enfermedad.

Hablar de un esencialismo de la cultura cabécar es negar las interacciones interculturales que se establecen en el momento del contacto con otra cultura, como la

no indígena representada por las instituciones como las de salud⁶. Es por eso que la interacción entre medicinas es un proceso totalmente coherente y no representa ninguna contradicción para la población indígena. Ante este contexto, sobresale la necesidad de crear programas de información, atención, control y vigilancia sobre *Leishmaniasis cutánea*, enfermedad que afecta en mayor porcentaje a los sectores más excluidos.

En el diseño de estos programas se debe contemplar la dimensión social de la enfermedad, la cual es indispensable para la validación sociocultural de la información que se brinde y para la elaboración de propuestas contextualizadas que podrán incidir más adecuadamente en las poblaciones.

No cabe duda que en las enfermedades transmisibles el aspecto sociocultural es vertebral, para el conocimiento de las prácticas sociales y estilos de vida que pueden incidir positiva o negativamente en la evolución de la enfermedad. El acercamiento de la comunidad a los procesos de información, atención, control y vigilancia de las enfermedades que los aquejan es un paso para incidir, para que los sujetos se apropien de la información y se incentive la participación social en la educación sobre la enfermedad.

Agradecimientos

A la ATAP Sandra Obando por su invaluable ayuda y a todas las personas de Alto Pacuare que me permitieron conocer y comprender su cultura. Además a Adriana Sanabria por su ayuda en este artículo.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Caja Costarricense de Seguro Social.

Bibliografía

Abric, J. (1994). Prácticas sociales y representaciones. *Filosofía y cultura contemporánea*. France.

Acuña, A. (2001). "El cuerpo en la interpretación de las culturas." *Boletín Antropológico*. Vol.1 (51), 31-52.

Ampuero, J. U., M; De Oliveira, V (2005). "Factores de riesgo para la transmisión de leishmaniasis cutánea en niños de 0 a 5 años en un área endémica de Leishmania (Viannia) Brasiliensis." *Cad, Saude Pública. Rio de Janeiro, Brasil*, 21(1), 161-170.

Arana, B. (1992). Leishmaniasis en Guatemala: epidemiología, terapéutica y aspectos sociales. *Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica*. A. y. K. Cosenza, A (compiladores) Departamento de microbiología- Universidad Autónoma de Honduras y Centro Latinoamericano de Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Universidad de Heidelberg, Alemania.

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión, *Cuaderno de Ciencias Sociales FLACSO*. N° 127

Arredondo, A. (1992). "Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad." *Cad, Saude Pública. Río de Janeiro, Brasil*, 8(3), 254-261.

Bajoit, G. (2003). *Todo cambia. Análisis del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas*. Santiago de Chile. LOM.

Barrantes, R. (1993). *Evolución en el trópico: los amerindios de Costa Rica y Panamá*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Bartolomé, M. (2003). "En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural." *Revista de Antropología Social* (12), 199-222.

Belli, A. (1992). Las Leishmaniasis en Nicaragua. *Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica*. A. y. K. Cosenza, A (compiladores), Departamento de microbiología- Universidad Autónoma de Honduras y Centro Latinoamericano de Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Universidad de Heidelberg, Alemania.

- Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Argentina: Ediciones Periferia.
- Borges, C. (1997). Etnográfica de salud en el territorio indígena de Talamanca, Mimeografiado. San José, Costa Rica.
- Bozzoli, M. (1982). *Especialistas en la Medicina aborígen bribri*. San José: Departamento de Antropología. Universidad de Costa Rica.
- Bozzoli, M. (1979). *Nacimiento y muerte entre los bribris*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Bozzoli, M. (1982a). "Narraciones talamanqueñas." *Vínculos*, 8(1-2), 1 -12.
- Camacho, J. (1996). "El método etnográfico." *Repertorio Americano*.
- Camacho, J. (2002). "Perspectivas Etnográficas: la observación y la entrevista" *Cuadernos de Antropología*, (12), 51-73.
- Carrillo, N. (2002). "Mujeres indígenas y antropología médica. El caso del cáncer en Boruca (Costa Rica)." *Revista antropológica*, (20), 215-224.
- Castro, A., Hidalgo, H. y Viquez A. (1987). "El comportamiento de la Leishmaniasis en Costa Rica." *Revista médica de Costa Rica*, LIV (500), 93-100.
- Coco, M. (2003). "La construcción social del sentido: representaciones sociales en la identidad en tiempos de globalización." *Cuaderno de Ciencias Sociales. FLACSO* (29).
- Chang, A. (1963). *Formas clínicas de Leishmaniasis cutánea y muco cutánea en Costa Rica y su diagnóstico diferencial*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis para el Grado de médico cirujano y partero.
- De Carreira, P. (1992). Leishmaniasis en Panamá: aspectos inmunoparasitológico. *Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica*. A. y. K. Cosenza, A (compiladores), Departamento de microbiología-Universidad Autónoma de Honduras y Centro Latinoamericano de Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Universidad de Heidelberg, Alemania.

Di Silvestre, C. (1998) "Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad." *Cinta de Moebio*. En: <http://rehue.csociales.uchile.cl>.

Díaz, R. (1983). "Sobre el valor simbólico de la enfermedad en el Nordeste brasileño." *Revista española de Antropología Americana*, XIII, 197-206.

Dobles, A. y Perriard, C. (1994). "Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la Leishmaniasis Cutánea en la población del Cantón de Acosta, provincia de San José, Costa Rica: estudio antropológico exploratorio." *Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. Brasil*, 10(2), 181-189.

Duarte, M. (2003). "Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales." *Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. Brasil*, 19(2), 635-643.

Farr, R. (1984). Las representaciones sociales. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. S. Moscovici, Barcelona: Paidós.

García, A. y B., R. (2001). "Curanderismo y Trance. Curanderas de Kazajistán." *Gazeta de Antropología*, (17), 17-18.

García, A. y J., A. (1996). *Ies sa' yilite: historias Bribris*, Embajada de España, Cooperación Española.

García, B. (2007). "Aportes de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela." *Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. Brasil*, 23(1), 75-83.

Giraldo, A. (1989). "Sistemas mágico-religioso y popular en Colombia. Tratamiento de heridas." *América Indígena* XLIX(4), 727-743.

Greifeld, C. (2004). "Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema de equilibrio de elementos." *Boletín de Antropología*, 18(35), 361-375.

Grmek, M. (2002). "El concepto de enfermedad emergente". *Revista Sociología*, (25), 119-130.

- Grompone, R. (1998). "Exclusión y control social." *Revista Nueva Sociedad*, (156).
- Guevara, M. (1988). "Ética del cazador y tabúes alimenticios entre los Talamancaños." *Vínculos*, 14(1-2), 7-15.
- Hidalgo H., J. O. (1977). "Contribución a la epidemiología de la Leishmaniasis en Costa Rica." *Acta médica Costa Rica*, 20(2), 83-101.
- Ibáñez, T. (1994). *Psicología Constructivista*. México: Universidad de Guadalajara
- Jodelet, D. (1984). "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría." *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. S. Moscovici, Barcelona: Editorial Paidós.
- Ketelhohn, L. (1996). *Auto-atención de la leishmaniasis cutánea en Acosta, participación e influencia de las madres en el recorrido del enfermo*. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica. Licenciatura en Antropología Social.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de Análisis de contenido. Teoría y Práctica*, Editorial Paidós. Barcelona. España.
- Laplantine, F. (1989). "Medicinas tradicionales y medicina oficial en Brasil. Doble perspectiva: antropología médica y antropología religiosa." *América Indígena*, XLIX(4), 665-674.
- Lejarraga, A. (2004). "La construcción social de la enfermedad." *Revista Arch.argent.pediatr*, 102(4), 271-276
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?" *Revista Alteridades*, 4(7): 71-83.

