



# **UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN**

**Monografía**

***Grisi Siknis* desde un Enfoque Epidemiológico**

**Para optar al título de Doctor en Medicina Intercultural y Cirugía**

**Autor: Bra. Jhomarie Maureen Bonilla Rodríguez  
Br. Eldin Armando Martínez Hunter.**

**Tutora: MSc. Serafina Espinoza**

**Bilwi. RAAN, noviembre 2019**



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES  
AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE  
NICARAGÜENSE  
URACCAN**

**Monografía**

***Grisi Siknis* desde un Enfoque Epidemiológico**

**Para optar al título de Doctor en Medicina Intercultural y Cirugía**

**Autor: Bra. Jhomarie Maureen Bonilla Rodríguez  
Br. Eldin Armando Martínez Hunter**

**Tutora: MSc Serafina Espinoza Blanco**

**Bilwi. RAAN, noviembre 2019**

“A los Pueblos Indígenas que habitan la Costa Caribe Norte de Nicaragua por ser parte de la herencia histórica que nuestros antepasados nos han dejado y que ellos han conservado y transformado a través de los años, pero que a pesar del paso del tiempo y de los cambios que han sufrido, nos recuerdan de dónde venimos y cuáles son nuestras raíces.”

## **AGRADECIMIENTO**

A: Dios por sobre todas las cosas, mi luz, mi refugio y mi fortaleza.

A: Mis hijas, Allison Fernanda, Ana Camila de Guadalupe y Ximena Valentina de Guadalupe que son mi energía y el motor que me impulsa hacia adelante.

A: Mi familia materna, en especial a mi abuela (Tita) guerrera incansable de todas las luchas, ejemplo de honestidad, dignidad y perseverancia.

A: Mis docentes, en especial a los que además del conocimiento, fortalecieron en nosotros las cualidades del buen médico con el actuar de cada día.

A: Las Autoridades Universitarias del Recinto Bilwi – URACCAN por su paciencia y la confianza que han demostrado en este gran proyecto que es la Medicina intercultural.

**Br. Jhomarie Maureen Bonilla Rodríguez**

## **AGRADECIMIENTO**

- A. Dios por sobre todas las cosas, por su sabiduría, sustento, refugio y mis fortalezas.
  
- A. Mi familia, en especial a mi madre y padre (fallecido), quienes me sostuvieron y me impulsaron durante mi formación académica, todas las luchas, ejemplo de honestidad, dignidad y perseverancia.
  
- A. Mi hijo, Manuel de Jesús Martínez; el motor que me impulsa hacia adelante y ser cada día mejor persona en todos los ámbitos de mi vida.
  
- A. Mis docentes, en especial a los que además del conocimiento, fortalecieron en nosotros las cualidades del buen médico con el actuar de cada día.
  
- A. Las Autoridades Universitarias del Recinto Bilwi – URACCAN por su paciencia y la confianza que han demostrado en este gran proyecto que es la Medicina intercultural.

**Br. Eldin A. Martinez Hunter.**

## INDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>4</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados y Discusión .....</b>	<b>26</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>34</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>36</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>39</b>

## RESUMEN

El presente es un estudio cuantitativo de corte transversal, descriptivo exploratorio que se llevó a cabo en el SILAIS BILWI (Puerto Cabezas, Waspam y Prinzapolka), se realizó revisión de series cronológicas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SILAIS Bilwi (SIVE) desde el año 2011 al año 2017 con la finalidad de indagar sobre la distribución del Grisi Siknis según categorías epidemiológicas de (tiempo, espacio y persona).

Se encontró que del 2011 – 2017 se registraron 226 casos de Grisi Siknis siendo el sexo femenino mayormente afectado con un 72.57% (164 casos), con una relación mujer - hombre de 3 – 1.

El grupo etéreo más afectado es el de los adolescentes de 15 a 19 años que en el presente estudio representó el 63.72% (144 casos).

