

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA
LEISHMANIOSIS EN POBLADORES DE LA LOCALIDAD
DE MAGDALENA, AMAZONAS - 2017**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en
Enfermería**

Autora : Bach. NOEMÍ RAMOS HUAMÁN

Asesor : Mg. CLYDE COWAN MUÑOZ VARGAS

Coasesor : Dr. CARLOS ALBERTO DÍAZ LEDESMA

CHACHAPOYAS – AMAZONAS - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A nuestro padre celestial por ser mi apoyo y fortaleza durante largas horas de estudio durante mi formación en la universidad

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional durante los años de estudio y su respaldo para culminar con mi formación.

A mi esposo y a mis hijos por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante, a luchar por lograr nuevos objetivos y ofrecerles cada día más lo mejor de mí, dedico a ellos este logro.

AGRADECIMIENTO

A todos los profesores y administrativos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, por darnos una formación de calidad de manera integral, por sus consejos y enseñanzas impartidas en las aulas universitarias, y por sus sugerencias para culminar este trabajo de investigación.

Al Mg. Clyde Cowan Muñoz Vargas, por sus valiosos aportes en la elaboración de esta tesis, en su condición de asesor.

Al Dr. Carlos Alberto Díaz Ledezma por su apoyo incondicional como coasesor de este trabajo de investigación.

A las autoridades y pobladores de la localidad de Magdalena por brindarme su valioso tiempo para realizar el proceso de recolección de datos, sin su apoyo no hubiera sido posible el desarrollo de la investigación.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón
Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán
Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR

(Resolución de Decanato N° 0214-2017-UNTRM-VRAC/F.C.S)

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
Presidente

M.C. Carlos Martín Torres Santillán
Secretario

Mg. Franz Tito Coronel Zubiarte

Vocal

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Clyde Cowan Muñoz Vargas, identificado con DNI: 42458902, con domicilio legal en el Jr. Amazonas N° 226, Maestro en Gestión Pública con CEP N° 56314, Docente contratado equivalente a Auxiliar a Tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Enfermería.

DOY VISTO BUENO, al informe de tesis titulado: TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA LEISHMANIASIS EN POBLADORES DE LA LOCALIDAD DE MAGDALENA, AMZONAS 2017, elaborado por la tesista de enfermería NOEMÍ RAMOS HUAMÁN para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

POR LO TANTO

Para mayor validez y constancia firmo el presente.

Chachapoyas, 14 de diciembre del 2017.

Mg. Clyde Cowan Muñoz Vargas

DNI: 42458902

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.....	iii
JURADO EVALUADOR.....	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRAC.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	6
III. MARCO TEÓRICO.....	7
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
4.1. Tipo de investigación.....	33
4.2. Población y muestra.....	33
4.3. Método. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
4.4. Análisis de datos.....	36
V. RESULTADOS.....	38
VI. DISCUSIÓN.....	50
VII. CONCLUSIONES.....	55
VIII. RECOMENDACIONES.....	56
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

INDICE DE CUADROS

Cuadro 01: Concepciones de la leishmaniasis	38
Cuadro 02: Formas de tratamiento tradicional de la leishmaniasis por parte de los pobladores.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia	62
Anexo 02: Guía de entrevista no estructurada.....	63
Anexo 03: Formato de hoja de cuaderno de campo	64
Anexo 04: Consentimiento informado	65
Anexo 05: Matriz de análisis de datos.....	66

RESUMEN

El presente estudio de enfoque cualitativo etnográfico, se realizó con el objetivo de describir el tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la localidad de la Magdalena, 2017. La muestra estuvo conformada por 14 pobladores seleccionados como informantes claves siguiendo la técnica de saturación de discursos. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista y la observación participante; y los instrumentos: la guía de entrevista no estructurada y el cuaderno de campo. Los resultados evidencian que los pobladores de la localidad de la Magdalena que: antes no se sabía la causa exacta porque se daba la leishmaniasis, se pensaba que esta se da por la mala sangre por que te agarra el purumacho o macho (un personaje símbolo de la cultura Chachapoyas), además que es un mal de tierra, por estar en el lugar donde estaban los antepasados. Respecto al tratamiento tradicional de la leishmaniasis se utiliza diversas formas como lavado con Llantén (*Plantago Major*) y Lancetilla (*altern anthera lanceolata schinz*), aplicación de emplasto de ajo molido y sal, aplicación de emplasto caliente de ajo, cebollon, misto y sal dorados al fuego, aplicación del Huinllo (Hollín del fogón), emplastos de trébol con sal, aplicación de Santa Lucía con sal, aplicación de Chamico calentado con ceniza caliente de fogón, aplicación directa de tierra virgen, remojado con limón y sal; y en menor medida el ácido de batería y polvo de la pila; así como la aplicación de creso previo lavado con llantén. Por otra parte hay pobladores que utilizan formas mixtas de tratamiento utilizando la terramicina y el llantén. Conclusión: existe una concepción propia de los pobladores de Magdalena respecto a la leishmaniasis, y consecuentemente sus propias prácticas tradicionales de tratamiento para la enfermedad; en las utilizan diversos recursos disponibles en la zona.

Palabras claves: *Leishmaniosis, tratamiento tradicional, uta.*

SUMMARY

The present study of qualitative ethnographic approach was carried with the objective of describe the traditional treatment of leishmaniasis in settlers of the town of Magdalena 2017, the sample was made up of 14 settlers selected as key informants following the technique of data collection used was the interview and the participant observation and the instruments the unstructured interview guide and the field notebook. The results show that the inhabitants of the town of the Magdalena, who previously did not know the exact cause of leishmaniasis, it was thought that this was given by bad blood because it grabs the purumachu or macho (a symbol character of the chachapoyas culture) also is an evil land, to be in the traditional treatment of leishmaniasis, various forms of used such as washed with llanten (*Plantago major*) and lancetilla (*altern anthera lanceolata schinz*), application of ground garlic and salt paste application of ot garlit paste onion misto and and salk gilded on the fire application of huenllol clover plasters with salt, application of santa lucia with salt; and the a lesser extent the acid of the battery, as well as the application of creso previous washed with llanten. On the other hand, there are settlers that use mixed forms of treatment using terramisin and llanten. Conclusion: there is a conception of the inhabitants of Magdalena regarding leishmaniasis and consequently their own traditional practices of treatment for the disease in which they use various resources available in the area.

Keywords: *Leishmaniosis, traditional treatment, uta.*

I. INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis es una enfermedad de transmisión vectorial, con ciclos zoonóticos en las Américas, sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos, también está vinculada a los cambios ambientales, como la deforestación, la construcción de presas, los sistemas de riego y la urbanización (Isla, Gómez y Abad, 2011, p. 3).

La OMS considera que esta enfermedad, bajo sus distintas formas, afecta alrededor de 12 millones de personas en el mundo, de América a Asia, pasando por Europa y África. Y a pesar de ello sigue siendo desatendida. Actualmente, los principales tratamientos disponibles presentan una determinada toxicidad e imponen un seguimiento en medio hospitalario. La leishmaniasis es una enfermedad descuidada dicha también resurgente. En efecto, los médicos la creían bajo control pero, realmente, se observan cada vez más casos, en particular, debido a la deforestación que lleva a las poblaciones a entrar en contacto con el vector. Afecta cada año 1,5 a 2 millones de personas en el mundo y constituye hoy un problema de salud pública principal en América Latina, en particular porque afecta personas que tienen muy pocos recursos económicos, como las poblaciones amerindias. (IRD, 2009, p. 2).

Solo una pequeña parte de las personas infectadas por *Leishmania* acaban padeciendo la enfermedad. Sin embargo, representa una elevada carga de enfermedad, debido a que produce formas clínicas graves que pueden causar deformidades, incapacidades y muertes. Se estima que cada año se producen entre 700 000 y un millón de nuevos casos y entre 20 000 y 30 000 defunciones (OMS, 2017). En este sentido, en el mundo se encuentra catalogada como una de las enfermedades transmisibles desatendidas y que requieren urgente atención (Isla, Gómez y Abad, 2011, p. 3).

El término leishmaniasis designa colectivamente a varios síndromes clínicos que son producidos por protozoos intracelulares estrictos del género *Leishmania* (orden

Kinetoplastida). La leishmaniasis es endémica en diversos escenarios ecológicos en zonas tropicales y subtropicales, y de la zona sur de Europa desde desiertos hasta selvas y desde zonas rurales hasta áreas periurbanas. Es una zoonosis transmitida por la picadura del flebótomo hembra, en el mundo se conocen más de 90 especies de flebotominos transmisores de *Leishmania*, el género *Phlebotomus* (Viejo Mundo) o *Lutzomyia* (Nuevo Mundo); los roedores y los caninos son los reservorios hospedadores más frecuentes, mientras que el ser humano es un hospedador incidental. En los seres humanos, la leishmaniasis se presenta en las formas visceral, cutánea y mucosa se deben a la infección de los macrófagos en todo el sistema mononuclear-fagocítico, en la piel y en las mucosas nasobucofaríngeas, respectivamente (Kasper et al., 2007, p.32).

La Leishmaniasis cutánea es la forma más frecuente y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave, un 95% de los casos de Leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Más de dos terceras partes de los casos nuevos aparecen en Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, República Islámica de Irán y República Árabe Siria. Se calcula que cada año se producen en el mundo entre 0,6 millones y 1 millón de casos nuevos. La Leishmaniasis mucocutánea: conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Más del 90% de los casos de Leishmaniasis mucocutánea se producen en el Brasil, Bolivia, Etiopía y el Perú (OMS, 2017, p.1).

En las Américas, entre los países con más altos años de vida ajustados por discapacidades debido a Leishmaniasis cutánea/mucosa, están Bolivia y Perú, y por Leishmaniasis visceral, junto con Brasil que tiene una de las mayores tasas de letalidad por esta forma clínica. En los últimos cinco años, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud han promovido esfuerzos en los países endémicos para garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad de las personas afectadas por esta enfermedad. Las acciones de vigilancia han sido mejoradas y fortalecidas en la Región, lo cual permite a los países orientar y priorizar las actividades (OPS/OMS, 2016, p.1).

En la actualidad la Leishmaniasis se trata con sales antimoniales pentavalentes, administrados vía intramuscular por 20 días, un tratamiento muy doloroso con severos efectos secundarios que generan rechazo en la población y limitada adherencia al tratamiento, existiendo reportes de muertes asociadas a una hepatotoxicidad fulminante. A pesar de que los fármacos son efectivos, se ha demostrado que existe resistencia por algunas cepas parasitarias. Esta enfermedad, como muchas otras, no solo depende del microorganismo que ataca, sino también de la resistencia del sistema inmune de la persona afectada (UN, 2009, p. 1).

La distribución geográfica de la Leishmaniasis en el territorio peruano está limitada por la distribución del vector. El número de casos de la enfermedad ha ido en aumento, debido a los cambios del medio ambiente producidos por el hombre, lo que aumenta la exposición humana al vector (Isla, Gómez y Abad, 2011, p. 4).

Hasta el año 2015 en el Perú, 18 departamentos tenían transmisión activa de Leishmania, de ellos, 12 departamentos concentraban el 88 % (1374) casos a nivel de país: Áncash, Cajamarca, Piura, Lambayeque, San Martín, Cusco, Junín, Madre de Dios, Amazonas, Ucayali, Loreto y La Libertad. En ese año el distrito con mayor riesgo fue el distrito de Churuja (Amazonas) con una TIA de 183,2 x 10 000 Hab., seguido del distrito de Salas (Lambayeque) con una TIA de 125,1 x 10 000 Hab. (MINSA/DGE, 2016, p. 5).

En la Región Amazonas se reportaron un total de casos confirmados en 2015 (321), 2016 (291), en 2017 para la semana epidemiológica 19, las unidades notificantes han reportado 04 casos de Leishmaniasis, haciendo un acumulado de 78 casos, de los cuales 76 son casos autóctonos, con una IA de 17,88 X 100 000 habitantes, procedentes de las Provincias: Condorcanqui (22), Luya (18), Chachapoyas (17), Bongara (8), Rodríguez de Mendoza (7), Utcubamba (2), Bagua (2); 02 casos importados, procedentes de los Departamentos de San Martín y Madre de Dios (DIRESA - DGE, 2017).

