

Enfermedades tropicales desatendidas estigmatizantes: una revisión sistemática

Laura Moya Alonso y Jorge Alvar

Introducción

Enfermedades tropicales desatendidas

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETDs) se encuentran entre las enfermedades infecciosas más comunes de la gente pobre en países en vías de desarrollo, donde ocasionan una alta carga de enfermedad que rivaliza con el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.¹ A nivel mundial afectan a más de mil millones de personas y ponen en riesgo a por lo menos dos mil millones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado 14 enfermedades en este grupo, que incluye a la mayoría de las enfermedades “tropicales” de los países más pobres: la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, la lepra, la filariasis linfática, la oncocercosis y la esquistosomiasis, entre otras.²

Las ETDs inhiben la capacidad de comunidades pobres afectadas de lograr un desarrollo sostenible.³ Más del 70% de los países y territorios afectados por ETDs son de ingresos bajos e ingresos medios-bajos; el 100% de los países de bajos ingresos están afectados, al menos, por cinco ETDs.⁴

En total, las ETDs causan aproximadamente 534,000 muertes anualmente y 56.6 años de vida ajustados por discapacidad perdidos (años de vida perdidos por discapacidad, AVADs). Consideradas en conjunto, estas ETDs representarían el cuarto grupo más importante de enfermedades transmisibles en humanos (después de las infecciones del tracto respiratorio

bajo, el VIH/SIDA y las enfermedades diarreicas).⁵ El impacto de las ETDs se extiende mucho más allá de los síntomas y signos visibles, afectando a las esferas del “malestar” crónico imperceptible, de las pérdidas socio-económicas y las oportunidades de desarrollo.⁵

La atención internacional hacia las ETDs ha ido en aumento en los últimos años. Se observa ampliamente que la carga real es más importante que la que los datos señalan y que existen nuevas oportunidades para su erradicación efectiva o para su control.^{6,7}

En las últimas décadas han surgido varios artículos que ilustran cómo el estigma resultante de ETDs específicas contribuye de manera importante a la carga de enfermedad y hasta a la pobreza. Un mecanismo común es la exacerbación de la enfermedad y del sufrimiento, resultado de un retraso significativo en la búsqueda de atención médica.¹ En términos de sufrimiento humano, las consecuencias del estigma a menudo rebasan la carga de las aflicciones físicas. El estigma social asociado a muchas de las ETDs (especialmente a las altamente desfigurantes, como la úlcera de Buruli, la lepra, la oncocercosis, la filariasis linfática y la leishmaniasis cutánea), tiene efectos psicológicos y sociales importantes en las comunidades afectadas.

El estigma

El concepto de estigma ha sufrido un proceso histórico de redefinición. De acuerdo al enfoque temprano de Goffman (1984), el término *estigma* “sería usado para referirse a un atributo que es profundamente desacreditante”.⁸ Se ha utilizado tradicionalmente asociado a la lepra como ejemplo del proceso de estigmatización y de sus consecuencias en la sociedad.^{9,10,11} Basándose en datos del leprosario de Carville (en el sur de EUA), Gussow y Tracy (1977) hicieron ver la importancia de los pacientes de

Laura Moya Alonso. Médico, asesora en salud pública, Dirección General de Salud Pública y Asuntos Exteriores en Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, Paseo del Prado nº 18, 28014, Madrid, España. Correo-e: lmoyaalonso@yahoo.es

Jorge Alvar. Directivo médico, Control de la Leishmaniasis, Enfermedades Tropicales Desatendidas, Organización Mundial de la Salud, Suiza.

Conflicto de intereses: ninguno.

lepra estigmatizados, no sólo como víctimas, sino también como agentes que pueden luchar por la des-estigmatización.⁹

Un enfoque actual del concepto de estigma lo definiría como un proceso social (experimentado o anticipado) caracterizado por exclusión, rechazo, culpa o devaluación, resultado de una experiencia, percepción o previsión razonable de un juicio social adverso sobre una persona o sobre un grupo.¹² El estigma marca al afectado como socialmente inaceptable o como un ser inferior y conduce, frecuentemente, a una identidad arruinada.¹³

El estigma es referido como un *estigma asociado a la salud* cuando este juicio está basado en una característica duradera de identidad conferida por un problema de salud o por una condición asociada a la salud,¹⁴ que contribuye a una carga escondida de la enfermedad. El impacto emocional de la descalificación social se suma a la carga física, psicológica y social de cualquier enfermedad de diversas maneras, por ejemplo, el estigma puede retrasar la búsqueda de tratamiento o producir su abandono en problemas de salud tratables⁽¹⁵⁾.

A pesar de que la magnitud y la intensidad del estigma, así como sus consecuencias, es aún difícilmente cuantificable, su medición se está convirtiendo en una prioridad en la elaboración de políticas. No obstante, algunos autores como van Brakel (2006) sostienen que las consecuencias del estigma son extraordinariamente similares entre distintos problemas de salud, culturas y programas de salud pública.¹⁶

Hasta ahora el estigma ha sido abordado en la literatura principalmente para enfermedades particulares. El presente artículo hace una revisión bibliográfica sobre el estigma asociado a las ETDs desfigurantes con manifestaciones cutáneas (úlceras de Buruli, leishmaniasis cutánea, lepra, filariasis linfática y oncocercosis), explora sus implicaciones en la salud pública y sugiere un enfoque integral para este conjunto de enfermedades.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que se recolectaron referencias de las siguientes bases de datos: PUBMED, Google Scholar,

SCIELO, LILACS y MEDLINE. Además, se hizo una investigación en línea en el sitio *web* de la OMS. Con el fin de identificar estudios primarios y secundarios (revisiones) se emplearon diversas palabras de búsqueda en varias combinaciones. Los términos de búsqueda fueron: enfermedad(es) tropical(es) desatendida(s), estigma, educación en salud, impacto psicológico, consecuencias sociales y las cinco enfermedades en cuestión (úlceras de Buruli, leishmaniasis cutánea, lepra, filariasis linfática y oncocercosis). Además, se hizo una búsqueda bibliográfica manual de las referencias citadas en los artículos obtenidos.

Los criterios de inclusión empleados fueron: estudios cuantitativos y cualitativos relacionados con el tema de interés, publicados entre 1983 y 2009. Para poder realizar una evaluación apropiada de los artículos, el texto completo (no nada más el resumen) debía estar disponible y escrito en inglés, español o portugués. Además, se recolectaron referencias relevantes citadas dentro de los artículos identificados por medio de la búsqueda y de otra bibliografía a disponibilidad de los autores.

