

# ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UNA POBLACIÓN INDÍGENA DE MINAS GERAIS, BRASIL: UN PROBLEMA BIOCULTURAL

Óscar Torretta y Antonio Guerci

*Instituto di Antropologia Fisica, Universita Degli Studi di Genova*

Uno de los factores más importantes en la antropología médica es el método por medio del cual las enfermedades y la salud se relacionan con los procesos adaptativos de las diferentes poblaciones.

En los últimos años el modelo ecológico resulta ser el más apto para indagar este problema. Dicho modelo tiende a integrar más de una variable en el estudio de las dinámicas de los procesos biológicos. No discutiremos las ventajas o los contenidos metodológicos de este modelo. Simplemente trataremos de explicar cómo una perspectiva integral puede ser particularmente apropiada cuando se quiere estudiar un problema de tipo endémico como el mal de Chagas.

La enfermedad de Chagas es uno de los problemas sanitarios básicos, tanto en el estado de Minas Gerais en Brasil, donde vive la población xacriabá, que nosotros estudiamos, como en toda América Latina (la OMS ha estimado 16 millones de individuos afectados en 1990).

Iniciamos esta exposición con una breve descripción y análisis de la población y la enfermedad.

La población xacriabá se localiza al norte del estado de Minas Gerais, en el lugar llamado "Puesto Indígena Xacriabá", en el municipio de Itacarambí. Fuertemente descaracterizada desde hace más de dos siglos, tanto desde el punto de vista biológico como cultural (Saint Hilaire 1938), esta población, según el *Handbook of South American Indians* (6: 478), pertenece al grupo lingüístico Jê, en la división Akwê. Esta división lingüística se refiere a una lengua actualmente

extinta que se hablaba en el territorio que se halla entre los ríos San Francisco y Tocantins, en el centro-sur de Brasil.

La enfermedad de Chagas es causada por un protozoario flagelado parasitario que se llama *Trypanosoma cruzi*, y se trasmite a los seres humanos por los excrementos de algunos insectos hematófagos conocidos como triatomas, un subgrupo de la familia de las *Reduviidae*. Popularmente estos insectos tienen diferentes nombres según la zona geográfica donde se encuentren. En Estados Unidos, por ejemplo, uno de los nombres más difundidos es *Kissing bug*, en Argentina, *vinchuca* y en Brasil, *barbeiro*.

Tres géneros de triatomas están relacionados con la transmisión del mal de Chagas: las *Triatoma infestans*, *dimidiata*, *sordida*, el *Rhodnius prolixus* y *pallescens* y el *Panstrongylus megistus*.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad pueden ser agudas o crónicas. Esta última puede desarrollarse en órganos como el corazón, el esófago y/o el colon.

En lo que se refiere al tratamiento, se han hecho grandes progresos mediante técnicas quirúrgicas o suministro de medicamentos, pero no lo suficiente como para afirmar que ésta se puede curar. De todas maneras esto no sucede en las áreas más pobres de América Latina. Por ejemplo, la población xacriabá cuenta con apenas dos puestos sanitarios muy mal equipados.

Carlos Chagas, brasileiro, descubrió la enfermedad en 1909, y en 1911 ya se luchaba para que las autoridades de su país tomaran las medidas preventivas adecuadas. De todas maneras, en toda América Latina pronto se dieron cuenta de que la endemia chagásica estaba en estrecha relación tanto con el asentamiento humano como, y sobre todo, con las intervenciones intempestivas del hombre sobre su ambiente.

Las triatomas son originariamente insectos silvestres que con el tiempo se adaptaron a ecotopos artificiales.

El primer testimonio escrito de la presencia de una triatoma adaptada a un ecotopo artificial se le atribuye a fray Reginaldo de Lizaraga, quien durante largo tiempo viajó por América Latina (Bolivia, Chile, Perú, Argentina). También se encuentran las descripciones de "hitas" y de "chinches con alas" hechas por otros cronistas que en el año 1500 viajaron antes que él a México, Nicaragua y Perú (León 1962).