Un hallazgo muy importante es el hecho de haber encontrado casos registrados en el grupo etéreo de 5 a 9 años (1 caso) y el grupo etéreo de 50 a 59 años (1 caso), aunque esto solo representa el 0.4% no podemos restarle importancia a este hallazgo, tomando en cuenta que estos grupos etéreos son más vulnerables a presentar accidentes y al ser afectados por el Grisi Siknis el riesgo sería mayor y podría tener desenlaces fatales.

El 80.98% (183 casos) se presentaron en la población económicamente activa. El municipio que más casos registró fue Waspam Rio Coco, los meses de mayor incidencia fueron: marzo, junio y octubre.

Un hallazgo importante fue la existencia de subregistro de la información, por lo que el equipo investigador ha recomendado la creación de un observatorio de las enfermedades socioculturales que pueda funcionar desde el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario en URACCAN, así como la sensibilización de

los trabajadores de la salud a través de capacitaciones sobre la recolección de la información de enfermedades socio culturales, para garantizar que la información de estos padecimiento llegue de manera completa al sistema de vigilancia del Ministerio de Salud.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio titulado **Grisi Siknis desde un enfoque epidemiológico**, se llevó a cabo en el SILAIS BILWI el cual está conformado por los municipios de Puerto Cabezas, Waspam Rio Coco, Prinzapolka. En él se trata de indagar sobre la incidencia y distribución de este padecimiento de acuerdo a las categorías de la epidemiología clásica (espacio, tiempo y personas), a través de la revisión documental de informes del sistema de vigilancia epidemiológica del SILAIS BILWI desde el año 2011 al 2017, dicha investigación reviste de importancia, dado que la población de los municipios que conforman el SILAIS Bilwi se caracteriza por ser Multiétnico y Pluricultural, en ella habitan diferentes pueblos indígenas entre los que destaca el pueblo Indígena Miskito. Cada uno de estos pueblos tienen sus propias cosmovisiones, padecimientos y prácticas ancestrales de salud.

En el pueblo Indígena Miskito existe una dolencia conocida como Grisi Siknis, la cual se ha venido presentando año con año en forma de brotes (epidemias) en los municipios de Waspam, Prinzapolka y Puerto Cabezas principalmente, sumiendo a las comunidades donde se ha presentado en una situación de caos que paraliza tanto a la comunidad como a las familias y que desde los Servicios de Salud Occidental no se encuentra la respuesta.

Por lo anterior se iniciaron estudios sobre el Grisi Siknis enfocados en la caracterización de signos y síntomas de la enfermedad dejando a un lado la parte Epidemiológica a pesar de que esta Enfermedad Sociocultural se presenta en brotes y es de rápida propagación, pudiendo afectar a comunidades enteras las cuáles se ven paralizadas de sus actividades sociales y económicas mientras dura el padecimiento de las personas.

Se pretende con el presente trabajo contribuir desde el Ministerio de Salud a mejorar la calidad de atención de las enfermedades sociocultural ya que los

resultados del mismo ayudaran a planificar las estrategias de intervención precoz de los brotes.

## II. OBJETIVO GENERAL:

Describir el comportamiento epidemiológico del *Grisi Siknis* en el SILAIS Bilwi del año 2011 al 2017.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la incidencia de ***Grisi Siknis*** en el SILAIS Bilwi, en el período del 2011 al 2017.
2. Indagar sobre la distribución de casos de ***Grisi Siknis*** por edad, sexo e identidad étnica, SILAIS Bilwi 2011 – 2017.
3. Identificar los municipios del SILAIS Bilwi, afectados por el ***Grisi Siknis*** en el período del 2011 – 2017
4. Determinar los meses que registran mayor número de casos de ***Grisi Siknis*** en el SILAIS Bilwi 2011 – 2017.

### III. MARCO TEÓRICO

#### **Pueblos Indígenas**

En el Artículo 1 del Convenio de la OIT (No. 169) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), se considera indígena a aquel sector de la colectividad nacional que se distingue de otros sectores, aplicándose a “los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional y que están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial” y aplicándose también.

El concepto de *pueblo* se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.