El distrito de Magdalena se ubica en la cuenca del Alto Utcubamba, en esta comunidad la enfermedad es endémica debida a las condiciones climatológicas y del

entorno que favorecen la presencia del vector y la infección de los pobladores, quienes además tienen limitaciones en el acceso y calidad de atención de los servicios de salud públicos.

La manipulación de las lesiones usando tratamientos tradicionales antes de la evaluación por el personal de salud, constituye un problema de salud pública importante, debido a que existe aumento de inflamación en la zona de la herida, se produce necrosis y las características típicas de las lesiones se alteran, pudiendo incluso disminuir la sensibilidad del diagnóstico parasitológico. Estos factores afectan la efectividad de los programas de diagnóstico y control. (Pineda, Llanos y Dancuart, 2015, p. 4)

Es común ver en la gente de la zona las marcas clásicas de la enfermedad en diversas partes del cuerpo, predominantemente en la cara, antebrazo y pies, también se ha observado que las personas afectadas rechazan el tratamiento alopático, así mismo, existen las tradicionales curanderas, quienes gozan de la confianza de la población que acude a recibir sus servicios cuando presentan las lesiones típicas de la enfermedad, observaciones que generan interrogantes, por tanto considerando la problemática descrita se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la localidad de la Magdalena, 2017?, a fin de conocerlos, estudiarlos y caracterizar los medios que emplea la población para atender esta afección teniendo en cuenta que la Leishmaniasis es un problema de salud pública de escala mundial y más aún los determinantes sociales que influyen en esta enfermedad enfatizando los aspectos culturales manifestados por las propias prácticas que tienen los pobladores para afrontar esta enfermedad, lo que puede favorecer o complicar la curación del paciente.

El abordaje de las intervenciones que se realizan para la prevención y control de la leishmania que muchas veces desconoce las prácticas tradicionales que tienen los pobladores en zonas andinas y selváticas. Por ello es importante conocer las prácticas tradicionales para el tratamiento de la Leishmaniasis que tienen los habitantes de la localidad de Magdalena puesto que ello permitirá aprovechar algunos recursos útiles

para coadyuvar el tratamiento o en su defecto promover que se vayan dejando de lado algunas prácticas que pudiesen complicar el tratamiento.

Por tanto el presente estudio permitió obtener información importante y válida sobre las prácticas tradicionales de tratamiento de la Leishmaniasis en los pobladores de la localidad de Magdalena, la cual será relevante para que a partir de esta información se puedan proponer alternativas de tratamientos complementarios y proponer mejoras en el tratamiento la enfermedad en estudio. Por otra parte considerando que no existen estudios sobre el tema a nivel local los resultados tienen un valor teórico considerable puesto que serán referentes para otros estudios sobre el tema.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan, los objetivos, el marco teórico utilizado para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Describir el tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la localidad de la Magdalena, 2017

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la concepción sobre la enfermedad de la Leishmaniasis que tienen los pobladores de la localidad de la Magdalena, 2017.
- Identificar las prácticas de tratamiento tradicional para la Leishmaniasis que tienen los pobladores de la localidad de la Magdalena, 2017.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del problema

A nivel internacional:

Patiño, S., Salazar, L., Tovar, C. y Vélez, I. 2016. Colombia. Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la Leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia). Este artículo se centra en las concepciones, actitudes y prácticas de los pobladores en estudio, que han padecido o conocen la leishmaniasis cutánea. Se implementó una metodología mixta que combinó un diseño cualitativo con entrevistas y grupos focales (n=45), y un diseño epidemiológico en el que se aplicó la prueba de Montenegro (n=251), se relevaron casos sospechosos de leishmaniasis cutánea en humanos (n=5) y se realizaron encuestas epidemiológicas (n=409). Entre los resultados se encontró que hay un desconocimiento del vector y, aunque identificaron la *Lutzomyia* (Alú), no la correlacionaron con la leishmaniasis cutánea. Por otra parte los tratamientos tradicionales caseros son los más usados, lo que provoca el aumento del subregistro de casos. Respecto al personal de salud, se encontraron fallas en el diagnóstico y el tratamiento, lo que refuerza la adherencia a tratamientos caseros. Este escenario nos insta a reflexionar acerca de los retos del sistema de salud respecto a las intervenciones del personal de salud en las comunidades asentadas en zonas endémicas.

Vera, E. 2009. Colombia. En el estudio “Alternativa botánica contra Leishmaniasis”. En la investigación el objetivo es determinar qué sustancias pueden destruir al parásito sin comprometer la vida de la célula infectada y, al mismo tiempo, potenciarla para que depure parásitos remanentes. Ya se vislumbran resultados promisorios en la preparación de un antibiótico o antiparasitario con propiedades inmunomoduladoras adicionales. El trabajo consiste en exponer las células infectadas –provenientes de animales o de voluntarios humanos– a los compuestos extraídos de algunas plantas. Estas son caracterizadas y clasificadas por el Grupo de Química Orgánica, del

Departamento de Química. Los científicos buscan en campo las plantas, extraen el material necesario para llevarlo a laboratorio, allí lo fraccionan, clasifican sus compuestos, los sintetizan y, aquellos que resulten promisorios, los semisintetizan (análisis minucioso) para atacar la leishmaniasis. Las plantas nativas caracterizadas molecularmente y que resultan promisorias para el trabajo de la profesora Delgado son la *Esenbeckia alata*, la *Raputia heptaphylla* y la *Zanthoxylum quinduense*, pertenecientes a la familia Rutaceae, consideradas endémicas de Colombia y aún sin nombre vulgar formal.

Bastidas, G. y Díaz, B. 2008. Venezuela. Prácticas y conocimientos populares sobre Leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en un área endémica de Cojedes, Venezuela. La Leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, situación a la que no escapa Venezuela y en particular el estado Cojedes. En esta región el foco más importante es el barrio Rincón Solo. En nuestro país se han implementado programas de control, pero se ignoran las características sociales, económicas y demográficas de las regiones endémicas. Además, las investigaciones en Leishmaniasis se enfocan en aspectos biológicos; se obvian los métodos de operación social en salud, las diferencias individuales y colectivas y lo cambiante de las identidades culturales. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue diagnosticar los conocimientos y prácticas sobre leishmaniasis e identificar las consecuencias psicosociales y económicas que genera esta patología, como lineamientos para el diseño de estrategias educativas de control. Se hizo un estudio descriptivo. La mayoría de los habitantes estaban familiarizados con la LTA, el vector y el tratamiento. A pesar de esto, ciertos aspectos son poco conocidos y hay conceptos erróneos sobre la transmisión y la prevención, y no existe cultura de prevención en la población.

García, D. 2004. España. Leishmaniasis cutánea. Las leishmaniasis son enfermedades debidas a la infección por protozoos del género *Leishmania*. La leishmaniasis cutánea por *Leishmania infantum* es frecuente en España, especialmente en determinadas áreas geográficas. El diagnóstico de la

leishmaniasis cutánea es difícil por la variada sintomatología y por la complicación de realizar cultivos del parásito. También existen diversas opciones terapéuticas, médicas y quirúrgicas, ninguna de ellas plenamente satisfactorias. Se revisaron los aspectos más relevantes de la leishmania cutánea en España.

Díaz, M. 2002. Guatemala. “Descripción de los patrones de búsqueda y continuidad de tratamientos médicos tradicional y convencional para leishmaniasis cutánea a través de estudios de caso en el área de Poptun, Peten: papel de los curanderos e interpretación de los pacientes”. La medicina popular se ha generalizado desde hace varias décadas, ya sea por movimientos que reivindican tradiciones populares o bien por el hecho de asistir al fenómeno de la falta de servicios. El crecimiento poblacional acelerado, la falta de recursos y bienes materiales y el medio circundante limitan o posibilita el acceso a dichos servicios públicos y privados. La centralización de estos en el medio urbano hace que el número y calidad de los servicios del área rural sean menores. La presencia de curanderos y brujos chamanes son más comunes o frecuentes en dichas zonas; pero no significa que sea la presencia/ ausencia de estos servicios la razón única por la cual estos existan o no. La figura del curandero-chamán es tan antigua como el hombre, y su presencia está figurada tanto en crónicas antiguas como en relatos presentes.

Isaza, D., Restrepo, B., Arboleda, M., Casas, E., Hinestroza, H. y Yurgaqui, T. 1999. Colombia. Se realizó un estudio descriptivo con énfasis cualitativo con objeto de documentar los conocimientos y las prácticas relacionados con la leishmaniasis cutánea, según el sexo, en los habitantes de 14 años en adelante de siete comunidades del departamento del Chocó, Colombia. Los residentes de esa zona de la costa del Pacífico estaban en alto riesgo de contraer leishmaniasis, que se conoce localmente con los nombres de bejuco y yateví. Los resultados indican que 94% de la población estudiada conocía la leishmaniasis como una enfermedad de la piel y este concepto era más común entre los hombres que entre las mujeres. En la forma de

transmisión, 35% relacionaron la enfermedad con la picadura de un insecto, pero ignoraban el agente etiológico y consideraban que la producía un gusano que vive en el monte. En las comunidades estudiadas se empleaba una gran variedad de tratamientos para curar la enfermedad. Estos se basaban en el uso de plantas, sustancias químicas, quemadura de las lesiones con metales calientes y, en menor proporción, medicamentos. A pesar de que las mujeres tenían la responsabilidad de cuidar a los enfermos en el hogar, su falta de conocimientos sobre el tratamiento fue una variable de análisis estadísticamente significativa, pues no estaban familiarizadas con los tratamientos tradicionales de su comunidad. De las personas encuestadas, 45% no sabían cómo prevenir la enfermedad, especialmente las mujeres, según pudo observarse en 102 de 155 respuestas.

Vélez, I. 1998. Colombia. Leishmaniasis en Colombia: Concepciones, Actitudes y Prácticas en Comunidades Indígenas y Campesinas. En Colombia la Leishmaniasis se presenta en forma endémica en focos naturales de infección localizados en zonas rurales, produciendo las tres formas clínicas principales de la enfermedad: leishmaniasis 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 leishmaniasis tanto cutánea como visceral. Actualmente podemos identificar tres ciclos principales de transmisión a saber: selvático, doméstico rural y urbano.

Dobles, A. y Perriard, C. 1994. Costa Rica. 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. La intención práctica del estudio fue la de obtener información

cualitativa que permitiera estimar la viabilidad de aplicación (eventual recepción, aplicabilidad e impacto) de algunas medidas de control, propuestas basándose en el estudio epidemiológico cuantitativo de factores de riesgo. Los resultados son que la gente de Acosta considera la LC como una entidad nosológica diferenciada, pero se interesan sobre todo en sus manifestaciones clínicas en los niños (que son los más afectados), así como en su propia capacidad de acción mediante remedios populares. La idea de medidas de control sobre los reservorios, los vectores o el contexto espaciotemporal del contacto no asoma espontáneamente en el pensamiento de la gente. Sin embargo, la LC se percibe como una disrupción en el espacio doméstico y peridoméstico, considerado seguro; medidas de control que intervengan en ese ámbito podrían pues tener buenas posibilidades de éxito.

Vázquez, M., Kroeger, A., Lipowsky, R., y Alzate, A. 1991. Colombia. Conceptos populares sobre la leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicabilidad en programas de control. Se realizó un estudio con objeto de obtener información sobre los conceptos, actitudes y tratamientos populares de la leishmaniasis cutánea utilizados en una región endémica aislada de la costa del pacífico colombiano. Para ello se entrevistó a una muestra representativa de personas de la comunidad y agentes de salud. La encuesta formal se realizó en 736 hogares de dos zonas, 332 de la rural (donde la leishmaniasis es endémica) y 404 de la ciudad de Buenaventura (donde no se transmite la enfermedad). Los resultados indican que, en la zona rural, la leishmaniasis cutánea es bien conocida, tiene nombre propio (“yatevi” o “bejuco”), una etiología conocida, aunque difiere de la aceptada por la comunidad científica, y métodos curativos profilácticos. Esta teoría popular de la enfermedad condiciona una conducta frente a la misma (tanto en relación con su profilaxis como con su tratamiento) que comparte muchas de sus características con las de la medicina occidental. Los tratamientos tradicionales deberían tenerse en cuenta al aplicar medidas de control de enfermedad en la zona.