Algunos restos momificados del valle Trapaca en Chile evidencian que la enfermedad de Chagas debió haber estado presente aproximadamente 2500 años aC (Rothhammer 1985). Esta opinión es avalada por el hecho de que la enfermedad en Chile no se manifiesta actualmente en la forma tan agresiva que presenta en el resto de América Latina, lo cual indica una relación muy antigua entre el ser humano y el parásito. En Brasil no existen testimonios acerca de la presencia de triatomas antes de 1835, fecha en que por primera vez las describe Burmeister. Este testimonio coincide temporalmente con los dos fenómenos de mayor importancia en el desarrollo de la enfermedad misma: los fenómenos migratorios y de habitabilidad. Hagamos un breve análisis de ambos en sus respectivas dinámicas ecológicas. La Revolución Industrial a principios del siglo XVIII en Europa y su coincidencia con las revoluciones de independencia en América Latina propiciaron que se desarrollaran dos fenómenos nuevos en el continente Americano:

1. Una masiva inmigración hacia el interior del continente, con relativos movimientos de las tribus ya asentadas;
2. Otra masiva emigración a fines del siglo desde Europa hacia América Latina.

Estos grandes desplazamientos humanos necesitaron naturalmente nuevas estrategias de asentamiento. En el área rural, por ejemplo, además de las grandes desapariciones de bosques, que crearon nuevos hábitats para los insectos, incidieron en la utilización de materiales como leña, tierra y los techos de paja o de palma que gradualmente sustituyeron a los nidos de mamíferos y de pájaros, en los cuales las triatomas vivían en simbiosis antes de que los humanos modificaran su ambiente.

Otro factor importante en la difusión de la enfermedad chagásica fue la utilización del espacio habitacional como almacén para el trigo. Con esto, pequeños roedores o pájaros contribuyeron a que las larvas o los huevos de las triatomas se transformaran de selváticas en domésticas.

Recién se ha puesto en evidencia la relación entre la presencia de las triatomas y la movilidad de los trabajadores agrícolas (Schofield 1985). Dicha relación aclaró cómo los insectos, una vez establecidos

domésticamente y en condiciones alimentarias favorables, proliferan con mayor intensidad.

Se constató de manera definitiva que el binomio rancho-campesino/desequilibrio ambiental es la causa que desencadena la endemia chagásica. En el ámbito cultural intervienen otros factores que limitan los daños, como el tipo de colonización y la calidad de vida.

Esto se ha comprobado por la inexistencia de la endemia en Estados Unidos, a pesar de que existan todos los elementos ambientales para una difusión mayor de la enfermedad.

También podemos referirnos a las poblaciones indígenas del Amazonas que no poseen referencias lingüísticas para estos insectos, que demuestran un modelo adaptativo exitoso (movilidad, número de población) y con ausencia de la enfermedad, a pesar de la enzootia silvestre.

Desde un punto de vista antropológico es evidente que:

1. La enfermedad de Chagas es un ejemplo de estrategia adaptativa de éxito incompleto.

2. Para el estudio y la erradicación de la enfermedad es más útil un enfoque integral que sólo un ataque con productos químicos.

3. Para desarrollar este tipo de estudios el mejor modelo es el que integra factores biológicos, culturales y ambientales, como ya fue propuesto por diversos autores (Armelaos 1978, Baker 1966, Cresta 1985 y McElroy 1990).

*Antígenos del sistema ABO (M.G. Carvalho 1983)*

Grupo sanguíneo	Indios	%	Grupo campione	%
O	27	48.2	17	54.8
AI	20	35.7	12	38.7
A2	07	12.5	0	0
B	02	3.6	2	6.5
Total	56	100.0	31	100.0

En nuestro modelo hemos tratado de integrar algunas interrogantes que se refieren a:

- a) La incapacidad de la población para expresar morfológicamente sus potencialidades genéticas (aspecto biológico).
- b) Las estrategias sanitarias tradicionales y biomédicas disponibles al interior de la comunidad para combatir a los agresores ambientales (aspecto cultural).
- c) La interacción de los agresores con el ambiente, en el caso específico de las dinámicas locales de la tripanosomiasis (aspecto ambiental).