Hallazgos

Se hallaron sesenta y seis artículos sobre nuestros temas de interés; de los cuales cincuenta y nueve estaban directa o indirectamente relacionados a las enfermedades tropicales cutáneas desatendidas y desfigurantes. De éstos, veinticuatro fueron revisiones bibliográficas de diferentes aspectos sociales, psicológicos y culturales de las cinco principales ETDs que fueron analizadas; diecisiete fueron estudios cuantitativos (la mayoría estudios transversales). Se identificaron dieciocho estudios cualitativos; la mayoría de éstos también con un enfoque cuantitativo. Fueron también incluidos dos estudios de intervención y diversas editoriales.

La úlcera de Buruli (UB)

La UB es la tercera enfermedad más común causada por una micobacteria en humanos (después de la tuberculosis y la lepra). Su agente causal, el *Mycrobacterium ulcerans*, está restringido a focos dentro de los trópicos y relacionado directamente con el agua estancada y de curso lento. Según la definición clínica de caso de la OMS, el estado pre-ulcerativo de la

UB incluye nódulos, placas o edemas; en la etapa ulcerativa la piel muestra comúnmente úlceras con típicos bordes socavados. A veces, el curso de la enfermedad se complica con osteomielitis.

Estudios recientes muestran que la carga de enfermedad asociada a la UB alcanza los 100,000 AVADs.¹⁷ A pesar del aumento dramático en los índices de incidencia observados en África Occidental durante la década pasada, la enfermedad continúa siendo desatendida.¹⁸

La úlcera de Buruli afecta predominantemente a los niños; el impacto inmediato y a largo plazo de esta enfermedad sobre este grupo tiene dos dimensiones: por un lado, la morbilidad y la hospitalización extendidas pueden conducir a interrupciones serias de la escolaridad y, por otro lado, las complicaciones frecuentes (como amputaciones y deformaciones contracturadas) provocan que los niños discapacitados no sean capaces de trabajar.¹⁹

Sólo algunos estudios en los países endémicos han evaluado las percepciones y las actitudes que los individuos afectados tienen respecto a la enfermedad.^{20,21} Un estudio realizado por Stienstra (2002) encontró que los pacientes enfrentaban dificultades en el desempeño de su rol como líderes, se sentían avergonzados debido a la UB y tenían una mala opinión de sí mismos. Con frecuencia, los pacientes expresaron que otras personas los eludían y que enfrentaban más problemas para contraer matrimonio; el temor a contraer la enfermedad por contagio estaba en el fondo de muchos de los aspectos estigmatizantes. El mismo estudio mostró que se otorgan causas diferentes a la UB: la mayoría de los encuestados atribuyó la enfermedad a factores mágico-religiosos y relacionados con la brujería.²⁰

Un estudio elaborado en Ghana por Renzaho *et al.* (2007) encontraron resultados similares: el 53% de los participantes no sabía la causa de la UB y sólo el 5,5% identificó el nadar o meterse a estanques como factor de riesgo.²¹ No obstante, este trabajo reveló un alto nivel de aceptación y de simpatía hacia pacientes con UB en la comunidad, hecho que difiere marcadamente de otros reportes publicados (como el previamente mencionado de Stienstra *et al.*, 2002).

Aujoulat *et al.* (2003) estudiaron los aspectos psico-sociales de los comportamientos de búsqueda de salud de pacientes con UB en el sur de Benin. Se observó un alto grado de inquietud alrededor de las consecuencias sociales que la cicatrización y las discapacidades asociadas a la UB pueden tener sobre las oportunidades de casamiento y de empleo.²² No se identificaron estudios sobre el impacto psicológico en individuos afectados por la UB.

La leishmaniasis cutánea (LC)

La leishmaniasis es considerada una de las enfermedades tropicales más desatendidas y presenta fuertes vínculos con la pobreza.²³ Se trata de una enfermedad infecciosa compleja causada por más de 20 especies de protozoarios del género *Leishmania*; sus síntomas incluyen desde úlceras cutáneas localizadas hasta una enfermedad sistémica letal.²⁴ La enfermedad es endémica en 88 países, en donde 350 millones de personas están en riesgo. Tiene una incidencia anual estimada de 1 – 1.5 millones de casos de LC y 500,000 de leishmaniasis visceral (LV). Se trata de la tercera enfermedad infecciosa transmitida por vectores más importante, con una pérdida estimada de 2,35 millones de AVADs.²⁵

Algunas formas de LC están caracterizadas por grandes y/o múltiples lesiones en la piel con tendencias variables de autocuración. La mayoría de las heridas se presentan en el rostro, lo que conduce a menudo a una estigmatización severa de las personas afectadas (por ejemplo, con frecuencia se condena a las mujeres con lesiones como inapropiadas para el matrimonio o para la crianza de niños).²⁶ El desfiguramiento y la estigmatización social que éste implica pueden causar o desencadenar desórdenes psicológicos, además de restringir la participación social del individuo afectado por la enfermedad.²⁷

En 2002 se estudió el efecto estigmatizante de la LC en cinco distritos de Kabul (Afganistán). Por medio de este estudio, se mostró que muchas percepciones locales sobre la LC están relacionadas de manera cercana al estigma y se concluyó que “las personas afectadas son excluidas de la vida comunitaria”.²⁸ El nivel de exclusión varió de “restricciones domésticas menores” al “aislamiento físico y emocional

severo". En el mismo estudio se mostró que los niños afectados se sentían desfigurados debido a sus lesiones y a sus cicatrices (como consecuencia del dolor producido por el tratamiento o porque eran excluidos de los juegos por otros niños). Durante la infancia y la adolescencia los padres tienden a aislar a los afectados en el curso de las lesiones activas. Cerca del 22% de los encuestados dijeron que una mujer con una lesión o una cicatriz producto de la LC tendría dificultades para encontrar un esposo. Estos resultados recalcan que la estigmatización puede ocurrir en todos los grupos de edad.