A nivel nacional:

Casusol, Y. 2015. Lambayeque. En su investigación: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Leishmaniasis en la población de Salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014”. El estudio se realizó con el objetivo de medir el nivel de conocimientos y prácticas sobre Leishmaniasis, y definir el tipo de actitudes respecto a Leishmaniasis que tiene la población de Salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014. Como resultados se tiene un 74.3% (277 hab.) tiene regular conocimiento y el 14.5% (54 hab.) tiene un malo conocimiento de la leishmaniosis; un 94.4% (352 hab.) de prácticas son inadecuadas y solo el 5.6% (21 hab.) tiene adecuadas prácticas; el 98.4% (367 hab.) tiene una actitud adecuada sobre esta enfermedad. Las conclusiones fueron que la población tiene un regular conocimiento de la Leishmaniasis, mientras que sus prácticas que realizan son inadecuadas para la prevención de esta enfermedad, en cambio tienen buena actitud frente a esta enfermedad.

Pineda, R., Llanos, A. y Dancuart, M. 2015. Lima. En el estudio: “Tratamientos tradicionales utilizados en un área endémica de Leishmaniasis cutánea en Lima”. El estudio se realizó con el objetivo de conocer el tratamiento utilizado por pobladores de un área endémica de Leishmaniasis cutánea (LC) previo a su atención en un servicio de salud, se realizó un estudio de corte transversal en un poblado de Lima, Perú. Se censó a toda la población y se recolectaron datos demográficos y antecedentes de LC. De los 254 habitantes censados, 41,7% (106/254) refirieron haber tenido LC y de ellos solo la mitad acudieron a un centro de salud. 76/106 (71,7%) usaron algún tratamiento tradicional como primera medida y solo 23,6% (25/106) acudieron a un centro de salud sin manipular sus lesiones. Un alto porcentaje de personas potencialmente infectadas por LC manipulan y tratan sus lesiones con métodos tradicionales antes de acudir a un centro de salud, lo que podría interferir con el diagnóstico y efectividad del programa de tratamiento implementado por el Ministerio de Salud.

Isla, C., Gómez, J. y Abad, C. 2011. Trujillo. “La Uta: aspectos relevantes de la Leishmaniasis tegumentaria americana en el Perú”. La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria que afecta a 88 países del área tropical de todo el mundo; es actualmente una enfermedad trasmisible desatendida por la Organización Mundial de la Salud. En Perú se encuentran indicios prehispanicos de la afectación reflejados en artesanías de la época. En el 2003 se reportaron 6 318 casos de Leishmaniasis cutánea en Perú y sólo en la región La Libertad 408 casos. Se realizó una revisión atendiendo a 67 fuentes, con el objetivo de describir el cuadro clínico y las características macroscópicas de las formas de expresión de la Leishmaniasis Cutánea en la región La Libertad, Perú. El propósito es aproximar a la situación actual, que contribuya a la capacitación y ejecución de posteriores labores de prevención y promoción de salud de las Brigadas Estudiantiles de la Salud-Trujillo. Finalmente, la Leishmaniasis es una enfermedad endémica en la región La Libertad y es conocida como La Uta.

Genevieve, B. 2009. Loreto. En su estudio: “La leishmaniasis: Plantas medicamentosa para una enfermedad descuidada”; en el estudio se considera que actualmente, los principales tratamientos disponibles presentan una determinada toxicidad e imponen un seguimiento en medio hospitalario. Existen condiciones raramente reunidas en las zonas de endemia donde viven los pueblos indígenas como los Chayahuitas. Para curarse, estos últimos utilizan con éxito plantas medicinales locales. Con el fin de detectar los tratamientos más efectivos y explorar nuevas pistas para luchar contra la leishmaniasis, los investigadores del IRD y sus contrapartes estudiaron la percepción de esta enfermedad por los Chayahuitas, además repertoriaron y analizaron sus prácticas terapéuticas. Es así como comprobaron la existencia de plantas activas que podrían, a largo plazo, integrarse en los programas de tratamiento.

Muñoz, A., y Pareja, B. 2003. Ancash. En el estudio denominado “Plantas medicinales empleadas en el tratamiento de la leishmaniasis”. En la investigación se considera que la leishmaniasis es una enfermedad infecciosa

provocada por un parásito denominado leishmania. La fuente de infección de la enfermedad son los animales afectados, como por ejemplo, roedores, perros y diversos mamíferos salvajes. Existen distintas formas de la enfermedad, siendo la leishmaniasis cutánea la variante más frecuente. Con ella aparecen varias úlceras en la piel de la cara, los brazos y las piernas, que pueden dejar cicatrices permanentes. La leishmaniasis visceral es la forma más grave de la enfermedad, siendo mortal en casi la totalidad de los casos cuando el enfermo no recibe el tratamiento adecuado. Los síntomas de esta variante incluyen accesos de fiebre, pigmentación de la piel, pérdida de peso y alteración de los componentes sanguíneos. Actualmente, los pobladores de la sierra y tribus selváticas, como los ashaninkas, utilizan plantas con propiedades curativas contra la leishmaniasis, siendo de gran interés su estudio, ya que el reino vegetal es considerado como fuente de productos naturales con valor medicinal o de precursores útiles para el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos.

A nivel local:

Cabrejos, J., Lisigurski, M., Briones, J., Castañeda, W., Paima, K., y Quezada, E. 2002. Amazonas. Tratamiento de leishmaniasis cutánea andina con ketoconazol en dos zonas de alta incidencia del Departamento de Amazonas: Reporte de Casos. Los pacientes mayores de 12 años de edad recibieron ketoconazol 600 mg. al día durante 28 días; pacientes menores 12 años de edad recibieron 200 mg. Durante el tratamiento se hizo el seguimiento clínico semanal. El tratamiento fue exitoso en los 4 casos. Se hizo el seguimiento clínico durante 3 meses a los pacientes más jóvenes y se observó curación completa y la ausencia de nuevas lesiones.

3.2.Base teórica:

3.2.1.Leishmaniasis

a. Historia

La Leishmaniosis en el Perú afecta ancestralmente a las poblaciones andina y selvática, desde antes de la llegada de los españoles. Un testimonio son los huacos antropomorfos encontrados en las zonas donde se desarrollaron las culturas Mochica (330 a.C.-500 d.C.) y Chimú (1000-1400 d.C.), que representan secuelas destructivas y deformantes de la leishmaniasis, como mutilaciones de los labios y de la nariz. En el Perú, Escomel, en 1911, fue el primero que halló leishmanias en un caso de espundia y, en 1913, la Comisión de la Universidad de Harvard concluye que la uta es una leishmaniasis de variedad cutánea y la espundia, una de tipo mucocutáneo. Herrer y Battistine producen la primera infección experimental en perros. En 1940, Geiman publica los hallazgos de *Leishmania brasiliensis* en pacientes peruanos que presentaban uta y la inoculación en un perro reproduce la típica lesión. Walton y col., en 1977, caracterizan como *Leishmania brasiliensis* spp. a una cepa aislada de un paciente procedente de la región este del Perú que presentaba espundia. Lumbreras y Guerra (1985) escriben que la *L. brasiliensis* y la *L. brasiliensis guyanensis* son los agentes que causan la espundia. Llanos Cuentas y col. (1986) reportan la identificación de *Leishmania brasiliensis* en pacientes con espundia. Lucas y col., en 1994, aíslan en el Perú la *Leishmania (viannia) lainsoni*. Otros investigadores peruanos que han contribuido en el estudio de la leishmaniasis han sido Palma, Monge, Arce, Rebagliati, Escomel, Almenara, Pesce y Weiss. En la actualidad, diversos investigadores peruanos están caracterizando las áreas endémicas de leishmaniasis (Sánchez, Sáenz, Pancorbo, Zegarra, Garcés y Regis, 2004, p. 1).

b. Generalidades sobre la leishmaniasis

En el Perú, la Leishmaniasis es endémica y constituye un problema de salud pública aún irresuelto. La incidencia anual durante el último quinquenio en promedio se encuentra en 30 por 100,000. Existen las

formas cutánea (cutáneo andina o Uta) y la mucocutánea (cutáneo selvática o espúndia). Las regiones de salud que reportan el mayor número de casos son Ancash, Ucayali, Junín, Loreto, San Martín, Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Cerro de Pasco, Madre de Dios, Lima. La mayoría de los casos en el Perú es causada por *L. brasiliensis* y ocasionalmente por *L. peruviana*. No se ha registrado casos de leishmaniosis visceral. (MINSA, 2005, p. 12)

c. La leishmaniasis, según la Norma Técnica de Diagnóstico y Tratamiento de la Leishmaniasis en el Perú (MINSA, 2005)

Definición

La Leishmaniasis es una enfermedad polimorfa causada por protozoarios pertenecientes a la especie del género *Leishmania*, y transmitida por una lutzomía infectada.

La *Leishmania* es dimórfico, pertenece al reino Protista, subreino Protozoa, orden Kinetoplastida y a la familia Trypanosomatidae. Se presentan bajo dos formas: como promastigota, que es móvil, larga y flagelada, comúnmente encontrada en el vector invertebrado; y como amastigota, la cual es inmóvil, redondeada u ovoide, intracelular, dentro de los macrófagos y otras células del sistema reticuloendotelial del huésped vertebrado.

En el Perú se han identificado cinco especies de leishmania: *L. peruviana*, *L. lainsoni*, *L. amazonensis*, *L. guyanensis* y *L. brasiliensis*, identificándose a los tres últimos como causantes de la forma mucocutánea de la enfermedad.

La Leishmaniasis es transmitida por la picadura de lutzomias, pequeñas moscas antropofílicas, llamadas en algunas regiones “titira” o “manta blanca”. Abundan todo el año en las zonas tropicales y en el verano en las zonas templadas. En el Perú se han atribuido como vectores de la leishmania a la *Lutzomyia peruensis*, *L. ayacuchensis*, *L. verrucarum*, *L.*

noguchii y *L. Cayennensis*, *L. Tejadai*. de los cuales se ha logrado aislar *Leishmania peruviana*. La *L. pescei* se correlaciona geográficamente con algunas áreas de leishmaniosis. Existe una gran variedad de animales silvestres y domésticos que han sido implicados como reservorios de las especies de *Leishmania*, sin que hasta el presente se haya demostrado consistentemente cual o cuales son los reservorios.

Características clínicas de la Leishmaniasis

Presenta tres formas clínicas diferenciadas, denominándoseles Leishmaniasis Cutánea (LC), Leishmaniasis Mucocutánea (LCM) y Leishmaniasis Visceral (LV).

La inmunidad en la Leishmaniasis depende de la forma clínica y la respuesta del huésped. Se ha descrito un espectro de fenotipos que se correlacionan con la intensidad de la respuesta inmune. La inmunidad mediada por células tiene una influencia dominante en la determinación de la enfermedad. La coinfección con el VIH/SIDA produce una alteración mutua de la historia natural de estas infecciones, pudiendo incrementar la morbilidad y mortalidad.

El tipo de manifestación clínica y la severidad de la enfermedad son variables y están relacionadas a la especie, cepa de *Leishmania* Infectante y a la respuesta inmune del hospedero, afectando la piel, membranas mucosas y órganos internos. Se describen tres formas clínicas: 1) Leishmaniasis Cutánea, llamada también cutánea andina o “Uta”, 2) Leishmaniasis Mucocutánea, llamada también selvática o “espundia” y 3) Leishmaniasis Visceral.

- **Leishmaniasis cutánea (LC)**

El período de incubación de la *Leishmania* Cutánea varía de dos semanas a varios meses y en algunos casos hasta años. Se inicia con una mácula eritematosa, poco pruriginoso, y luego de algunos días se produce una infiltración subcutánea local ocasionando una

lesión papulosa de menos de 5 mm de diámetro. Suele observarse linfadenitis leve a moderada en la zona afectada.

Aproximadamente luego de una semana, la lesión inicial se ulcera espontáneamente y produce un exudado seroso que al secarse en algunos días formará una costra cubriendo toda la lesión. Sin embargo por debajo de la costra la lesión se extiende en tamaño y profundidad, y cuando se retira dicha costra se observa una lesión redondeada, con fondo granulomatoso, eritematoso y con exudado seroso no purulento, no sangrante; sus bordes son bien definidos levantados y cortados en forma de sacabocado levemente indurada que recuerda la imagen de un cráter; la zona perilesional no presenta signos inflamatorios salvo que se complique con una infección bacteriana sobre agregada, lo cual es frecuente. Pueden aparecer lesiones satélites que al unirse a la inicial, originan una úlcera grande.