#### **Transculturización**

Se habla de Transculturación para referirse a un proceso de sustitución en el que una sociedad adquiere de forma gradual gran parte de una nueva cultura y la asimila en la propia, dejando de lado las **costumbres** y la **identidad cultural** que la habían caracterizado tradicionalmente. (Ortiz, 1940)

El término **transculturación** se generó en el terreno de la antropología a partir del año 1940; el concepto lo ideó **Fernando Ortiz, del artículo *Nuestra América* de José Martí.**

(Epañola, 2014) El diccionario de la Real Academia Española, define a este término como: *"Recepción por un pueblo o grupo social de formas de cultura procedentes de otro, que sustituyen de un modo más o menos completo a las propias"*. Por lo que se podría decir que la transculturación es un proceso gradual por el cual una **cultura** adopta rasgos de otra, hasta culminar en una **aculturación**. Generalmente se ha supuesto que la **enseñanza** o intercambio de rasgos que van

desde una cultura "más desarrollada" a otra "menos desarrollada", parecería que esto puede ocurrir sin conflictos; sin embargo, se observa que la mayoría de las transculturaciones son muy conflictivas, en especial para la cultura "receptora".

### **Cosmovisión Indígena Salud – Enfermedad**

La *cultura* puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos, cosmovisión e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. La etnia, la raza y el nivel socio económico, el contexto geográfico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En cuanto al nexo salud - enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica y el ámbito geográfico de la naturaleza en el que se asienta cada cultura. Por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas.

(OMS, 1996) La Organización Mundial de la Salud (, define la *salud* como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Lo que equivaldría a bienestar, para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social". En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual

(físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual). Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad comunidad en condiciones de equidad.

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o *cosmovisión* se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos *Sistemas de Salud Tradicionales / Sistemas de Salud Indígenas*. Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explica la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal.

En los sistemas de salud tradicionales, la *enfermedad* es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. La mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales encantos, vientos, espíritus que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios,

cuyo origen pertenece al mundo mítico indígena. Así mismo existen diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades.

En general, cada terapeuta las usa de acuerdo a su formación, según sus poderes y preferencias. Otros terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales.

El individuo acude al *terapeuta tradicional* en busca de ayuda ante la presencia de una enfermedad, para protegerse de una posible enfermedad o para reafirmarse en su estado de salud. La atención del terapeuta tradicional se basa en sus conocimientos sobre las enfermedades, la connotación general de las mismas y su presencia particular en el enfermo. La curación busca recuperar el equilibrio que se ha perdido y la acción del terapeuta resulta eficaz cuando, una vez identificado el mal, se logra restablecer la unidad y la armonía en el enfermo y entre el enfermo y el mundo que lo rodea.

La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las *plantas* de su hábitat respectivo. Las plantas son parte integral de la cultura y lo cotidiano, sus categorías y usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos indígenas. Al abordar el tema de los sistemas de salud tradicionales, reconocemos que estamos frente a algo más que sustancias terapéuticamente potentes extraídas de las plantas medicinales. Por esta razón, entre otras, el tema de las plantas medicinales merece un sitio especial dentro de los sistemas de salud tradicionales y por lo tanto de la cultura de los pueblos indígenas.

Si bien es cierto los terapeutas especializados son los que más dominan este conocimiento médico, las normas y conceptos generales de los sistemas médicos indígenas son conocidos a nivel comunitario. Sus prácticas y terapias pueden ser administradas en cualquier momento en el ambiente familiar.

## **Modelo de Salud Tradicional Ancestral**

Desarrolla sus recursos materiales y sus especialistas de acuerdo a cada cultura.

La salud es resultado de un estado de equilibrio interno de “elementos fríos y calientes”, que dependen del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

El médico utiliza otros métodos diagnósticos que dentro de su *cosmovisión tienen una explicación lógica*, Apoyada en el valor de la experiencia milenaria o de saberes transmitidos de una generación a otra con apertura a los aspectos espirituales y sociales como causantes de la enfermedad.

### **Grisi Siknis**

(Dennis, 2004) El Grisi Siknis es una enfermedad que afecta principalmente a la población miskita de la Costa Atlántica de Nicaragua, el nombre viene del contacto con la cultura británica en la región, es una alteración del inglés y quiere decir literalmente “Enfermedad de Locura”, el verdadero nombre en miskito es **Pauka Alkan**.