A comparación de otras enfermedades cutáneas, el impacto psicológico de la LC (relacionado de manera cercana al estigma) no ha sido considerado a profundidad en la literatura. Un estudio por Yanik *et al.* (2004), en Turquía, mostró que los síntomas de depresión y de ansiedad eran más altos en pacientes con LC. La satisfacción con el propio cuerpo también se vio impedida en los grupos con LC activa y con cicatrices curadas. Culturalmente, la gente mayor estaba más acostumbrada a las cicatrices producidas por la LC, pero las generaciones más jóvenes presentaron menos aceptación del estigma y de las desfiguraciones permanentes del rostro.²⁹

Lepra

La lepra (o enfermedad de Hansen) es una enfermedad crónica causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*. Sin tratamiento, puede ser progresiva, ocasionando daño permanente en piel, nervios, extremidades y ojos. Según los informes oficiales de la OMS de 118 países, la prevalencia registrada a principios de 2010 fue de 211,903 casos. Algunos países como India, Brasil, Nepal, Mozambique y la República Democrática de Congo todavía tienen una incidencia de lepra por encima de la meta de eliminación.³⁰ En términos de carga de enfermedad, la lepra contribuye con 198,000 AVADs.¹⁷

La lepra representa un gran riesgo de discapacidad física permanente y progresiva. Las personas discapacitadas afectadas por lepra pueden sufrir muchas desventajas que limitan o impiden el desempeño de su rol normal en la sociedad. Además, los enfermos pueden perder sus empleos y, por lo tanto, su independencia

económica. Eventualmente, aquél que padece la enfermedad pierde estatus social y se aísla progresivamente de la sociedad, de su familia y de sus amigos.³¹

Se ha observado que la actitud del público, en general, hacia los individuos con lepra es negativa. La repulsión de los pacientes ejercida por la sociedad se puede atribuir principalmente a los desfiguramientos visibles, a las discapacidades observadas en pacientes sin tratamiento y a las tradicionales connotaciones negativas y de estigma asociadas a la enfermedad.³³ Varios autores sostienen que el estigma asociado a la lepra se debe en parte a las percepciones locales sobre las causas de su transmisión, las cuales han diferido en el transcurso del tiempo y de acuerdo al lugar geográfico.³⁴

De manera general, todas las percepciones descritas son negativas e implican que el enfermo ha actuado incorrectamente y, de esa manera, es responsable de la enfermedad.³⁵ Algunas percepciones sobre las causas de la lepra incluyen: la idea de la enfermedad como castigo por pecados, por conducta inmoral, como producto de sangre mala o impura, de espíritus, de la voluntad divina, de la herencia, surgida por fuerzas naturales, por alimentos, causada por desnutrición o por el matrimonio con un enfermo.³⁶ En algunos estudios se observó que ni siquiera maestros o trabajadores de salud poseían información suficiente sobre la causa de la enfermedad, lo que fortalecía las actitudes irracionales y negativas.³⁴ Parece ser que más que ninguna otra dimensión afectiva, es el miedo el que conduce al rechazo.³³

Sin lugar a dudas, el estigma asociado a la lepra puede implicar consecuencias psicológicas importantes en los individuos afectados. El impacto psicológico del estigma fue estudiado Tsutsumi *et al.* (2007), quienes analizaron la calidad de vida, la salud mental y el estigma percibido de pacientes con lepra en Bangladesh. Se encontró que el 50% de los pacientes sufría de estigma percibido, lo que estaba asociado con una calidad de vida y un estado general de salud mental más bajos.³²

Los individuos afectados por lepra emplean una amplia variedad de estrategias para sobrellevar al estigma. Estas estrategias dependen en gran

parte de la posición de los individuos en las jerarquías familiares y comunitarias.¹³

Filariasis linfática (FL)

La FL es una enfermedad tropical que afecta a 120 millones de personas en 80 países, en los que cerca de 14 millones padecen linfedema y elefantiasis.³⁷ La FL es una enfermedad transmitida por mosquitos, causada por el nematodo filiforme *Wuchereria bancrofti*, responsable de aproximadamente del 90% de todos los casos de FL (seguido por los *Brugia malayi* y *Brugia timori*).³⁸ La FL genera un amplio espectro de enfermedades clínicas y subclínicas. Aproximadamente dos tercios de los individuos infectados no muestran ninguna evidencia manifiesta de enfermedad. El tercio restante padece manifestaciones crónicas de linfedemas crónicos de FL, elefantiasis e hidrocele.³⁹

Según la OMS, después de la enfermedad mental, la FL es la segunda causa más común de discapacidad a largo plazo.³⁹ La carga de enfermedad actual alcanza 5.77 millones de AVADs perdidos.¹⁷ Las manifestaciones crónicas discapacitantes de esta enfermedad (incluyendo el linfedema de las extremidades, de los pechos y de los genitales externos), tienen un efecto profundamente deletéreo sobre la calidad de vida de los pacientes.

El grado de estigmatización parece estar directamente correlacionado con la severidad de la enfermedad visible. Tal como muestran varios estudios,⁴⁰ las personas con grados más altos de linfedema e hidrocele tienden a tener problemas psico-sociales más severos, que físicos, ya que los primeros interfieren con la vida social de los individuos. Aquéllos con grandes deformidades son rechazados, evitan todas las actividades sociales y llevan una vida de aislamiento dentro de la familia. Algunos pacientes reportan sentimientos de depresión; otros tienen incluso pensamientos suicidas. Los problemas sexuales y en el matrimonio constituyen quejas comunes (aunque más mujeres que hombres los reportan, lo que no resulta sorprendente debido a que los hombres son generalmente más reticentes a admitir y discutir tales problemas).³⁷

La insatisfacción sexual es expresada más claramente cuando la FL se manifiesta como hidrocele en hombres. Los resultados de un

estudio reciente en la India revelaron que el hidrocele siempre es considerado una carga para el paciente y para su familia. En una discusión en un grupo focal con varones, todos mencionaron que nunca aceptarían que sus hijas se casaran con hombres con hidrocele. En tal estudio, el 94% de las mujeres reportó estar insatisfecha con su vida sexual.³⁸ Gyapong *et al.* (1996) encontraron resultados similares en un estudio realizado en el norte de Ghana.⁴¹ Además, varios trabajos muestran que el hidrocele tiene un impacto inmenso sobre las actividades económicas y sobre la productividad.³⁸

Algunos autores han señalado el impacto del estigma sobre pacientes con FL y las diferentes respuestas de los individuos afectados. Person *et al.* (2009) estudiaron el estigma relacionado con salud entre mujeres de República Dominicana y Ghana, encontrando que el impacto del mismo redefinió sus roles ocupacionales, resultó en una pérdida de ingresos y de identidad social, en una disminución de las interacciones sociales y del acceso a recursos, y en una mayor estigmatización. Las mujeres en Ghana reportaron mayor sufrimiento que las dominicanas, con una pérdida de sentido en sus vidas y una autoestima disminuida.⁴²

Las percepciones y las prácticas relacionadas a la FL están también vinculadas cercanamente a la apariencia y a la perpetuación del estigma. Diversos autores han mostrado que el conocimiento de ciertos aspectos de la filariasis es bajo y está correlacionado con el nivel de educación.^(37,41,43,45) Una creencia bien extendida es la etiología sobrenatural; más específicamente, la atribución de la causalidad al contacto con una sustancia mágica.