La localización de la úlcera es más frecuente en las partes expuestas del cuerpo, especialmente las extremidades y cara, lugares a donde tienen mejor acceso las lutzomias. No obstante, existen casos en que se afectan áreas corporales inusuales como el tórax, pelvis, genitales. Pueden afectarse las mucosas pero únicamente los bordes y por continuidad, como es el caso de la boca.

A los pocos meses las lesiones empiezan autolimitarse a medida que empieza a prevalecer la respuesta inmune del huésped, tienden a evolucionar y a la curación espontánea, en un periodo de seis meses a tres años. Una pequeña proporción de casos presentan residivas en la misma lesión después de algunos años de silencio asintomático. Un trauma local en la cicatriz puede reactivar la lesión.

Se ha descrito diversas características de las lesiones no ulceradas de leishmaniasis, como la papulosa, impetiginosa, verrucosa, nodular, vegetante, mixtas y cutánea difusa. Esta última, la difusa, se asocia a trastornos de la inmunidad produciendo lesiones nodulares infiltrativas en todo el cuerpo.

- **Leishmaniasis mucocutánea (LMC)**

Las manifestaciones clínicas de la forma mucocutánea se presentan muchos meses o años después haber cursado con la forma cutánea, sin embargo en algunos pacientes aparecen cuando todavía existen las manifestaciones en la piel.

En más de un tercio de los casos, las lesiones mucosas se manifiestan sin antecedente de lesión cutánea. Posiblemente la infección primaria ha sido inaparente o se ha manifestado como una lesión mínima que pasó desapercibida para el paciente. Sin embargo, un alto riesgo de desarrollo de la LMC está asociado a la falta, incompleta o inadecuado tratamiento.

Las lesiones mucosas se inician en las vías aéreas superiores, principalmente a nivel del cartílago del tabique nasal y progresa hacia el piso de la nariz. Inicialmente los pacientes con compromiso nasal presentan secreción nasal mucoserosa, leve ardor y dolor, prurito y respiración forzada y sonora. La mucosa nasal suele encontrarse eritematosa con ligero edema y luego de algunas semanas se ulcera la mucosa, compromete el cartílago y finalmente lo perfora. Si hay infección sobreagregada, la secreción es muco purulenta. La superficie de la piel se torna eritematosa con edema e infiltración produciendo aumento del volumen de la punta de la nariz y el ala, que puede sobrepasar el surco nasogeniano. A esta nariz grande junto a la caída del extremo distal de la nariz por lesión del cartílago subyacente se la conoce con el nombre de 'nariz de tapir'.

Luego de meses o años las lesiones ulcerativas y destructivas progresan de la nariz hacia el labio superior, paladar y úvula. En estas partes también se pueden observar formaciones proliferativas. Cuando empieza afectar la faringe, epiglotis y laringe se producen trastornos de la voz. El compromiso gingival e interdentario es leve, raramente produce la caída dentaria. Las lesiones de la hipofaringe, laringe y tráquea se caracterizan por un compromiso de los repliegues aritepigloticos y aritenoides, que dan lesiones hipertrofiadas que producen disfonía, afonía y asfixia. La epiglotis también puede estar comprometida y las cuerdas vocales infiltradas. Si no hay tratamiento, la enfermedad puede llevar a la muerte.

La Leishmaniasis Mucocutánea, en los primeros años de su evolución, no afecta el estado general del paciente, el que puede realizar su labor normalmente. Sin embargo, cuando las lesiones mucosas están muy avanzadas y comprometen la mucosa de la boca y la laringe, la respiración, la alimentación y el estado general del enfermo se altera, encontrando al paciente afectado física, psicológica y laboralmente.

- **Leishmaniasis Visceral (LV)**

Este cuadro clínico se presenta en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo. No se ha registrado en el Perú, no obstante es conveniente conocerla por la existencia en zonas fronterizas de los países vecinos de Brasil y Bolivia, en donde es causada por la *L. amazonensis*, y transmitida por mosquitos del género *Lutzomyia*. La Leishmaniasis Visceral es una afectación sistémica que compromete la vida, y puede llegar a ser fatal especialmente si se retarda el tratamiento.

Después de la picadura del vector, existe un periodo de incubación que varía de 3 a 8 meses, sin embargo puede ser tan corto como 10 días o prolongado como un año. En pocos casos se encuentran lesiones en la puerta de entrada, ya que la mayoría de las veces pasa desapercibida y tiene una evolución crónica.

Las manifestaciones clínicas de la Leishmaniasis Visceral típica están asociadas con fiebre, la que casi siempre es progresiva y elevada, remitente o intermitente, que dura semanas y se alterna con periodos afebriles, que también duran semanas. Posteriormente, la fiebre se torna persistente y ondulante. Existe progresivo deterioro del huésped, palidez y hepatoesplenomegalia. En la fase crónica, la esplenomegalia es muy marcada y puede llegar hasta la fosa iliaca derecha, con abultamiento considerable del abdomen. Existe una linfadenopatía generalizada, en especial de los ganglios mesentéricos, epistaxis, hemorragia gingival, edema y ascitis. En algunas ocasiones se observa ictericia leve, y es considerado como signo de mal pronóstico. Los hallazgos de laboratorio incluyen anemia normocítica normocrómica, neutropenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia y elevación de las transaminasas.

Desde el punto de vista inmunológico, se ha establecido que la Leishmaniasis Visceral está asociada con anergia celular, tal como lo indican las pruebas cutáneas negativas a antígenos de Leishmania.

Diagnóstico de laboratorio

A todo caso probable, se le tomará muestras de raspado del borde interno de la(s) lesión(es) a fin de realizar un frotis para diagnóstico parasitológico que confirme el caso. Pruebas de intradermo reacción, serología, histopatología y PCR, se realizarán en casos pertinentes para seguimiento e investigación clínica epidemiológica. Todo procedimiento

de laboratorio se anotará en el Libro de Registro de Muestras de Leishmaniosis.

Atención curativa de la Leishmaniasis

La atención curativa comprende la administración oportuna y completa del tratamiento para la forma cutánea, mucocutánea y visceral. Tiene por objeto eliminar el parásito, evitar las complicaciones y mortalidad, logrando una recuperación precoz para reinserción del paciente a sus actividades cotidianas y coadyuvar al control de la transmisión de la enfermedad.

Consiste en los siguientes procesos:

- **Consulta médica**

Esta actividad es responsabilidad del personal médico y busca efectuar el diagnóstico de casos, evaluar la gravedad del cuadro clínico y las complicaciones, indicar el esquema terapéutico apropiado, vigilar la evolución del caso, calificar la falta de respuesta al tratamiento y determinar la condición de egreso del paciente.

- **Atención de enfermería**

Al inicio del tratamiento se realizará una atención del personal de enfermería para planificar con el paciente el cumplimiento del esquema terapéutico, facilitar la localización de otros casos y brindar educación sanitaria. Pueden programarse otras atenciones al observarse abandono o irregularidad del tratamiento, previniendo la deserción del paciente a éste.

- **Evaluación Social**

Antes de iniciar el tratamiento se realizará una evaluación social a cargo del profesional de Trabajo Social o quien haga sus veces, a fin de establecer el riesgo ocupacional, social y estado laboral del

paciente, y planificar conjuntamente con él las acciones de atención, protección y promoción de la salud requeridos.

- **Administración del tratamiento**

El tratamiento será administrado en los servicios de salud y está bajo la responsabilidad del personal médico, enfermera o el personal de salud que cumpla estas funciones en los diferentes niveles de atención. En los casos que no requieran hospitalización se procederá al tratamiento supervisado, consistente en 1) información sobre los efectos y riesgos de abandono del tratamiento, 2) aplicación parenteral de la droga antileishmaniasica en forma diaria y en condiciones de bioseguridad adecuados, 3) evaluación clínica una vez por semana a fin de verificar el cumplimiento del tratamiento a la dosis indicada, respuesta al tratamiento, y proporcionar orientaciones complementarias sobre prevención de la enfermedad, y 4) visita domiciliaria dentro de la primera semana de iniciado el tratamiento.

En casos excepcionales, la administración del tratamiento podrá realizarlo un Agente Comunitario de Salud debidamente capacitado y acreditado para administración de medicamentos intravenosos y reconocimiento de reacciones adversas. En los casos hospitalizados, el personal del servicio en que se encuentra el paciente es responsable de la administración del tratamiento. Todo paciente en tratamiento será anotado en el Registro de pacientes con leishmaniosis, y su terapéutica registrado en la Tarjeta de control, asistencia y administración de tratamiento y en la Historia Clínica del paciente.

- **Visita de seguimiento**

Tiene por objeto reforzar la adherencia del enfermo al tratamiento, censar a los colaterales, localizar casos nuevos, identificar y evaluar los riesgos y condicionantes que permiten la transmisión de

la enfermedad y planificar con la familia las medidas preventivas para evitar la extensión de la enfermedad en la familia y en la comunidad local. Esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería. Se realizará dentro de la primera semana de tratamiento y cuando no acuda a recibir la aplicación de su medicina.

- **Control de colaterales**

Los colaterales serán censados y examinados para descartar Leishmaniasis en cada uno de ellos. A todo colateral se le realiza evaluación clínica exhaustiva en búsqueda de lesiones actuales o cicatrices sospechosas de lesión cutánea de la Leishmaniasis Mucocutánea, y se proporciona información sobre medidas de prevención y control de la enfermedad. Es responsabilidad del personal de enfermería o de quien asuma sus funciones realizar el registro de colaterales en el reverso de la Tarjeta de control de asistencia y administración de tratamiento de leishmaniosis y velar por el cumplimiento de la evaluación de todos ellos.

Manejo Terapéutico de la Leishmaniasis

Los objetivos del tratamiento son el control y eliminación del parasitismo, mejorar el cuadro clínico y evitar las complicaciones.

- **Medidas generales**, dependiendo de la magnitud y severidad de la lesión se aplicarán medidas generales que permitan coadyuvar en la mejoría y eviten complicaciones. Entre estas tenemos:
 - En lesiones de piel realizar limpieza con abundante agua y antiséptico yodóforos o clorhexidina mientras exista secreción serosa o purulenta.
 - Drenaje si hubieran lesiones con abscesos.
 - En lesiones mucosas realizar limpieza en lesiones accesibles, en tópico hospitalario y por personal médico, tomando precauciones por los riesgos de aspiración.

- Si se sospecha o documenta sobre infección bacteriana, administrar antimicrobianos para gérmenes comunes gram positivos.
- En las formas mucocutánea asociadas a enfermedades crónicas subyacentes como Tuberculosis, VIH, Diabetes Mellitus, cardiopatías, entre otras, se deberá realizar una adecuada y razonable compensación a fin de obtener repuesta terapéutica eficaz; asimismo se deberá intensificar las precauciones y vigilancia del RAM al administrar los antileishmaniásicos.

- **Tratamiento de la leishmaniasis**

De acuerdo a la forma clínica y al grupo poblacional, se utilizará uno de los esquemas descritos líneas abajo. Es importante recordar que iniciado el tratamiento, de no mediar una contraindicación específica, debe completarse la dosis por el tiempo indicado según cada caso, para lo cual deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos.

- **Leishmaniasis cutánea en niños, adolescentes y adultos:**

Como primera línea de tratamiento se administra un antimonial pentavalente tipo estibo gluconato de sodio o antimoniato de meglumine a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un ciclo de veinte (20) días consecutivos. La dosis diaria máxima no excederá los 1,250 miligramos de antimonio pentavalente. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular, y en este caso sin dilución adicional.

- **Leishmaniasis mucocutánea en niños, adolescentes y adultos:** Se administra un antimonial pentavalente tipo Estibo gluconato de sodio o antimoniato de meglumine a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un período de treinta (30) días consecutivos. La dosis diaria máxima no excederá los 1,250 miligramos de antimonio pentavalente. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular, en este caso sin dilución adicional. En caso de presentar fracaso al tratamiento luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente se pasa al esquema de segunda línea.