Tenemos, por lo tanto, en el primer caso, los datos referentes a algunos parámetros antropométricos, fisiológicos, genéticos y demográficos de la población xacriabá, enfrentados con los de otras poblaciones indígenas brasileñas y con un grupo no indígena de Belo Horizonte.

Pensamos que los condicionamientos ambientales se manifiestan con mayor relevancia a nivel morfo-funcional en el estudio longitudinal que proponemos.

En el segundo caso hemos constatado la falta de un adecuado sistema biomédico, ya que sólo existen en la comunidad dos curanderos dispuestos a colaborar en proyectos para mejorar los sistemas de control de la enfermedad de Chagas.

Esta última estrategia es apta para la introducción de conceptos de profilaxis biomédica a cargo de los practicantes de la medicina tradicional ya aceptada e insertada en el contexto social, teniendo en cuenta que la comunidad, como se dijo, no cuenta con el personal sanitario adecuado y está compuesta aproximadamente por 5 000 individuos que viven en 94 388 km<sup>2</sup>, con una densidad media aproximada de 9.7 habitantes por km<sup>2</sup>. El promedio de personas por casa es de seis, con una presencia peridomiciliar de triatomas del 80% y del 2% dentro de las casas, por lo que debería existir una prevalencia de la enfermedad en el 25% de la población (Rocha 1987: 23).

En cuanto al aspecto ecológico, estamos actualmente indagando acerca de la relación entre la dispersión de las casas y la colonización de triatomas; las descargas al aire de los desechos orgánicos e inorgánicos, la difusión de otras patologías por medio de los animales

domésticos que viven directamente en contacto con los niños y los adultos, y sobre las posibles mejoras en el funcionamiento de las cuatro bombas de agua, de las cuales tres no funcionan.

Esta información será puesta a la disposición de los reponsables tanto de los programas especiales sobre enfermedades tropicales de la OMS como de los proyectos de educación sanitaria del Ministerio de Salud Brasileño.

Pensamos que de esta manera aplicamos los principios de la antropología médica, que es una disciplina con lenguajes y conocimientos múltiples. Por lo tanto, debería ser practicada en forma colectiva por los especialistas de diversas áreas en este campo, o por antropólogos que hagan converger alrededor de la medicina una más amplia fenomenología y una mayor profundización de la interacción de los fenómenos bioculturales.

Este trabajo se desarrolló en colaboración con el MURST.

## BIBLIOGRAFÍA

ARMELAGOS, G.

1978 "The ecological perspective in disease". *Health and the Human Condition*. Logan and Hunt, North Scituate, MA Duxbury Press.

BAKER, P.

1966 *The biology of human adaptability*. Oxford University Press, Londres.

CRESTA, M.

1985 *Ecología humana*. CESI, Roma.

LEÓN, L.A.

1962 "Contribución a la historia de los transmisores de la enfermedad de Chagas". *An. Congr. Int. Doença de Chagas* 3: 761-70.

MC ELROY, A.

1996 *Medical Anth. Quarterly* 4(3).

ROCHA, M.

1987 "Remanescentes Xacriabá en Minas Gerais". *Revista de Farmacia e Bioquímica* 8: 19-27. UFMG, Belo Horizonte.

ROTHAMMER, F.

1985 "'Chagas' disease in Pre-columbian South America". *Amer. Journal Physical Anthropology* 68(4). Filadelfia.

SCHOFIELD, C.

1985 "Population dynamics and the control of *Triatoma infestans*". *Ann. Soc. Belge Med. Trop.* 65 (suppl., 1): 149-164.