Oncocercosis

La oncocercosis o la ceguera de los ríos es una enfermedad crónica parasitaria causada por el nemátodo filárico *Onchocerca volvulus*. Este nemátodo es transmitido por las moscas negras del género *Simulium*. La enfermedad está presente en 38 países del mundo, incluyendo: África, Latinoamérica y la península Arábiga. La infección provoca predominantemente enfermedades de la piel, debilidad visual y ceguera.⁴⁶ En 1990 se estimó que la oncocercosis era responsable de la pérdida anual de aproximadamente 1 millón de AVADs a nivel mundial (de los que el 40% corresponden a la

debilidad visual y ceguera, y el 60% a la prurito severo).⁴⁷⁾ Tomando en cuenta la efectividad de los programas de control, la actual carga de enfermedad es de 484,000 AVADs.¹⁷

Más allá de los efectos visuales y cutáneos, la oncocercosis tiene otras consecuencias socio-económicas y psicológicas severas. El estigma asociado a la enfermedad puede reducir las perspectivas matrimoniales de los individuos que la sufren, afectar las relaciones sociales y ocasionar la pérdida de la confianza en sí mismos. Además, entre trabajadores agrícolas, la oncocercosis ha estado asociada a un aumento en el absentismo laboral y a la reducción de la productividad, lo conduce a ingresos más bajos.⁴⁸

Existen pocos estudios sobre el efecto estigmatizante de la enfermedad de piel por Oncocercosis (OSD), pero hay evidencia de que implica un problema social más serio que lo que se creía.^{49,50} En un intento formal para documentar el problema, el Grupo de Estudio Pan-Africano sobre Oncocercosis Cutánea (1995), del Programa Especial en Investigación y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (UNDP / Banco Mundial / OMS), condujo un estudio en ocho sitios de varios países. Cerca de un tercio de los afectados por OSD reportó baja autoestima y dificultades para contraer matrimonio. También se observó que algunas personas afectadas se sienten inferiores o piensan no tener valor, y que el 1-2% contempla el suicidio. La vergüenza, la falta de sueño y la dificultad de concentrarse también se asociaron a la oncocercosis.⁵¹ El grado de estigmatización aumentaba con el nivel de educación de los sujetos estudiados.⁴⁹

Ovugas *et al.* (1995) estudiaron, por medio del análisis de la reacción de los individuos no afectados, los aspectos psicosociales de la OSD en Uganda. Los resultados revelaron que la gente estigmatiza, teme y evita a los sujetos afectados de manera selectiva, de acuerdo a la naturaleza de su relación. El individuo afectado es comúnmente considerado torpe, débil, sucio, peligroso y emocionalmente frío. También se reportó que la gente no lo elegiría para un puesto que implique liderazgo.⁵²

Las percepciones tradicionales acerca de la oncocercosis tienen un fuerte vínculo con el estigma. Como se deduce de las historias de caso

individuales, los aspectos más perjudiciales del estigma son quizá las percepciones que relacionan a la enfermedad con la infertilidad y la impotencia. Diversas investigaciones indican que los individuos afectados por OSD piensan que la enfermedad afecta la capacidad reproductiva, el parto y sus resultados, y que conduce a la infertilidad, al aborto, a mortinatos y a impotencia en los hombres.^{53,54}

Discusión

Implicaciones en salud pública del estigma asociado a las ETDs

Los programas de control de las ETDs en países en vías de desarrollo fallan a menudo en el cumplimiento de sus objetivos; las razones son múltiples. Muchos estudios han resaltado la importancia de factores como la falta de conocimiento de los primeros síntomas, las percepciones tradicionales acerca de la enfermedad y de su tratamiento, la disponibilidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la calidad del proveedor de atención médica y previas interacciones insatisfactorias con los servicios de salud.

A continuación se presentan algunas formas en que el estigma relacionado con síntomas cutáneos desfigurantes puede afectar negativamente la provisión de servicios de salud para las ETDs abordadas en cuestión (al acceso al diagnóstico, al tratamiento y a su seguimiento).

Con el fin de mejorar nuestra comprensión sobre el estigma, así como su impacto psicosocial y en la salud pública, es muy importante situarlo en relación a otros factores y contextualizarlo dentro de un marco conceptual más amplio (figura 1).

Menor acceso al diagnóstico y al tratamiento

Las tendencias en los comportamientos relacionados con la prevención y los en salud están influenciadas por percepciones locales generales y por factores psico-sociales complejos, tales como la medida en el que el individuo se siente en control de su salud, la seriedad percibida de la enfermedad y la propia vulnerabilidad hacia ella, los costos y beneficios percibidos del tratamiento propuesto, y la sensación de la capacidad propia para manejar la

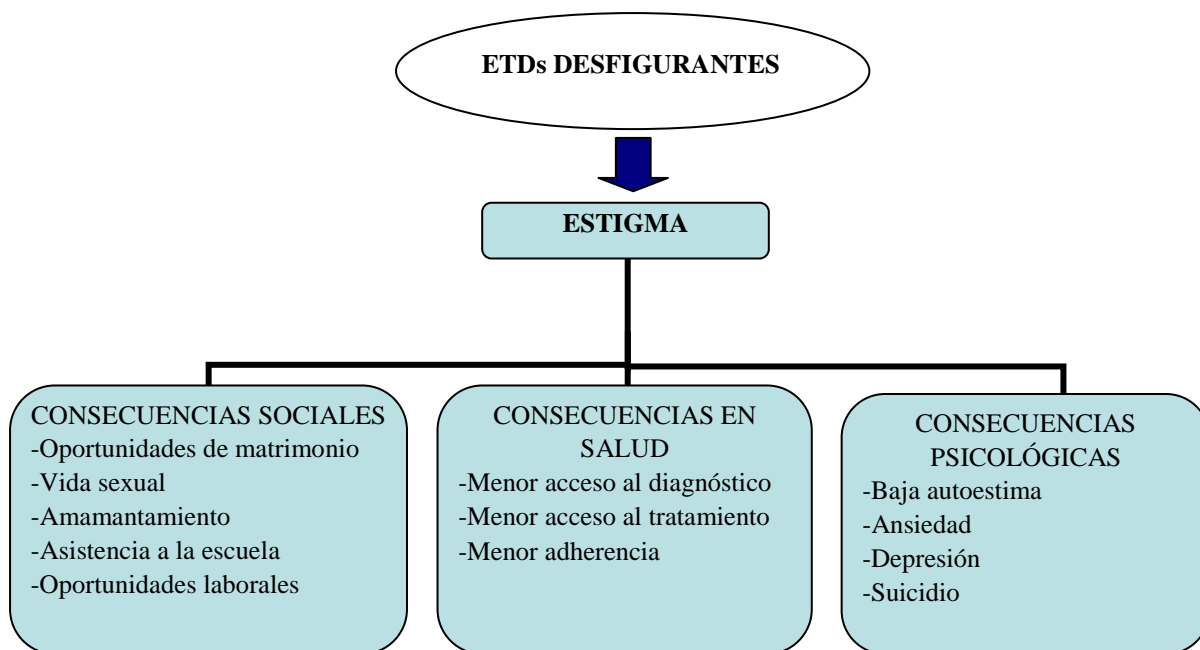


Figura 1. Marco conceptual del estigma asociado a las ETDs desfigurantes. El estigma tiene consecuencias importantes en la salud pública (como el acceso reducido al diagnóstico y al tratamiento y un índice bajo de seguimiento). Los efectos psico-sociales en las poblaciones afectadas también son relevantes.