En épocas pasadas las víctimas del Grisi Siknis eran por lo general mujeres jóvenes. Cuando ocurren en forma de epidemia estos ataques crean grandes problemas no solo para las víctimas sino también para la comunidad entera.

Para el antropólogo Phillip Dennis (2004) el Grisi Siknis no solo es un fenómeno físico, biológico, si no que involucra tanto al cuerpo físico como la mente y todo el complejo de concepciones culturales compartidas con el grupo.

### **Causas**

Las causas de *Grisi Siknis* no han sido plenamente determinadas por la comunidad científica, según la Asociación de Psicología de Estados Unidos (*American*

*Psychology Association*), pero según una definición dentro de los cánones occidentales de investigación, este síndrome ha sido llamado **"un desorden psicológico debido al estrés, conmoción y desesperación"**.

Esto contrasta con los estudios que otros investigadores han realizado en la región y que tienen un enfoque cultural, para el pueblo indígena Miskito dicha enfermedad colectiva es debido al ataque de espíritus malignos o de espiritistas, los espíritus pueden hacerles daño a las personas cuando los seres humanos se introducen dentro de sus esferas o pueden ser provocados por malhechores (hechiceros).

(Cox, 2019) Para Avelino Cox Molina originario de la zona y quien ha investigado sobre este tema dice que todavía no se ha podido determinar que provoca la enfermedad, pero esta convenció de que se trata de una posesión demoniaca que afecta a quienes "abren su mente sin darse cuenta".

### **Comportamiento del Grisi Siknis**

(Dennis, 2004) Primero afectaba a un pequeño grupo de personas susceptibles; luego crecía hasta culminar cuando una segunda generación de persona era afectada. Después de este pico disminuía de manera constante, el mismo patrón se daba en cada comunidad infectada y en las re infectadas donde aumentaba el número de víctimas.

### **Síntomas del Grisi Siknis**

(Dennis, 2004) De acuerdo con los estudios de Phillipe Dennis de la Universidad Tecnológica de Texas realizados en comunidades Miskitas de los litorales desde el año 1932, se caracteriza por un largo periodo de ansiedad, náuseas, malestar, furia irracional y miedo, entrelazado con breves periodos de frenesí en los cuales la víctima "pierde la conciencia, cree que el diablo lo ataca y lo violenta sexualmente" y corre sin propósitos. Estas mismas características de la

enfermedad, son visualizados por otros investigadores que se han acercado al tema.

(Davis S. , 2005) (Chiribga, 2001) Los síntomas del Grisi Siknis o "enfermedad de la locura", tienen un gran cuadro de variaciones y características, a continuación, cito el detalle, tomando en consideración lo que otros investigadores autóctonos de nuestra región han descubierto y sistematizado. Cox Avelino, Sandra Davis, Ana Rosa Fagot.

Las víctimas son en su mayoría mujeres jóvenes o chicas adolescentes entre los 15 y 18 años. Por lo general viene acompañado de fuertes dolores de cabeza, mareos, ansiedad, náuseas, ira irracional y miedo. Durante la crisis, el paciente pierde la conciencia y cae por tierra y de manera inesperada se levanta y comienza a correr. Dennis llama esto como los síntomas característicos del Grisi Siknis.

La víctima ve a las demás personas como demonios, mientras no siente dolor en su propio cuerpo cuando se lastima a sí mismo, mientras pierde la memoria de lo que sucede. Algunos toman machetes o botellas rotas para defenderse de atacantes invisibles. Se dice que incluso algunas víctimas han realizado hazañas sobre humanas, vomitado extraños objetos como arañas, cabellos o monedas y hablado en lenguas diferentes a las locales.

Durante las crisis, las víctimas aseguran tener visiones mentales en las cuales espíritus o demonios vienen a ellos y tienen relaciones sexuales. Estas visiones incluyen también aterrizantes pesadillas y experiencias desagradables que algunos antropólogos dicen tiene que ver con experiencias sexuales. Pero el tema de la relación con la parte sexual es discutido.