- Menéndez, E. (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos." *Revista de Antropología Social*, (14), 33-69.
- Mercado, J. (2002). "Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud." *International Journal of Qualitative Methods*. 1(1).
- Moscovici, S. (1976). *Social Influence and Social Change*. London: Academic Press.
- Muñoz, A. y P., B. (2003). "Plantas medicinales empleadas en el tratamiento de la leishmaniasis." *Revista Folia Dermatol*, 14(3), 10-14.
- Nebreda, J. (1995). "Sobre hechiceros y curanderos o El antropólogo y su estrategia." *Gazeta de Antropología*, (4), 04-11.
- OMS. (1984). *La Leishmaniasis*. Informe del comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 701. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2002). "Introducción a la epidemiología social." *Boletín epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, 23(1), 7-11.
- OPS. (2003). *Hacia el abordaje integral de la Salud: Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2007). *Control de la leishmaniasis. Informe de la Secretaria*. 60° A. m. d. l. Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Pardo, E. (1987). "Estudio comparado de patrones de automedicación". *Proyecto no. 211-81-027*. San José: Escuela de Antropología y Sociología: Vicerrectoría de Investigación. Universidad de Costa Rica.
- Pardo, E. (1995). "Cultura y salud." *Revista Reflexiones*, (36), 25-38.
- Peña, A.; Paco, O. (2002 a). "El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte." *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(3), 223-232.
- Peña, A.; Paco, O. (2002b). "El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Segunda parte: Carencias y defectos en los intentos por lograr una definición general de enfermedad." *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(4), 313-321.

Peña, A.; Paco, O. (2003c). "El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad." *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(3), 55-62.

Rojas, D. (2002). "El Conflicto entre tradición y modernidad: construcción de la identidad cultural Bribri." *Cuadernos de Ciencias Sociales*, (126).

Rojas, J. (1992). "Epidemiología analítica aplicada al control de la Leishmaniasis". *Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica*. A. y K. Cosenza, A. San Jose, Costa Rica. Departamento de microbiología-Universidad Autónoma de Honduras y Centro Latinoamericano de Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Universidad de Heidelberg, Alemania.

Salazar, R. (1980). *Los cabécares. Crónica de Viaje*. Centro de Universitario del Atlántico. Universidad de Costa de Rica.

Thompson, J. (1998). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. Coyoacán, México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Touraine, A. (2005). *Un nuevo paradigma. Para comprender el mundo de hoy*. España: Ediciones Paidós.

Velimirovic, B. (1978). *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Oficina de publicaciones de Organización Panamericana de la Salud.

Vomero, F. (2004-2005). "Creencia y eficacia simbólica: Posibles respuestas." *Anuario de Antropología social y cultural de Uruguay*, 159-163.

Weigel, M. (2004). "La leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador: Percepciones, conocimientos y tratamientos populares." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 117(5), 400-13.

Willis, S. y B., Y. (1987). "Leishmaniasis cutánea en el Valle de la Estrella de Limón CR. (Análisis de algunos datos epidemiológicos)" *Revista médica de Costa Rica*, LIV (500), 119-121.

Yúdice, G. (2002). *El recurso de la cultura*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Zeledón, R. (1992). "Leishmaniasis en el istmo centroamericano e islas del Caribe". *Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica*. A. y K. Cosenza, A. Departamento de microbiología-Universidad Autónoma de Honduras y Centro Latinoamericano de Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Universidad de Heidelberg, Alemania.

Zimmermann, K. (1997). "Modos de interculturalidad en la educación bilingüe. Reflexiones acerca del caso de Guatemala " *Revista Iberoamericana de Educación*, (13), 113-127.

Recibido: 25.09.2012 / Aprobado: 23.10.2012