enfermedad. Todos estos factores son parte de modelos cognitivos sociales que tienen como objetivo explicar y/o predecir la incidencia de conductas en salud.²⁴

Se ha encontrado que el estigma constituye un factor importante que conlleva al retraso en la búsqueda de acceso a los servicios de atención de salud. Como ya hemos analizado, algunos estudios muestran que pacientes afectados por UB tienden a presentarse en un estado tardío, cuando el tratamiento quirúrgico y la enfermedad misma tienen ya consecuencias devastadoras.²² En un estudio por Aujoulat (2003) se encontró que aquellos que habían padecido la enfermedad se sentían avergonzados de sus cicatrices y trataban de esconderlas.

En la misma línea, otros estudios sugieren que pacientes afectados por lepra prefieren ocultar su enfermedad que sufrir el rechazo social que podría suponer la revelación de su diagnóstico.^{55,13,56,59} Cuando los pacientes se presentan de modo tardío a los servicios de atención sanitaria, la transmisión de la enfermedad dentro de la comunidad aumenta y, por consiguiente, su control se dificulta. Por último, los pacientes que acuden de modo tardío pueden sufrir deformidades y discapacidades.³¹ Este hecho es mucho más evidente con las pacientes de lepra, quienes tienden a dejar un

periodo más largo entre los primeros síntomas y el diagnóstico, en comparación con los hombres.⁵⁷

En un estudio cualitativo realizado en Sri Lanka por Perera *et al.* (2007) se llegó a conclusiones similares con respecto a la FL. En el estudio se demostró que el estigma asociado a la FL resultó en malestar emocional, aislamiento social y un retraso en el diagnóstico y del tratamiento. Los servicios gratuitos en clínicas gubernamentales fueron evitados debido a que el estado del participante podría ser identificable. Por otro lado, las prácticas privadas locales, en las que su enfermedad podría ser escondida más fácilmente, fueron favorecidas. Este hecho tuvo como consecuencia que los pacientes recibieran de parte de médicos privados un tratamiento menos efectivo (y en algunos casos incluso inefectivo).⁵⁸

Menor adherencia al tratamiento

Tal como ha sido demostrado en estudios sobre lepra, el estigma también es un factor que ejerce influencia sobre la adherencia al tratamiento. Con el fin de prevenir la discriminación, después de descubrir los primeros signos de la enfermedad, los pacientes tienden a ocultarla por medio del aplazamiento en la búsqueda de atención médica. Tal hecho empeora el estigma

y perpetúa el ciclo. Una vez que el tratamiento ha comenzado, es posible que los pacientes dejen de acudir a la clínica o suspendan la toma de medicamentos por miedo al rechazo comunitario o por falta de aceptación de su enfermedad.³⁵

Además, el seguimiento del tratamiento depende en alto grado del conocimiento y de las percepciones que la comunidad tiene respecto a la enfermedad misma, lo que está estrechamente relacionado con el estigma. La educación en salud es crucial para la adhesión comunitaria y para el éxito de la mayoría de los programas de control. La falta de información comunitaria sobre la enfermedad y sobre los efectos secundarios de los medicamentos administrados puede afectar negativamente al seguimiento de la administración masiva de medicamentos (AMM) y al éxito de los programas de control. Un estudio realizado por Krentel *et al.* (2006) sobre el uso del conocimiento, actitudes y prácticas (KAP), realizado para preparar campañas de promoción de la salud y de administración masiva de medicamentos en Indonesia, mostró que el conocimiento sobre los síntomas de la FL, su transmisión y su control tienen un impacto positivo sobre la aceptación de la AMM⁽⁶⁰⁾.

Otros factores relevantes pueden también ser responsables de la presentación de casos tardíos y de la falta de seguimiento del tratamiento. Entre éstos se encuentran: la accesibilidad geográfica, la atribución de la enfermedad a la superstición y el fracaso en la realización de un diagnóstico en una etapa temprana.¹⁹

Finalmente, se han encontrado diferencias de género que influyen la adherencia y la finalización del tratamiento. Kumar *et al.* (2004) analizaron tales diferencias en relación a factores epidemiológicos asociados con la conclusión del tratamiento entre pacientes con lepra en Nepal. La proporción de adherencia al tratamiento entre los pacientes varones fue mucho más alta que entre las mujeres; por otro lado, se encontró una proporción de retraso más alto entre las pacientes. Este hecho se puede deber al miedo a las consecuencias sociales en las mismas.⁶¹

Implicaciones para la educación en salud

La educación en salud ha de jugar un papel central en la difusión de conocimiento y en el abordaje de las actitudes en la comunidad, entre los profesionales médicos y entre los afectados

por NTDs. En los casos en los que el estigma es un obstáculo para buscar atención preventiva o curativa adecuada, los programas de salud pública deberían, a través de campañas de educación en salud, luchar en contra del estigma.⁶² Para tener éxito es necesario el desarrollo de enfoques de información, educación y comunicación adecuados para todos los involucrados. Tal desarrollo no sólo ayudaría a reducir el estigma y el aislamiento social sufrido por los pacientes afectados; podría también incrementar la adherencia al tratamiento y motivar a las comunidades diana para ayudar a participar de modo activo en actividades de control.