En algunos casos víctimas semi inconscientes revelan el nombre de las próximas personas a sufrir el mal, pero esto no es completamente demostrado. Lo que si se ha concluido es su alto grado de contagio.

(Dennis, 2004) (Espinoza, 2016) Los síntomas se pueden agrupar de la siguiente manera: síntomas de malestar general (presentes en todos los casos). síntomas de ataque y síntomas variables reportados.

### **Síntomas de Malestar General:**

- Dolor de cabeza
- Mareo
- Pérdida de conocimiento
- Debilidad
- Palpitaciones

### **Síntomas de Ataque:**

- Convulsiones.
- Conducta Agresiva (daño a su persona, a otras personas o a la propiedad).
- Visiones.
- Correr hacia el monte o ríos.
- Los afectados gritan o lloran desesperadamente.

### **Síntomas variables reportados:**

- Vómito de objetos extraños (vidrios, clavos, cabello).
- Distensión Abdominal.
- Afectados corren con ojos cerrados.

### **Formas de contagio**

En algunos casos víctimas semi inconscientes revelan el nombre de las próximas personas a sufrir el mal, pero esto no es completamente demostrado. Lo que si se ha concluido es su alto grado de contagio.

## **Curación o Tratamiento**

Grisi Siknis o "enfermedad de la locura" ocurre sólo dentro de la tradición médica natural de los Miskitos, de acuerdo al Boletín del Consejo Botánico de Estados Unidos.

(Stamp, 2006) Para curar la enfermedad, los misquitos siguen una jerarquía de sus remedios. Primero intentan con medicamentos preparados en casa, pero si creen que un demonio en particular está involucrado, acuden a medicamentos preparados con tecnologías modernas por los curanderos médicos tradicionales.

Los curanderos utilizan una serie de baños de vapor, untamientos, pociones y te de origen orgánico. De acuerdo a Dennis, los curanderos misquitos utilizan una variedad de remedios herbales que conservan en secreto y que han probado hasta el momento ser más efectivo que los medicamentos occidentales. Sin embargo, las curas pueden malograrse si se exponen a la cercanía de difuntos, mujeres en estado de embarazo o con su menstruación o al comer algunos tipos de carnes, dice el científico.

El procedimiento que se sigue para la curación es el siguiente:

**Primera Fase:** Diagnóstico del curandero (a). Visita al lugar donde se concentran los afectados. Entrevista al paciente. Sueños de la curandera.

**Segunda Fase:** Preparación del curandero (a), Búsqueda de materiales y plantas para curación, Preparación de plantas medicinales (puede envolver cocimientos, oraciones y otros procesos) Preparación espiritual del Curandero (a).

**Tercera Fase:** Tratamiento, Individual y Colectivo.

**Cuarta Fase:** Prohibiciones. Prohibiciones Dietéticas (se le prohíbe al paciente comer ciertas cosas como carne de cerdo, cusuco etc.) Prohibiciones de

Comportamiento (se le prohíbe al paciente ir al cementerio o a velorios, ver mujeres que se encuentren menstruando etc.) según se expresaron algunos médicos tradicionales.

### **Tratamiento Individual**

El tratamiento individual puede conllevar todos o algunos de los siguientes tratamientos basados

en plantas medicinales: Baños, Vaporizaciones, pócimas tomadas por vía oral.

### **Tratamiento Colectivo**

El tratamiento colectivo consiste en limpiar el área del brote de los espíritus causantes o de aplacar el espíritu causante del padecimiento.

Para el tratamiento colectivo se pueden hacer las siguientes cosas: Visitas con oraciones y plantas medicinales al cementerio, el río y el monte para enviar a los espíritus a sus respectivos lugares cuando es una comunidad la afectada. Fogatas con plantas medicinales al centro y al sur de la comunidad. Otros rituales de limpieza conforme al lugar y las causas de la epidemia.

### **Epidemiología Sociocultural:**

(Jaime Icabache Burgos, 2005) Refieren que existen factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades incorporando las propias categoría y etiologías (causas) del desequilibrio en una colectividad en un tiempo y en un territorio determinado.