Como tratamiento alternativo de segunda línea se administrará Anphoterecin-B a dosis de 0.5 a 1.0 mg/ Kg/ día. Como dosis máxima diaria 50 mg. Se administrará hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 gramos por el periodo de tratamiento.

- **Leishmaniasis mucocutáneo grave.**

El manejo terapéutico es hospitalario. Tiene como objetivo controlar y eliminar el parásito de la Leishmania, controlar y erradicar las complicaciones infecciosas asociadas, aliviar los efectos negativos de las lesiones profundas y disminuir las secuelas.

Tratamiento etiológico: En los casos graves se administra directamente Anphoterecin-B a dosis de 0.7 a 1 mg/ Kg/ día. Como dosis máxima diaria será 50 mg. El tratamiento dura hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 gramos por el periodo de tratamiento. Si el paciente presenta

fracaso terapéutico con el Anphoterecin-B, se administra drogas alternativas bajo la conducción de los especialistas del área.

Tratamiento de infecciones asociadas: De acuerdo al tipo de infección sospechada o documentada se administrará tratamiento antimicrobiano, antifúngico u otros.

Manejo de secuelas: Todo paciente con lesiones amplias y profundas deberán ser evaluado y tratado por especialista en cirugía reparadora al término del tratamiento etiológico.

3.2.2. Prácticas médicas tradicionales

a. Generalidades

La medicina tradicional, como práctica derivada de la transmisión oral de conceptos y experiencias obtenidos en el cuidado de la salud a través del tiempo, hace radicar su derecho a existir en la congruencia entre el conjunto de conocimientos y el universo representativo-cultural del grupo social que la práctica. Por tal razón la OMS declaró desde 1976 la necesidad de promocionar y desarrollar otras alternativas médicas con el fin de ampliar coberturas y utilizar al máximo los recursos humanos y las tecnologías apropiadas que cada país posee y puede utilizar (Romero, 1995, p. 13).

La utilización de la llamada medicina tradicional en países de América Latina ha entrado en una nueva etapa. Con el impresionante incremento de la demanda de alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y prácticas al modelo científico biomédico, la medicina tradicional se encuentra enmarcada hoy día en un contexto que hace algunos años no existía. Prueba de ello es el notable crecimiento de algunos de sus recursos en países industrializados, mismo que ha venido acompañado por cambios en la composición de la oferta de servicios terapéuticos, formas distintas de entender la salud y la enfermedad, así como la utilización combinada de

muchas de estas formas terapéuticas (Nigenda, G., Mora, G., Aldama, S. y Orozco, E., 2000, p. 8).

Actualmente, la medicina tradicional representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina y el Caribe a pesar de su presencia subordinada en los sistemas oficiales de salud y de la situación de ilegalidad que comúnmente guardan. Esta participación ha sido reconocida por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) de quienes han emanado intentos de apoyo y promoción de políticas dirigidas a ensayar formas distintas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la atención primaria a la salud. De igual forma, algunas organizaciones de la sociedad civil (ONG) trabajan apoyando la medicina tradicional a diferentes niveles en varios países de la región y, sin embargo, existen múltiples dificultades que impiden la consolidación de programas en medicina tradicional (Nigenda, G., Mora, G., Aldama, S. y Orozco, E., 2000, p. 8).

b. Medicina tradicional

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2017, p. 1).

En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral”. Se dice que la medicina

tradicional es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica (OPS, 2006, p. 25).

En este concepto abierto cabe una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas. Por ello referiremos la especificidad de la medicina indígena como “medicina indígena tradicional”, que se diferencia de otras tradiciones muy presentes en la llamada medicina popular, principalmente de tradición campesina.

Son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Lo cual no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado. Lejos de desaparecer, la medicina indígena ha resurgido en la actual era, y está ganando su lugar. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen muchos parecidos. La mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población (OPS, 2006, p. 25).

c. Principios de las terapias de la medicina tradicional

El sistema de salud tradicional se manifiesta solvente e integradora, en el sentido de que:

- Posee principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud, generalmente acorde con la cosmovisión.

Dicha cosmovisión tiene que ver con la forma como se explica el origen y el establecimiento del universo, donde el ser humano está interrelacionado con el todo y no está en el centro del universo, pero que es parte del equilibrio y que cuando el ser humano pierde el equilibrio, pierde la salud.

- Existe una forma de organizar la terapéutica
- Existe un cuerpo de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas.
- Se posee una práctica social que establece la prevención, la promoción, el tratamiento de la problemática de salud y la enfermedad.
- Se tiene la aceptación social por parte de la población con identidad e inclusive presta asistencia a aquellos marginados y pobres de su entorno.

En la mayor parte de los pueblos indígenas, se acatan los consejos preventivos de enfermedad que los terapeutas recomiendan, entre ellas prohibiciones y restricciones al comportamiento, la observación de dietas, el empleo de los amuletos (los collares, lazos de diversos colores y naturalezas de hilos, los atados de hierbas medicinales adheridos a la ropa, la inclusión de elementos simbólicos, etc); la mayoría de los niños llevan una. (OPS, 2006, p. 26).

3.2.3. Teoría de los Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad de Leininger.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros

específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas; este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces (Atom, 2010, p.1).

3.2.4. Definiciones de términos básicos

Leishmaniasis:

La leishmaniasis es una enfermedad causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, que cuenta con más de 20 especies diferentes y se transmite a los humanos por la picadura de flebotomos hembra infectados. Se conocen más de 90 especies de flebotominos transmisores de *Leishmania*.

Leishmaniasis cutánea (LC):

Es la forma más frecuente de leishmaniasis, y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave.

Leishmaniasis mucocutánea (LMC):

Conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta.

Medicina tradicional:

Es el conjunto de prácticas, creencias y conocimientos sanitarios basados en el uso de recursos naturales (plantas, animales o minerales), terapias espirituales y técnicas manuales que buscan mantener la salud individual y comunitaria.

Medicina complementaria/alternativa:

Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional" en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

Actividad terapéutica:

La actividad terapéutica se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

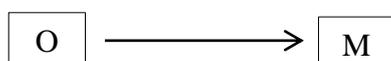
4.1. Tipo de investigación.

El trabajo de investigación fue de enfoque cualitativo, utilizando la metodología etnográfica.

El método etnográfico:

La investigación etnográfica es el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. Para ello, es preciso llevar a cabo, durante largos períodos de tiempo, una observación directa que permita la recogida de minuciosos registros y la realización de entrevistas, revisión de materiales y registros de audio y vídeo. Tras esto, el resultado que se obtienen constituye una gran “fotografía” del proceso estudiado que junto a referentes teóricos, ayudan a explicar el fenómeno investigado (Atkinson, 1994 p. 13).

El diagrama del diseño es el siguiente:



Dónde:

O: Observación del tratamiento tradicional de la leishmaniosis

M: pobladores de la localidad de Magdalena

4.2. Población y muestra.

Población

La población estuvo constituida por todos los pobladores de la localidad de Magdalena, que según datos INEI 2017, son un número de 795 habitantes.

Muestra

El tipo de muestreo fue por conveniencia, para la cual se obtuvo la muestra con el criterio de selección de informantes claves y siguiendo la técnica de

saturación de discursos. La técnica considera que los datos se convierten en algo “repentino” o redundante y los análisis confirman lo que se ha fundamentado; es decir que se realizarán entrevistas a profundidad hasta que se repitan las informaciones recibidas. Por tanto se culminó el muestreo cuando los discursos de los entrevistados se habían repetido, en este caso los discursos saturaron en el discurso 12, realizándose 2 discursos adicionales para corroborar la saturación de discursos. Por tanto la muestra considerada para el estudio fue de 14 personas entre ellos personas que utilizan usualmente plantas medicinales para el tratamiento de las enfermedades y son conocidos por ello en la comunidad.

Criterio de inclusión:

- Curanderas (os) que deseen participar en el estudio y que hayan aplicado el tratamiento dentro los cinco últimos años.
- Pobladores que hayan tenido la experiencia de aplicar prácticas tradicionales de curación durante los cinco últimos años previa indicación de un curandero.

Criterio de exclusión:

- Pobladores que no tengan experiencia en tratamiento tradicional de la leishmaniasis.
- Pobladores que no sean naturales de la zona.

4.3. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método:

Como método de investigación se utilizó el método inductivo (Hernández, 2008, p.67.)

Técnica: Entrevista.

Instrumento:

- Guía de entrevista no estructurada, elaborado por la autora, el cual constó de datos relevantes sobre los objetivos del proyecto, datos

generales y las preguntas orientadoras del estudio (¿Qué es la leishmaniosis o "uta" para usted?, ¿Cuál es el tratamiento que emplea para la leishmaniosis o "uta"?), dichas ítems fueron abiertos siguiendo con la metodología cualitativa puesto que los pobladores deben expresar abiertamente su respuestas respecto a las preguntas planteadas.

- Cuaderno de campo, de forma similar, este instrumento fue implementado por la autora, en la cual se anotaron algunos datos relevantes sobre el trabajo de campo de manera veraz en el medio, detallándose el evento significativo observado, el día y hora de observación, y algunos datos relevantes relacionados a dicho evento.

Determinación de la validez de la investigación:

En la investigación que tiene características etnográficas, un alto nivel de validez deriva de su modo de recoger la información y de las técnicas de análisis que se utilizan; por ello se hizo uso de lo siguiente:

- Se recogió los datos durante el lapso de 30 días comunidad de Magdalena con procesos de revisión y análisis de los datos de manera continua.
- Observación participativa en los medios y contextos reales donde se encuentran los pobladores entrevistados.
- Puede haber el riesgo de que la credibilidad de la información pueda variar mucho: los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas; se contrastó con la información de otros, y se recogió la información en tiempos diferentes.

Determinación de la confiabilidad:

Para alcanzar un buen nivel de confiabilidad externa, se tomó en cuenta los siguientes aspectos.

- Se identificó claramente a los informantes.

- Para la confiabilidad interna se hizo uso de categorías descriptivas de bajo nivel de inferencia, es decir, lo más concretas y precisas posible.
- Se trabajó con el apoyo de colaboradores de la investigación natos de la zona, además la investigadora procede de la zona de estudio; lo cual le dio mayor confiabilidad a los datos y menos subjetividad.
- Se utilizó todos los medios técnicos disponibles en la actualidad para conservar en vivo la realidad presenciada: grabaciones de audio y de vídeo, fotografías, etc. Este material permitió repetir las observaciones de realidades que son, de por sí, irrepetibles, y que las puedan “presenciar” otros observadores ausentes en el momento en que sucedieron los hechos.

Procedimiento de recolección de datos:

- Se realizó el trámite correspondiente a fin de obtener el permiso por parte de las autoridades de la comunidad de Magdalena.
- Se realizaron las coordinaciones con el personal del puesto de salud a fin de obtener información relevante sobre los actores y pacientes que abordan el tratamiento de la leishmaniosis.
- Culminada esta etapa se ejecutó el plan de intervención
- Se entrevistó a los pobladores en los momentos oportunos, sin alterar su comodidad; en la mayoría de los casos las entrevistas fueron realizadas en las viviendas de los pobladores.
- Se registraron todos los datos relacionados al estudio en los instrumentos, considerando todas las indicaciones.

4.4. Análisis de datos:

La información final fue procesada de manera manual, se desarrolló el análisis de datos considerando las siguientes fases:

- Fase de descubrimiento:** Una vez transcritas todas las entrevistas y con los datos del cuaderno de campo, así como registros audiovisuales, fotografías y videos se procedió a:
 - Revisión repetida de los datos.

- Seguir la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas.
 - Elaborar los aspectos de división del estudio en función las características del tratamiento tradicional de la leishmaniosis
- b) Fase de codificación:** Se reunió la información para encontrar las categorías primordiales en función de las concepciones y tratamiento tradicional de la leishmaniosis por tanto se rescataron, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones referidas a las posibles categorías, las acciones realizadas fueron:
- Desarrollo de categorías de codificación.
 - Codificación de datos.
 - Obtención de categorías de significado de cada entrevista.
- c) Fase de relativización de los datos:** se consideraron en el presente estudio categorías simples y de bajo nivel de inferencia de acuerdo a las características relacionadas al tratamiento tradicional de la leishmaniosis, en tal sentido:
- Se realizó la reducción de los datos para luego obtener los propios supuestos de las unidades de significado (autorreflexión crítica)
 - Construcción de supuestos

Los resultados se presentan de manera descrita sintetizando las expresiones de los entrevistados en supuestos.