La educación debe ser fácil de entender y debe abordar inquietudes reales. Educar sólo a los pacientes no es suficiente; también es necesaria la educación de sus comunidades. Dirigir la información a un grupo particular puede, en ocasiones, ser útil para alcanzar este cometido (por ejemplo: a líderes comunitarios o a jóvenes).³⁵ Las intervenciones pueden estar enfocadas al apoyo de los afectados, al cambio de conductas de aquéllos que estigmatizan (en la población en general o en grupos particulares) y a la eliminación o control de la enfermedad estigmatizada. En el caso de muchas enfermedades, pueden ser apropiadas diversas combinaciones de estos enfoques.⁶³

Se ha demostrado que algunos programas comunitarios de educación para la salud (enfocados a la reducción del estigma y al aumento de la aceptación de los pacientes con lepra) son también efectivos en la promoción de actitudes más positivas hacia los enfermos.^{64,65,66} En un estudio llevado a cabo en Bangladesh por Croft (1999) se encontraron niveles de prejuicios claramente más bajos (18-28%) en una comunidad rural que había recibido educación comunitaria (en comparación de otra comunidad que no había recibido).⁶⁵

Por otro lado, un programa de educación dirigido específicamente a la cultura en salud en Malasia (en el que se incorporaron las creencias culturales locales y se consideraron las sensibilidades de la gente, la estructura social, los valores y las creencias), mostró haber aumentado la aceptación de los mensajes sobre lepra, y mejorado el conocimiento y las actitudes hacia la enfermedad.⁶⁴

Limitaciones del estudio

La mayoría de los artículos relacionados con las ETDs y con el estigma son de estudios transversales/cualitativos o revisiones bibliográficas. La medición del estigma y sus consecuencias presenta aún retos y los datos disponibles son escasos.

Algunas limitaciones importantes de los datos están vinculadas a la ubicación de los estudios. Por ejemplo, la mayoría de los estudios sobre lepra y FL han sido llevados a cabo en Asia, y los de oncocercosis en Nigeria y en otros países africanos occidentales. Por eso, es posible que no sean representativos del área endémica mundial afectada por ales enfermedades.

Un estudio sobre oncocercosis mucho más representativo (a nivel geográfico) de la región africana entera (no cubierta por el Programa de Control de Oncocercosis) fue el conducido por el Grupo de Estudio Panafricano (OMS, 1995). El estudio abarcó un total de ocho sitios en África Occidental, Central y del Este. También Varkevisser *et al.* (2009) condujeron una investigación en varios países (Indonesia, Nigeria, Nepal, Brasil) sobre género y lepra.

Por otro lado, el tamaño de las muestras en muchos de los estudios fue pequeño y el sesgo de selección/observación no fue considerado de manera suficiente. Por eso, se hace necesario tener precaución en la generalización de resultados. Por ejemplo, el estudio de Tsutsumi *et al.* (2007) para determinar la calidad de vida y la salud mental de pacientes con lepra, incluyó una muestra de 189 pacientes.

El sesgo en la selección puede presentarse de diferentes formas. Algunos estudios de lepra fueron llevados a cabo entre pacientes que acudían a institutos de lepra o a hospitales especializados de nivel terciario (Peters y Eshiet, 2002; Tsutsumi, Izutsu, Islam *et al.*, 2007). Esto puede no ser representativo de la población entera afectada, la mayoría de la cual vive en áreas rurales remotas y tiene un acceso limitado a los servicios de salud. Por otro lado, para analizar el estigma asociado a la OSD, Brieger *et al.* (1998) utilizaron los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores de 20 años, laboralmente activos, sin enfermedades serias, y no-embarazadas. Teniendo en cuenta que entre los individuos con OSD severa las tasas de absentismo laboral son más altas, es fácil

observar que estos resultados pueden estar sesgados. Además, cuanto más estigmatizados estén los individuos, su probabilidad de participar en el estudio es menor (por sentimientos de vergüenza).

Conclusiones

La mayoría de las ETDs han sido objeto de programas verticales de control (desde, por lo

menos, los años cincuenta y durante los ochentas). La mayoría de tales programas estuvieron basados en la detección y en el tratamiento de casos, sin considerar otros factores culturales, sociales y psicológicos fuertemente vinculados a las comunidades afectadas.

Algunos programas establecidos en países en vías de desarrollo no han sido lo suficientemente exitosos o sostenibles, ya que las estrategias empleadas fueron inapropiadas o incompatibles con las percepciones tradicionales sobre la etiología la transmisión, el tratamiento y la prevención de las enfermedades.

Si se han de implementar intervenciones efectivas, es necesario un mejor entendimiento de las consecuencias psicosociales de la enfermedad para los individuos y sus familias, de las barreras que enfrentan en el acceso a la atención, y de sus estrategias para sobrellevar la enfermedad.

Se necesitan intervenciones apropiadas para prevenir el estigma y eliminar sus efectos negativos. La intervención sobre estos procesos sociales, culturales y morales requiere de intervenciones multidisciplinarias, diseñadas de manera ecológica para aquéllos que experimentan formas de estigma percibidas e internalizadas. Muchas intervenciones actuales para reducir el estigma siguen siendo obstinadamente biomédicas e individualistas. No hay ninguna teoría “intercultural” o “universal” sobre el estigma fácilmente disponible, pero un marco teórico adecuado podría contribuir en las predicciones de programas efectivos de reducción de dicho estigma.¹³

Es necesario también resaltar que las ETDs estigmatizantes deben ser analizadas en conjunto, ya que la mayoría comparten fenómenos culturales concretos (de percepción y

de prácticas). Además, es recomendable un abordaje horizontal integrado para reducir el estigma asociado a este grupo de enfermedades relacionadas con la pobreza. Esto brindaría una nueva perspectiva a los programas de control actuales. Por último, resulta fundamental fomentar la investigación sobre los aspectos socioculturales de la ETDs estigmatizantes.

Referencias

- Hotez, PJ. Stigma: The stealth weapon of the NTD. *Plos NTD* 2008; 2:1-2.
- World Health Organization (2009). Ten facts on Neglected Tropical Diseases. *Control of Neglected Tropical Diseases*. http://www.who.int/features/factfiles/neglected_tropical_diseases/ntd_facts/en/index1.html.
- Ehrenberg JP, Ault S. Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean. *BMC Public Health* 2005; 5:119.
- Manderson, L. Aagaard-Hansen, J. Allotey, P. Gyapong, M. Sommerfeld, J. Social research on Neglected Diseases and Emerging Themes. *Plos NTD* 2009; 3: 1-6.
- Engels, D. Savioli, L. Reconsidering the underestimated burden caused by neglected tropical diseases. *Trends in Parasitol* 2006; 22(8): 363-365.
- Boutayeb, A. Developing countries and neglected diseases: challenges and perspectives. *Int J for Equity and Health* 2007; 6:20.
- King, CH. Parasites and poverty: the case of schistosomiasis. *Acta Tropica* 2009; Dec 3.
- Goffman, E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Harmondsworth: Penguin Books Ltd., 1984. 174 pages.
- Gussow, Z. Tracy, GS. Status, Ideology, and Adaptation to Stigmatized Illness: A Study of Leprosy. In: *Culture, Disease and Healing*, edited by D. Landy, New York: Macmillan, 1977, p. 394-402.
- Waxler, NE. Learning to be a Leper: A Case Study in the Social Construction of Illness. In: *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*, edited by E. G. Mishler, Cambridge:Cambridge University Press, 1981a, p. 169-194.
- Waxler, NE. The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice. In: *The Relevance of Social Science for Medicine*, edited by L. Eisenberg and A. M. Kleinman, Dordrecht:D.Reidel Publishing Company, 1981b, p. 283-306.
- Scambler, G. Health-related stigma. *Sociol of Health and ill* 2009; 31(3): 441-455.
- Heijinders, ML. The dynamics of stigma in leprosy. *Int J of Lepr and other mycobac dis* 2004; 72(4): 437-447.
- Person, B. Bartholomew, LK. Gyapong, M. Addiss, D. Van den Borne, B. Health-related stigma among women with lymphatic filariasis from the Dominican Republic and Ghana. *Soc Sci Med* 2009; 68:30-38.
- Weiss, MG. Ramakrishna, J. Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol, Health and Med* 2006; 11(3):277-287.
- van Brakel, WH. Measuring health stigma-a literature review. *Psychology, Health and Medicine* 2006; 11(3):307-334.
- Mathers, CD. Ezzati, M. Lopez, AD. Measuring the burden of Neglected Tropical Diseases: The Global Burden of Disease Framework. *Plos NTD* 2007; 1(2).
- Grietens, KP. Um Boock, A. Peters, H. Hausmann-Muela, S. Toomer, E. Muela Ribera, J. "It is me who endures but my family that suffers": social isolation as a consequence of household cost burden of Buruli ulcer free of charge hospital treatment. *Plos NTD* 2008; 2(10): 1-7.
- Asiedu, K. Etuafu, S. Socioeconomic implications of Buruli ulcer in Ghana: a three-year literature review. *Am J Trop Med* 1998; 59(6): 1015-1022.
- Stienstra, Y. van der Graaf, WT. Asamoah, K. van der Werf, TS. Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer in Ghana. *Am J Trop Med and Hyg* 2002;67(2):207-213.
- Renzaho, AM. Woods, PV. Ackumey, MM. Harvey, SK. Kotin, J. Community-based study on knowledge, attitude and practice on the mode of transmission, prevention and treatment of the Buruli ulcer in Ga West District, Ghana. *Trop Med Int Health* 2007; 12(3): 445-458.
- Ajoulat I, Johnson C, Zinsou C, Guédénon A, Portaels F. Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer in southern Benin. *Trop Med Int Health*. 2003 Aug; 8(8):750-9.

23. Alvar, J. Yactayo, S. Bern, C. Leishmaniasis and poverty. *Trends in Parasitol* 2006; 22(12): 552-556.
24. Bern, C. Maguire, JH. Alvar, J. Complexities of assessing the disease burden attributable to leishmaniasis. *Plos NTD* 2008; 2(10): 1-7.
25. Hotez, PJ. Remme, JH. Buss, P. Alleyne, G. Morel, C. Breman, JG. Combating tropical infectious diseases: report of the Disease Control Priorities in Developing Countries Project. *Clin Infect Dis*. 2004 Mar 15; 38(6):871-8.
26. Reithinger, R. Mohsen, M. Aadil, K. Sidiqi, M. Erasmus, P. Coleman, PG. Anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis, Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases* 9 (6):727-729, 2003.
27. Kassi, M. Kassi, M. Khan Afghan, A. Rehman, R. Kasi, PM. Marring leishmaniasis: the stigmatization and the impact of cutaneous leishmaniasis in Pakistan and Afghanistan. *Plos NTD* 2008; 2(10): 1-3.
28. Reithinger, R. Aadil, K. Kolaczinski, J. Mohsen, M. Hami, S. Social impact of Leishmaniasis, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases* 2005; 11(4): 634-636. www.cdc.gov/eid
29. Yanik, M. Gurel, MS. Simsekt, Z. Kati, M. The psychological impact of cutaneous leishmaniasis. *Clin and Exp Dermatol* 2004; 29: 464-467.
30. Senior, K. Stigma, chemoprophylaxis and leprosy control. *Lancet Infect Dis*. 2009 Jan;9(1):10
31. Bainson, KA. Van den Borne, B. Dimensions and process of stigmatization in leprosy. *Lepr Rev* 1998; 69: 341-350.
32. Tsutsumi, A. Izutsu, T. Islam, AM. Maksuda, AN. Kato, H. Wakai, S. The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Soc Sci Med* 2007; 64: 2443-2453.
33. Dogliotti, M. Leprostigma in hanseniasis. *Hansen Int* 1979;4(1):40-41.
34. El Hassan, LA. Khalil, EAG, El Hassan, AM. Socio-cultural aspects of leprosy among Masalit and Hawsa tribes in the Sudan. *Lepr Rev* 2002; 73: 20-28
35. Rafferty, J. Curing the stigma of leprosy. *Lepr Rev* 2005; 76:119-126.
36. Wong, ML. Subramaniam, P. Socio-cultural issues in leprosy control and management. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2002; 13 (2) 85-94
37. Wijesinghe, RS. Ekanayake, S. Perera, MAS. Wickremasinghe, AR. Knowledge and perceptions of filariasis in Colombo, Sri Lanka, among patients with chronic filarial lymphoedema. *Ann of Trop Med and Parasitol* 2007; 101(3):215-223.
38. Babu, VB. Mishra, S. Nayak, N. Marriage, sex and hydrocele: an ethnographic study on the effect of filarial hydrocele on conjugal life and marriageability from Orissa, India. *Plos NTD* 2009; 3(4):1-7.
39. Wynd, S. Melrose, WD. Durrheim, DN. Carron, J. Gyapong, M. Understanding the community impact of lymphatic filariasis: a review of the socio-cultural literature. *Bull World Health Organiz* 2007; 85(6):493-498.
40. Kumari, AK. Harichandrakumar, KT. Das, LK. Krishnamoorthy, K. Physical and psychosocial burden due to lymphatic filariasis as perceived by patients and medical experts. *Trop Med Int Health* 2005;10(6):567-573.
41. Gyapong, M. Gyapong, JO. Adjei, S. Vlassoff, C. Weiss, M. Filariasis in Northern Ghana: some cultural beliefs and practices and their implications for disease control. *Soc Sci Med* 1996; 43(2): 235-242.
42. Person, B. Bartholomew, LK. Gyapong, M. Addiss, D. Van den Borne, B. Health-related stigma among women with lymphatic filariasis from the Dominican Republic and Ghana. *Soc Sci Med* 2009; 68:30-38
43. Rath, K. Nayak, AN. Babu, BV. Community's knowledge and perceptions about filarial elephantiasis and hydrocele in Coastal Orissa, India. *Asia-Pac J of Public Health* 2007;19: 29-33.
44. Coreil, J. Mayard, G. Louis-Charles, J. Addiss, D. Filarial elephantiasis among Haitian women: social context and behavioural factors in treatment. *Trop Med and Int Health* 1998; 3(6): 467-473m.
45. Ahorlu, CK. Dunyo, SK. Koram, KA. Nkrumah, FK. Aagaard-Hansen, J. Simonsen, PE. Lymphatic filariasis related perceptions and practices on the coast of Ghana; implications for prevention and control. *Acta Trop* 1999; 73: 251-264.
46. Okulicz, JF. Onchocerciasis. *E-medicine* (2007). <http://www.emedicine.com/derm/TOPIC637.HTM>
47. Remme, JHF (2004). The global burden of onchocerciasis in 1990. *World Health*