V. RESULTADOS

De acuerdo a las entrevistas y los análisis de datos realizados sobre el estudio se pudo identificar en los pobladores de la localidad de la Magdalena una serie de concepciones y formas de tratamiento tradicional para la leishmaniosis. Las cuales se presentan a continuación:

Cuadro 01: Concepciones sobre la Leishmaniasis en pobladores de la localidad de la Magdalena, Amazonas 2017.

Concepciones	Entrevistas
a. Concepción tradicional de la leishmaniosis	
Antes no sabía la causa se daba la enfermedad	Poblador 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14.
Se da por la mala sangre por que te agarra el purumacho o macho	Poblador 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14.
Es mal de tierra, por estar en el lugar donde estaban los antepasados	Poblador 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14.
b. Concepción actual de la leishmaniosis	
Es una herida que se da por la picadura del mosquito (manta blanca), mayormente los zancudos pican por la tarde cerca al río.	Poblador 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14
c. Características por las que reconocen a la herida	
Es una herida que sangra mucho	Poblador 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14.
Tiene una forma redonda y bordes bien definidos	Poblador 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
Es cóncavo a manera de pocito	Poblador 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12.
Inicia con un punto y luego se va agrandando	Poblador 1, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14.
Tiene un costra dura	Poblador 2, 3, 4, 8, 9, 10,
Deja una cicatriz bien marcada para toda la vida	Poblador 1, 7, 8, 9, 10, 11, 14.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

A continuación se describen las concepciones sobre la enfermedad de la leishmaniosis que tienen los pobladores de la localidad de la Magdalena:

a. Concepción tradicional de la Leishmaniosis

Los pobladores consideran que antes no sabía la causa exacta de la enfermedad; sin embargo tenían la creencia que la leishmaniosis se da porque a una persona tiene la mala sangre porque tuvo contacto con el purumacho o macho quien le agarro y le ocasionó la enfermedad; o también por mal de tierra por haber estado en lugares donde antes era lugar de los antepasados. Los lugares donde estaban los antepasados como las murallas y sitios son considerados sagrados por la gente.

Desde antes había uta acá en magdalena pero no sabían de que era decían de la mala sangre del macho que se contagian por medio de la sangre rascándose pero no se escuchaba que era del sancudo o de la manta blanca como dicen ahora. (Poblador 4, localidad de Magdalena)

b. Concepción actual de la leishmaniosis

En la actualidad la mayoría de la gente conoce que la leishmaniosis es una enfermedad que se manifiesta por una herida que se da por la picadura del mosquito (manta blanca), además mencionan que mayormente los zancudos pican por la tarde cerca al río. No se pudo apreciar si conocen o distinguen otros tipos de leishmaniosis.

Antes no se le conocía así a la uta. La uta es una herida que deja una fea cicatriz a quien lo sale, empieza de un granito y se hace una herida grande se da por la picadura de la manta blanca y del sancudo a rivera del rio. (Poblador 7, localidad de Magdalena)

c. Características por las que reconocen la herida presente en la leishmaniosis.

También los pobladores, como parte de su experiencia han identificado las características de la herida causada por la leishmaniosis. Según la manifestación de los propios pobladores, la lesión es una herida que sangra mucho, tiene una forma redonda y bordes bien definidos, es cóncavo a

manera de pocito, inicia con un punto y luego se va agrandando, tiene una costra dura y deja una cicatriz bien marcada para toda la vida.

La uta es una herida profunda y redondeada bien formadita que es contagiada por la picadura del sancudo mayormente estos sancudos pican en las tardes y en canto del rio. (Poblador 3, localidad de Magdalena)

Cuadro 02: Formas de tratamiento tradicional de la leishmaniosis por parte de los pobladores.

Formas de tratamiento	Entrevistas
a. Tratamiento tradicional	
Lavado con Llantén y lancetilla.	Poblador 1, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14.
Aplicación de emplasto de ajo molido con sal.	Poblador 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9
Aplicación de emplasto caliente de ajo, cebollón, misto y sal dorados al fuego (un guiso para preparar una comida)	Poblador 3, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 14
Aplicación del Huinllo (Hollín del fogón) con sal.	Poblador 2, 3, 4, 5, 12, 14.
Emplastos de trébol con sal.	Poblador 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14.
Aplicación de Santa Lucía con sal.	Poblador 1, 2, 11, 12, 14, 15
Aplicación de chamico calentado con ceniza de fogón caliente.	Poblador 5, 7, 11
Aplicación directa de tierra virgen remojado con limón y sal.	Poblador 2, 5, 8, 10, 12, 14.
Acido de batería y polvo de la pila	Poblador 1, 7, 8, 10
Aplicación de creso previo lavado con llantén	Poblador 7, 9, 12,
b. Formas mixtas de tratamiento tradicional y productos farmacéuticos	
Aplicación terramicina previo lavados de la herida con llantén y sal.	Poblador 2, 3, 6, 7, 9, 11, 14
c. Percepciones de la efectividad del tratamiento	
Los tratamientos tradicionales bien aplicados curan	Poblador 1, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14.
Algunos tratamientos tradicionales no curan	Poblador 2, 3, 4, 6, 10,
Los tratamientos tradicionales deben realizarse con los tratamientos del puesto de salud	Poblador 1, 2, 3, 4, 6, 10, 14.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

A continuación se describen las formas de tratamiento tradicional para la Leishmaniasis encontradas en el presente estudio.

a. Tratamiento tradicional

- **Lavado con Llantén y lancetilla.**

Se hace hervir el llantén con la lancetilla con agua en el fogón, con este preparado se lava directamente la herida con abundante agua hasta retirar la costra, finalmente se cubre la herida con un trapo limpio. Este tratamiento se realiza de una a dos veces por semana hasta que se vea mejoría en la herida.



Lancetilla (*Alternanthera lanceolata* Schinz)



llantén (*Plantago major*)

Se lo hace hervir juntos la lancetilla y el llantén de dos a cinco minutos se deja entibiar se echa bastante sal y se lo lava bien la herida sacando toda la costra. (Poblador 3, localidad de Magdalena)

- **Aplicación de emplasto de ajo molido con sal**

Se muele el ajo y se agrega sal, calculando una cantidad para que llene la herida (puesto que la forma de herida es cóncava), se aplica directamente el preparado en la herida y luego alrededor de la herida se pone harina de maíz blanco. Se tapa la herida con un trapo blanco a manera de emplasto. Este tratamiento se realiza de una a dos veces por semana hasta que se vea mejoría en la herida.



Ajos (*Allium Sativum*) sal, y llungo. Harina de maíz blanco. Como aplicar en la herida.

Se muele en un batan o en una superficie limpia con un chungo (piedra de rio redondeada que sirve para martajar) jamás se muele en un molino o algo de metal la sal y el ajo juntos hasta que se forma una crema. (Poblador 6, localidad de Magdalena)

- **Aplicación de emplasto caliente de ajo molido, cebollón, mixto y sal dorados al fuego**

Se calienta al fuego en una olla ajo molido, cebollón picada, mixto y sal en aceite a manera de condimento, este preparado caliente se pone directamente en la herida para luego tapanlo con un trapo limpio manera de emplasto. Este forma de tratamiento se utiliza entre una vez al día hasta que sea notorio la mejoría.



Planta del Cebollón.



Preparación de un guiso.

La preparación es igual como se condimenta para un guiso cualquiera en una olla o sartén se lo hecha aceite, cebollon, ajos, misto (asafran) y sal se lo deja dorar bien con una cuchara de palo removiendo luego con la misma se saca y se lo pone en la herida previamente lavada y sin costra. (Poblador 12, localidad de Magdalena)

- **Aplicación del Huinllo (hollín del fogón)**

El Huinllo es un término propio de la zona, que hace referencia al hollín que deja el humo del fogón en las superficies adyacentes. Esta sustancia se mezcla con sal se muele bien y se aplica directamente en la herida. Se cree que esta sustancia hace sangrar la herida hasta que salgan los agentes que lo causan. Este preparado se coloca hasta que sana la herida.



Recolección y preparación del hollín.

Yo una herida grande que ya estaba lo cure con huinllo (huinllo es que se forma con el humo de cocina con leña eso amarga alavés), lo agarre al huinllo lo molí en un batan con sal y lo llene el pósito de la herida eso cuando se lo echa a la herida. (Poblador 14, localidad de Magdalena)

- **Emplastos de trébol con sal**

Se lava la planta de trébol y previo lavado de la herida con lancetilla se aplican las hojas machacadas con sal a manera de emplasto directamente en la herida, luego se cubre con un trapo limpio. Se

realiza este procedimiento cuantas veces sea necesario por varios días hasta que sane la herida.



Trébol (*Trifolium*)



Preparación del emplasto de trébol con sal.

Se coge solo las hojas del trébol sin tallo se lo lava bien luego se lo muele en batan o con un chungo limpio juntos con la sal, hasta formar una pasta sin grumos y luego se coloca en la herida previamente lavado y sin costra. (Poblador 8, localidad de Magdalena)

- **Aplicación de Santa Lucía con sal**

Se lava la planta de Santa Lucía se lo hace hervir bien durante 15 a 20 minutos después de cocinarlo se lo lava la herida con el agua echándolo sal tibio, y previo lavado de la herida se aplican las hojas haciéndolo una masita en forma de emplasto directamente en la herida, luego se cubre con un trapo limpio. Se realiza este procedimiento cuantas veces sea necesario por varios días hasta que sane la herida.



Planta de la santa lucia (*Commelia erecta*)

Se coge la planta de santa lucia con todo raíz se lo lava bien se pone en una olla con dos a tres litros de agua se hace hervir de quince a veinte minutos luego se deja enfriar con el agua echándolo un poco de sal se lo lava la herida bien se saca toda la costra y luego se coge la planta como está bien cocida se hace una masita con nuestra mano y se lo emplasta la herida. (Poblador 15, localidad de Magdalena)

- **Aplicación de chamico calentado con ceniza de fogón caliente.**

Se coge al chamico y se calienta con la ceniza caliente y así caliente se lo pasa sobre la herida se lo soba bien lo que se queda agua las hojas de chamico y luego se lo vota cerca de su misma planta esto se realiza dos a tres veces por semana hasta ver su mejoría.



Planta de chamico (*Datura*)



Ceniza.

Se coge las hojas del chamico se lo calienta con la ceniza caliente luego con esas hojas calentadas se lo soba la herida bien hasta que esta sangre luego las hojas se lo pone en pie de la plante de donde se cogió. (Poblador 5, localidad de Magdalena)

- **Aplicación directa de tierra virgen remojada con limón y sal y alumbre.**

Se trae la tierra virgen de un lugar donde no haya sido tocada, usualmente de una montaña alejada, se prepara esta tierra con limón y sal a manera de crema y se aplica directamente en la herida utilizándose una vez por día hasta que sane la herida, se puede utilizar alumbre también pasándolo en el cuerpo del enfermo a manera de limpia. Se utiliza esta forma de tratamiento ya que se considera que la leishmaniasis también se da por la mala sangre por que te agarra el purumacho o macho, o por mal de tierra al estar en el lugar donde estuvieron los antepasados.



Forma de recoger tierra virgen.



Limón (*Citrus*)



Crema lista para su aplicación.

La tierra virgen se recoge de esta manera, se hace un círculo en el suelo, se hace una cruz y más o menos cima de la cruz se cava unos 10 cm. Luego de ahí se coge un poco de tierra, después a esa tierra se lo hecha limón sal se mezcla hasta que se haga una cremita y eso se coloca en la herida. (Poblador 14, localidad de Magdalena)

- **Acido de batería y polvo de la pila**

Se obtiene el ácido de la batería o polvo de las pilas ya usadas, estas sustancias son aplicadas directamente en la herida con algodón cuantas veces sea necesario hasta que sane la herida.