- Organization, Geneva.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/Onchocerciasis%201990.pdf
48. Moya Alonso, L. Murdoch, ME. Jofre-Bonet, M. Psycho-social and economic evaluation of onchocerciasis: a literature review. *Social Medicine* 4 (1):8-31, 2009.
 49. World Health Organization (1995). The importance of onchocercal skin disease: report of a multi-country study by the Pan-African study group on onchocercal skin disease. UNDP/World Bank/WHO Special Programme of Research and Training in Tropical Diseases (TDR).
<http://www.who.int/tdr/old/publications/publications/pdf/onchocercal.pdf>
 50. Brieger, WR. Oshiname, FO. Ososanya, OO. Stigma associated with onchocercal skin disease among those affected near the Ofiki and Oyan rivers in Western Nigeria. *Soc Sci Med* 1998;47:841-852.
 51. Wagbatsoma, VA. Okojie, OH. Psycho-social effects of river-blindness in a rural community in Nigeria. *J Roy Soc Prom of Health* 2004; 124(3):134-136.
 52. Ovuga, EBL. Okello, DO. Ogwal-Okeng, JW. Orwotho, N. Opoka, RO. Social and psycho-social aspects of onchocercal skin disease in Nebbi District, Uganda. *East Afr Med J* 1995;72(7):449-453.
 53. Amazigo, U. Onchocerciasis and women's reproductive health: indigenous and biomedical concepts. *Trop Doc* 1993; 23:149-151.
 54. Brieger, WR. Ramakrishna, J. Adeniyi, JD. Onchocerciasis and pregnancy: Traditional beliefs of Yoruba women in Nigeria. *Trop Doc* 1987;17:171-174.
 55. Barret, R. Self-Mortification and the stigma of leprosy in Northern India. *Med Antropol* 2005; 19(2): 216-230.
 56. Nicholls, PG. Wiens, C. Smith, WC. Delay in presentation in the context of local knowledge and attitude towards leprosy--the results of qualitative fieldwork in Paraguay. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 2003 Sep;71(3):198-209
 58. Peters, ES. Eshiet, AL. Male-female (sex) differences in leprosy patients in South-Eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. *Lepr Rev* 2002;73:262-267.
 59. Perera, M. Whitehead, M. Molyneux, D. Weerasooriya, M. Gunatilleke, G. Neglected patients with neglected disease? A qualitative study of lymphatic filariasis. *Plos NTD* 2007;1(2).
 60. Robertson, LM. Nicholls, PG. Delay in presentation and Stara of treatment in leprosy: experience in an out-patient clinic in Nepal. *Lepr Rev* 2000;71:511-516.
 61. Krentel, A. Fisher, P. Manoempil, P. Supali, P. Servais, G. Rückert, P. Using knowledge, attitudes and practice surveys on lymphatic filariasis to prepare a health promotion campaign for mass drug administration in Alor district, Indonesia. *Trop Med and Int Health* 2006:1731-1740.
 62. Kumar, R. Singhasivanon, P. Sherchand, JB. Mahaisavariya, P. Kaewkungwal, J. Peerapakorn, S. Mahotarn, K. Gender differences in epidemiological factors associated with treatment completion status of leprosy patients in the most hyperendemic district of Nepal. *Southeast Asian Trop Med Public Health* 2004;35(2):334-339.
 63. Ribera, JM. Grietens, KP. Toomer, E. Haussman-Muela, S. A word against the Stigma Trend in Neglected Tropical Disease Research and Control. *Plos NTD* 2009;3(10):445.
 64. Weiss, MG. Stigma and the Social Burden of Neglected Tropical Diseases. *Plos NTD* 2008; 2(5): 1-5.
 65. Chen, PC. Human behavioural research applied to the leprosy control programme of Sarawak, Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 1986 Sep;17(3):421-6.
 66. Croft, R. Leprosy elimination--sprint or marathon? *Lepr Rev* 1999; 70(4): 428-429.
 67. Raju, MS. Rao, PSS. Mutatkar, RK. A study on community-based approaches to reduce leprosy stigma in India. *Indian J Lepr* 2008; 80:267-273

Abeviaturas

- LC: Leishmaniasis Cutánea Antroponotica (Anthroponotic cutaneous leishmaniasis)
 BB: Úlcera de Buruli (Buruli ulcer)
 LC: Leishmaniasis Cutánea (Cutaneous leishmaniasis)
 AVAD: Año de Vida Pedido por Discapacidad
 IEC: Información, Educación, comunicación (Information,

education, communication)
KAP: Conocimiento, actitudes, prácticas
(Knowledge, attitudes, practices)
FL: Filariasis linfática (Lymphatic
filariasis)
AMM: Administración Masiva de
Medicamentos
ETD: Enfermedad Tropical Desatendida
OCP: Programa de Control de la
Oncocercosis (Onchocerciasis
Control Programme)
OSD: Enfermedad de la piel causada por
la oncocercosis (Onchocercal Skin
Disease)
TDR: Programa Especial de
Investigaciones y Enseñanzas
sobre Enfermedades Tropicales
(UNICEF/UNDP/Banco Mundial/

OMS)

LV: Leishmaniasis visceral (Visceral
leishmaniasis)
OMS: Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Al Dr. Jens Aagaard-Hansen, del Centro de Promoción de la Salud de Steno, en Dinamarca, por su invaluable apoyo, y a la Dra. Elena Alvarez, Consultora del Departamento de Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, en Madrid, por sus útiles consejos y guía.



Medicina Social
Salud Para Todos