Yo mi uta lo sane con ácido de batería sabes cómo lo hice primero lo pele mi herida y con un algodón lo metía en el ácido y lo pegaba en mi herida pelada. (Poblador 4, localidad de Magdalena)

- **Aplicación de creso previo lavado con llantén**

Otra forma de tratamiento menos difundido es el uso del creso que se aplica directamente en la herida previo lavado de la misma con llantén hasta que salga la costra, luego se tapa la herida con un trapo limpio.

Una uta mi mama lo sano con creso lo agarro lo lavo primero la herida con llantén al llantén en infusión lo hacía hervir el agua lo ponía la ramita y lo bajaba lo dejaba enfriar tibio lo echaba sal y lo lavaba la herida lo sacaba toda la costra. (Poblador 4, localidad de Magdalena)

b. Formas mixtas: tratamiento tradicional y productos farmacéuticos

- **Aplicación terramicina previo lavados de la herida con llantén y sal**

En la actualidad se pudo observar pobladores que utilizan la terramicina en polvo, que extraen de una capsula. Esta sustancia se aplica directamente en la herida previo lavado de la misma con agua de llantén y sal. Se utiliza cuantas veces sea necesario hasta que la herida vaya desapareciendo.

Yo utilizaba la terramicina se lo destapaba y se lo polvoreaba en la herida una capsula era para tres cuatro veces para que se cure una capsulita. (Poblador 1, localidad de Magdalena)

c. Percepciones de la efectividad del tratamiento

- **Los tratamientos tradicionales bien aplicados curan**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se encontró que un grupo mayoritario de pobladores consideran que los tratamientos

tradicionales bien aplicados curan la leishmaniasis puesto que existen plantas y recursos que tienen la capacidad de terminar con la enfermedad

Eso se va hacer uta póngalo la yerbabuena, dicen que la yerbabuena es para prevenir que se haga uta un granito de picadura de sancudo o manta blanca se agarra una hojita de yerbabuena se lo muele con la uña nomas la hoja entera y se lo pone encima del grano de picadura que esta rojo duro y eso evita que se haga uta se sana sin hacerse uta. (Poblador 6, localidad de Magdalena)

- **Algunos tratamientos tradicionales no curan**

En las entrevistas realizadas también se pudo encontrar pobladores que consideran que algunos tratamientos tradicionales (aplicación de huinllo, acido de batería entre otros) no curan la enfermedad, sino más bien al contrario complican la enfermedad y debe buscarse ayuda en el establecimiento de salud.

Primero lo hice lo que me indicaron que lo lave con la lancetilla con sal tibio sacándolo todo la costra después en el poso que se formó lo eche el trébol solo sus hojitas molido lo emplaste al día siguiente lo saque lo que lo había amarrado y lo veo que la herida estaba aguadijando feo todito me asuste lo lave y lo lleve a la posta. (Poblador 2, localidad de Magdalena)

- **Los tratamientos tradicionales deben complementarse con los tratamientos del puesto de salud.**

Se encontró pobladores que le dan un valor importante al tratamiento tradicional, sin embargo consideran que debe buscarse apoyo en el establecimiento de salud, ya que el uso de ambos tratamientos puede ser mejor y sanar más rápido al enfermo con leishmaniosis.

Mi hijo tenía una heridita en su oreja, una sola ampollita lo sano tenia tiempos solo aguadijando paraba porque lo topaba mucho un día lo lleve a la posta y doña asunta me dijo yo tengo una ampolla para la uta porsiacaso vamos infiltrarlo a la orejita si eso no lo sana esto lo ponemos otro. (Poblador 10, localidad de Magdalena)

VI. DISCUSIÓN

En los resultados de la investigación, **en el cuadro 01** se encontró respecto a la concepción tradicional de la leishmaniosis en los pobladores de la localidad de la Magdalena que: antes no se sabía la causa porque se daba la enfermedad, se pensaba que esta se da por la mala sangre por que te agarra el purumacho o macho (un personaje símbolo de la cultura Chachapoyas), además que es un mal de tierra, por estar en el lugar donde estaban los antepasados. En la actualidad la mayoría de la gente conoce que la leishmaniosis es una enfermedad que se manifiesta por una herida que se da por la picadura del mosquito (manta blanca). Por otro lado los pobladores reconocen la herida de leishmaniosis por diversas características.

Similares resultados encontró Bastidas y Díaz (2008) en un estudio realizado en Venezuela, en el cual concluye que ciertos aspectos de la leishmaniosis son poco conocidos y persisten conceptos erróneos sobre la enfermedad, los mecanismos de transmisión y no existe cultura de prevención en la población. Asimismo Pineda, Llanos, y Dancuart (2015) en un estudio realizado en nuestro país encontró que solo la mitad de los entrevistados acudieron a un centro de salud; el 71,7% usaron algún tratamiento tradicional como primera medida y solo el 23,6% acudieron a un centro de salud sin manipular sus lesiones.

Por otra parte Isaza et al (1999) en una investigación realizada en Colombia ponen de evidencia que 94% de la población estudiada conocía la leishmaniosis como una enfermedad de la piel y este concepto era más común entre los hombres que entre las mujeres. En la forma de transmisión, 35% relacionaron la enfermedad con la picadura de un insecto, pero ignoraban el agente etiológico y consideraban que la producía un gusano que vive en el monte. Otra investigación realizada por Dobles y Perriard (1994) en Costa Rica indica en sus resultados que la gente de Acosta considera la Leishmaniosis Cutánea como una entidad nosológica diferenciada, pero se interesan sobre todo en sus manifestaciones clínicas en los niños.

También el estudio de Vázquez, Kroeger, Lipowsky, y Alzate (1991) realizado en Colombia muestra en sus resultados que en la zona rural, la leishmaniosis cutánea

es bien conocida, tiene nombre propio (“yatevi” o “bejuco”), una etiología conocida, aunque difiere de la aceptada por la comunidad científica. Esta teoría popular de la enfermedad condiciona una conducta frente a su profilaxis y tratamiento. Como se puede apreciar tanto en los resultados de la investigación como en los antecedentes encontrados, cuyos autores fueron citados anteriormente se coincide que en las comunidades rurales existen concepciones propias sobre la enfermedad de la leishmaniosis, así como prácticas para su tratamiento.

De acuerdo a la base teórica existente la leishmaniosis es transmitida por un insecto, el flebótomo. La hembra de éste pica al animal o persona contaminada con leishmania, ingiriéndola con la sangre que absorbe. Una vez en el interior del parásito la leishmania continúa su ciclo de maduración, para posteriormente, cuando éste vuelva a picar de nuevo a otra persona, contaminarla e iniciar el proceso infeccioso. La enfermedad también puede transmitirse de madres a hijos y a través de transfusiones de sangre o agujas infectadas. Según la Organización Mundial de la Salud afecta a unos 12 millones de personas repartidos en 88 países del mundo. (Muñoz y Pareja, 2010, p. 1)

Para los Chayahuitas, así como para otras comunidades amazónicas, especialmente las situadas en Bolivia, Perú, Ecuador, y Colombia, la leishmaniasis es un problema frecuente de salud. La OMS considera que esta enfermedad, bajo sus distintas formas, afecta alrededor de 12 millones de personas en el mundo (Genevieve, 2009, p.1). Tal es así que según Patiño, Salazar, Tovar y Vélez (2016) las explicaciones que brindan los pobladores respecto a la forma de transmisión de la leishmaniasis cutánea están enmarcadas en las experiencias, propias y ajenas. Se valen de la reconfiguración de esas experiencias corporales y del saber popular para dar sentido a la enfermedad que los aqueja y de la cual no tienen conocimiento.

Tanto en el país como en países aledaños las comunidades rurales mantienen su forma propia de abordar la problemática de la leishmaniosis que no necesariamente concuerda con la forma institucionalizada de resolver el problema, lo que también sucede en la localidad de la Magdalena y debería tomarse en cuenta al momento de plantear acciones para el control de la leishmaniosis en esta zona.

En el cuadro 02 en los resultados del estudio, respecto al tratamiento tradicional de la leishmaniosis se utiliza diversas formas como lavado con Llantén y Lancetilla, aplicación de emplasto de ajo molido y sal, aplicación de emplasto caliente de ajo, cebollon, misto y sal dorados al fuego, aplicación del Huinllo (Hollín del fogón), emplastos de trébol con sal, aplicación de Santa Lucía con sal, aplicación de chamico calentado con ceniza de fogón caliente, aplicación directa de tierra virgen, alumbre; y en menor medida el ácido de batería y polvo de la pila; así como la aplicación de creso previo lavado con llantén. Por otra parte hay pobladores que utilizan formas mixtas de tratamiento utilizando la terramicina y el llantén. Es necesario indicar que existe una diversidad de percepciones en los pobladores respecto a la efectividad de los tratamientos tradicionales, entre los cuales se pueden mencionar que los tratamientos tradicionales bien aplicados curan, o algunos tratamientos tradicionales no curan. Los tratamientos tradicionales deben realizarse en conjunto con los tratamientos del puesto de salud.

Similares resultados encontraron Muñoz y Pareja (2003) quienes realizaron un estudio en nuestro país donde se evidencia que Actualmente, los pobladores de la sierra y tribus selváticas, como los ashánincas, utilizan plantas con propiedades curativas contra la leishmaniasis, siendo de gran interés su estudio, ya que el reino vegetal es considerado como fuente de productos naturales con valor medicinal o de precursores útiles para el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos.

También es necesario mencionar los resultados que encontró Isaza et al (1999) en Colombia, donde se indica que en las comunidades rurales se empleaba una gran variedad de tratamientos para curar la enfermedad. Estos se basaban en el uso de plantas, sustancias químicas, quemadura de las lesiones con metales calientes y, en menor proporción, medicamentos

Al respecto Patiño, Salazar, Tovar y Vélez (2016) en un estudio realizado también en Colombia encontraron que los tratamientos tradicionales caseros son los más usados, lo que provoca el aumento del subregistro de casos. Por su parte Vera (2009) también en Colombia encontró que existen plantas nativas que resultan promisorias para el tratamiento alternativo de la leishmaniasis las cuales son la

Esenbeckia alata, la *Raputia heptaphylla* y la *Zanthoxylum quinduense*, pertenecientes a la familia Rutaceae, consideradas endémicas de Colombia.

Es necesario mencionar a Dobles y Perriard (1994), quienes encontraron en su estudio realizado en Costa Rica que la gente de Acosta (una comunidad rural) confía en su propia capacidad de acción ante la leishmaniasis mediante remedios populares, la idea de medidas de control sobre los reservorios, los vectores o el contexto espaciotemporal del contacto no asoma espontáneamente en el pensamiento de la gente.

Según Pineda, Llanos, y Dancuart (2015) en Pichupampa (una comunidad rural del Perú) los pobladores más antiguos señalan que “siempre ha habido uta” por lo que existe una cultura popular para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad que data de más de cincuenta años. Los pobladores de la zona suelen reconocer la lesión característica de LC pero su problema es el tratamiento.

Según Díaz (2002) el uso de plantas para curar la leishmaniasis es popular, aunque el personal de salud da el beneficio de la duda a la posibilidad de que ciertas plantas puedan curar o mejorar las úlceras producidas. Otros niegan esta posibilidad, atribuyéndoles solo a medicamentos farmacéuticos la posibilidad de curar. Debido a que la LC puede ser de dos sepas distintas (una que cura sin necesidad de medicación) se piensa que el uso de plantas u otras sustancias en la sepa de curación autónoma hace que las personas atribuyan propiedades curativas a hierbas u otros cuando en realidad no lo poseen, aumentando el número de creencias erradas de cómo curar la leishmaniasis.

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 (Vélez, 1998, p. 32).

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 pocos. 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 (Vélez, 1998, p. 32).

De la discusión de los resultados encontrados en el estudio, se puede indicar que es coincidente que en diversas zonas rurales de nuestro país, así como en países vecinos se ha utilizado recursos propios para tratar tradicionalmente la leishmaniasis, entre los cuales se encuentran plantas, minerales, entre otros, que resultan peculiares. Lo preocupante es que quizá muchos de los tratamientos terminan complicando la enfermedad, o quizá sanando del problema. Sería importante que se realicen más estudios sobre la efectividad de alternativas terapéuticas ya sea de plantas u otras opciones, dado que el tratamiento con estibogluconato genera también reacciones que se deben controlar a fin de que sea también una alternativa inocua.

Se sabe que el tratamiento institucionalizado para la leishmaniasis tiene diversos efectos secundarios y los pobladores suelen considerarlo como traumático, por tanto urge realizar estudio sobre el comportamiento de la enfermedad y la posibilidad de encontrar alternativas terapéuticas para el tratamiento de la leishmaniasis.

VII. CONCLUSIÓN

1. En los resultados de la investigación se encontró que los pobladores de la localidad de Magdalena no consideran a la leishmaniasis como una enfermedad. Las personas adultas mayores la conciben como una herida que se origina por la mala sangre, es un mal de tierra, o por haber visitado un lugar donde habitaban los antepasados. Las personas jóvenes refieren que se origina por la picadura de un mosquito que lo transmite, y que los pobladores reconocen por las diversas características de la herida.
2. Los pobladores de la localidad de Magdalena utilizan diversas formas de tratamiento tradicional como son los siguientes: lavado con Llantén y Lancetilla, aplicación de emplasto de ajo molido y sal, aplicación de emplasto caliente de ajo, cebollón, mixto y sal dorados al fuego, aplicación del Huinllo (Hollín del fogón), emplastos de trébol con sal, aplicación de Santa Lucía con sal, aplicación de chamico caliente con ceniza de fogón, aplicación directa de tierra virgen, alumbre; y en menor medida el ácido de batería y polvo de la pila; así como la aplicación de creso previo lavado con llantén.
3. También se encontraron pobladores que utilizan formas mixtas de tratamiento utilizando la terramicina y el llantén.
4. Existe una diversidad de percepciones en los pobladores respecto a la efectividad de los tratamientos tradicionales, entre los cuales se pueden mencionar que los tratamientos tradicionales bien aplicados curan, o algunos tratamientos tradicionales no curan. Los tratamientos tradicionales deben realizarse en conjunto con los tratamientos del puesto de salud.

VIII. RECOMENDACIONES

A la DIRESA Amazonas.

1. Fomentar la investigación en problemas de salud relacionados a la leishmaniosis en las poblaciones rurales en convenio con la universidad.
2. Disponer de mayor información cuantitativa como cualitativa sobre el uso de recursos terapéuticos tradicionales para el tratamiento de la leishmaniosis, puesto que nos encontramos en una región endémica.

A la universidad, y a la Facultad de Ciencias de Salud.

3. Promover la investigación en poblaciones rurales que presentan altos índices de leishmaniosis para generar propuestas de abordaje y solución basadas en la evidencia científica.
4. Incluir en las asignaturas de pregrado la temática de las concepciones y tratamientos tradicionales de las enfermedades tropicales y vectoriales para insertar en el estudiante tales conocimientos y promover su capacidad de proponer alternativas de solución.

A los pobladores de la localidad de Magdalena.

5. Rescatar los conocimientos tradicionales de los usos de plantas medicinales, y promover la validación de estos conocimientos con la finalidad de encontrar soluciones que coadyuven en el tratamiento de la leishmaniasis.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, G., Jurgenson, J., y Luis. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Editorial Paidós. p. 147.
- Atkinson, P., y Hammersley, M. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós. p. 13
- Atom. (2010). *Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad*. Disponible en. <http://teoriasalud.blogspot.pe/p/madeleine-leininger.html>. Acceso el día 14 de abril, hora 7.00 pm.
- Bastidas, G. y Díaz, B. (diciembre, 2008). Prácticas y conocimientos populares sobre leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en un área endémica de Cojedes, Venezuela. *Fermentum Revista Venezolana de Sociología y Antropología ISSN*. (Bastidas, 2008, p. 634-655)
- Cabrejos, J., Lisigurski, M., Briones, J., Castañeda, W., Paima, K., y Quezada, E. (2002). *Tratamiento de leishmaniasis cutánea andina con ketoconazol en dos zonas de alta incidencia del Departamento de Amazonas: Reporte de Casos*. Revista Médica Herediana. (Cabrejos, 2002. P. 13 (4).
- Canales, et al. (2002). *Metodología de la Investigación Científica: Manual para el desarrollo de personal de salud*. México: Editorial Limusa. p. 96
- Casusol, Y. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniasis en la población de salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014*. (Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). Universidad San Martín de Porres, Perú.
- Díaz, M. (2002). *Descripción de los patrones de búsqueda y continuidad de tratamientos médicos tradicional y convencional para leishmaniasis cutánea a través de estudios de caso en el área de poptun, peten: papel de los curanderos e interpretación de los pacientes* (Tesis presentada previa a conferírsele el grado

académico de Licenciada en antropología) Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

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.*

García, D. (2004). *Leishmaniasis cutánea.* Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo España Actas Dermosifiliogr. . 96 (1): (García. 2004. P. 1-24)

Genevieve, B. (2009). "*La leishmaniasis: Plantas medicamentosa para una enfermedad descuidada*". Actualité scientifique. Institut de recherche pour le développement - 44, boulevard de Dunkerque, CS 90009 F-13572 Marseille Cedex 02 - France - www.ird.fr.126(1) (Geneviene. 2009. P. 149-158)

Hernández, R. (2008). "*Metodología de la Investigación*" (3a ed.) México. Editorial Mc. Graw hill interamericana. p. 524.

Isaza, D., Restrepo, B., Arboleda, M., Casas, E., Hinestroza, H. y Yurgaqui, T. 1999. Colombia. *La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia.* Revista Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 6 (3), (Isaza. 1999. P. 33)

Isla, C., Gómez, J. y Abad, C. (abril, 2011). *La uta: aspectos relevantes de la leishmaniasis tegumentaria americana en el Perú.* Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. (Isla. 2011. P. 12-28)

Longo, et all. (2016). "*Harrison principios de medicina interna*" (19 ed). México DF. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

MINSA. (2005). Lima. *Norma Técnica: Diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el Perú.* Dirección general de salud de las personas. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores.

- MINSA. (2016). *Casos notificados de leishmaniasis cutánea*. Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- MINSA, DGE. 2016. *Boletín Epidemiológico (Lima). Situación epidemiológica de la leishmaniasis en el Perú, I semestre 2015 (SE 26)*. ISSN versión impresa: 1563-2709, ISSN versión electrónica: 1816-8655.
- Muñoz, A. y Pareja, B. (2010). Perú. “*Plantas medicinales empleadas en el tratamiento de la leishmaniasis*”. Círculo Dermatológico del Perú ISSN versión electrónica: 1609-7254. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/Vol14_N3/dermofar.htm. Acceso el día 25 de abril, hora 4.00 pm.
- Nigenda, G., Mora, G., Aldama, S. y Orozco, E. (2000). *La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia*. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- OMS. (2017). *Medicina tradicional: definiciones*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/. Acceso el día 15 de febrero 2017, hora 9.15 am.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. Instituto interamericano de derechos humanos. Costa Rica.
- Patiño, S., Salazar, L., Tovar, C. y Vélez, I. (2016). *Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia)*. Revista Salud Colectiva
- Pearson R, Queiroz Souza A. (1997) Especies de Leishmania: Leishmaniasis visceral, cutánea y mucosa. En: Mandell, Douglas, Benett. Enfermedades infecciosas, principios y práctica. (4a ed.) Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2724-35.

- Pineda, R., Llanos, A. y Dancuart, M. (2015). *Tratamientos tradicionales utilizados en un área endémica de leishmaniasis cutánea en el Perú*. Revista Perú Medica Experimental Salud Pública 2015; 32(4). (Pineda. 2015. P. 761- 767)
- Prensa. (2011). *Con nueva infraestructura de salud cuenta población de Distrito de Magdalena en Amazonas*. Recuperado de: <http://www.fondoitaloperuano.org/prensa/con-nueva-infraestructura-de-salud-cuenta-poblacion-de-distrito-de-magdalena-en-amazonas>. Acceso el día 15 de agosto, hora 8.05 am.
- Romero, M. (1995). *El saber y las prácticas médicas tradicionales*. Instituto de Investigaciones y Formación Avanzada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Colombia.
- Sánchez, L., Sáenz, E., Pancorbo, J., Zegarra, R., Garcés, N. y Regis, A. (2004). *Leishmaniasis*. Revista Dermatología Peruana 2004; vol. 14: No 2. (Sánchez. 2004. P. 28-45)
- UN. (2009). Colombia. *Alternativa botánica contra leishmaniasis*. Recuperado de: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/alternativa-botanica-contra-leishmaniasis.html>. Acceso el día 24 de abril, hora 5.00 pm.
- Vélez, I. (1998). *Leishmaniasis en Colombia: Concepciones, Actitudes y Prácticas en Comunidades Indígenas y Campesinas*. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco. Colombia.
- Vera, E. (2009). Colombia. *“Alternativa botánica contra leishmaniasis”*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/alternativa-botanica-contra-leishmaniasis.html>. Acceso el día 21 de mayo, hora 9.00 am.

Anexos

Anexo 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA LEISHMANIASIS EN POBLADORES DE LA LOCALIDAD DE MAGDALENA, 2017.

<p><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u> ¿Cuáles es el tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la comunidad de Magdalena, 2017?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u> Describir el tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la comunidad de la Magdalena, 2017.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las concepciones sobre la leishmaniasis en los pobladores de la comunidad de la Magdalena, 2017. • Identificar el tratamiento tradicional de la leishmaniasis en los pobladores de la comunidad de la Magdalena, 2017. 	<p><u>Aspecto de estudio</u> Tratamiento tradicional de la Leishmaniasis en pobladores de la comunidad de Magdalena.</p>	<p><u>METODOLOGÍA</u> El trabajo de investigación fue de enfoque cualitativo, utilizando la metodología etnográfica El método es hipotético deductivo.</p> <p><u>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</u> Cualitativo descriptivo</p> <p><u>POBLACIÓN:</u> La población está constituida por todos los pobladores de la comunidad de Magdalena, que según datos INEI 2017, son un número de 795 habitantes.</p> <p><u>MUESTRA:</u> El tipo de muestreo fue por conveniencia, para la cual se obtuvo la muestra el criterio de selección de informantes claves y siguiendo la técnica de saturación de discursos.</p> <p><u>INSTRUMENTO</u> Guía de entrevista no estructurada Cuaderno de campo</p> <p><u>ANÁLISIS DE DATOS</u> Considerando las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de descubrimiento • Fase de codificación • Fase de relativización de los datos
---	--	---	--



Anexo 02

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Escuela Profesional de Enfermería

Guía de entrevista no estructurada

I. PRESENTACIÓN:

Estimado participante, con el respeto que usted se merece, a continuación se le realizarán una entrevista con el objetivo de “conocer el tratamiento tradicional de la Leishmaniosis en los pobladores de la comunidad de la Magdalena, el tiempo para desarrollarla será el que usted estime conveniente, por lo que se le pide que responda honesta y sinceramente.

II. INSTRUCCIONES:

La entrevista está estructurada en dos partes, la primera se le solicitará información general, en la segunda parte, se le hará dos preguntas abiertas a las cuales deberá responder con mucha sinceridad y de acuerdo a su experiencia personal sobre la Leishmaniosis.

III. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

Experiencia en tratamiento de la leishmaniosis o “uta”: _____

IV. PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO PARA LA LEISHMANIASIS

1. ¿Qué es la leishmaniosis o “uta” para usted?

2. ¿Cuál es el tratamiento que emplea para la leishmaniosis o “uta”?

(Preguntar sobre los insumos utilizados, la preparación, el modo de aplicación, la cantidad o dosis, la frecuencia de uso y algunas recomendaciones que pudiesen ser importantes).

Anexo 03
Formato de hoja del cuaderno de campo

Día	Hora	Conocimiento o practica observada	Creencia respecto a la práctica	Actividades de observación participativa en el evento observado

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada(o) poblador le saludamos cordialmente y a la vez le informamos que estamos realizando un trabajo de investigación titulado: TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA LEISHMANIASIS EN POBLADORES DE LA LOCALIDAD DE MAGDALENA, 2017; por tal motivo le solicitamos su colaboración en la ejecución de dicho estudio y dejamos constancia que su participación no significa ningún tipo de riesgo para usted ya que se mantendrá su identidad en secreto.

Atentamente:

Yoidentificado con DNI/
N°..... autorizo mi participación en el estudio en mención

Magdalena,..... de.....del 2017

FIRMA DEL INVESTIGADO

FIRMA DEL INVESTIGADOR