### **Factores Protectores:**

Tener Puesto de Salud

Tener escuela

Aire limpio

Plantas Naturales

Ausencia de delincuentes

Aprovechamiento de la Naturaleza (Plantas Medicinales)

Vivir lejos de las grandes ciudades

**Factores Agresores:**

Falta de Saneamiento Básico

Dificultades de Transporte

Aislamiento

Clima

Presencia de hechiceros

Falta de Servicios de Salud

**Epidemiología Clásica:**

**Epidemia**

(Curbelo, 2014) Es el número inusual de casos de una enfermedad que ocurre en un lugar determinado y en un tiempo definido. El número de casos en una epidemia tiende a ser elevado, por encima de las cifras esperadas para ese territorio en ese período.

**Las epidemias son la resultante de:**

(Curbelo, 2014)

1. Introducción súbita de un nuevo agente.
2. Incremento brusco en el número de agentes circulantes, en relación con el equilibrio que existía antes.
3. Descenso de los niveles de resistencia inespecífica y específica en la colectividad por diferentes causas.

El número de casos que nos indica la presencia de una epidemia varía de acuerdo con el tipo de agente, el tamaño y las características de la población expuesta, la experiencia previa sobre el mismo agente, y muchos otros factores y condiciones; por lo tanto, la epidemicidad de una enfermedad, en un momento dado, guarda

relación con su frecuencia habitual para ese lugar y para el momento en que se hace el análisis.

Las epidemias o brotes epidémicos se pueden clasificar, según su forma de aparición o por su extensión. Dentro del primer grupo se encuentran las: **epidemias explosivas** o de fuente común, las cuales, casi siempre, se asocian a las enfermedades de transmisión digestiva, al agua y a los alimentos contaminados, factores que resultan ser, con mucha frecuencia, las fuentes de infección de estos episodios.

**Estas epidemias pueden presentarse con dos variantes:**

**Cuando el agente específico actúa en un solo momento**, lo cual, frecuentemente, ocurre por contaminaciones accidentales u ocasionales. Las intoxicaciones por alimentos son ejemplos típicos de este tipo de epidemias.

El rasgo más característico de estos episodios es que todas las personas que se enferman están inscritas dentro del período de incubación máximo de la enfermedad. Las epidemias de origen hídrico, también pueden presentar esta forma de aparición. Otro rasgo que distingue este tipo es que si trazamos un gráfico representativo del número de casos afectados en el tiempo, se registra la llamada «epidemia en aguja».

**Cuando el agente específico actúa en diferentes momentos**, esta acción puede ser constante o intermitente, pero dura varios días y se asocia a contaminaciones mantenidas.

Muchas veces este tipo de epidemia se produce a punto de partida de la variante anterior, es decir, epidemias en que el agente actuó una sola vez, pero se establece una transmisión, casi siempre intradomiciliaria, y aparecen casos secundarios que pueden generar otros nuevos.

Aquí los casos que aparecen, temporalmente, exceden el período máximo de incubación de la enfermedad y describen un gráfico denominado «epidemia en aguja con cola».

Otras formas de aparición de las epidemias son las llamadas «epidemias lentas» o «epidemias caseras» también conocidas como epidemias por propagación o por diseminación. Estas se asocian con enfermedades de transmisión vectorial o de transmisión respiratoria, de períodos de incubación más o menos prolongados.

En este caso el gráfico que traza la curva epidémica es en «meseta», la curva asciende de modo gradual hasta alcanzar su acmé, se establece la meseta y luego desciende poco a poco.

El segundo grupo de clasificación; **por su extensión espacial o territorial**, incluye dos tipos de epidemias:

**Localizadas:** Son aquellas en que el proceso se circunscribe a un espacio bien delimitado, que puede ser una escuela primaria, un centro de trabajo, un círculo infantil, una cuadra, un edificio o bloque de estos, etc.

**Difusas:** A diferencia de las anteriores, los casos no se circunscriben a una zona delimitada, sino que se difunden en el territorio, por lo que es difícil delimitar el fenómeno epidémico durante su evolución.

### **Corredor o Canal Endémico**

#### **Definición**

(SciELO, 1999) Un corredor o canal endémico permite ver representada gráficamente la incidencia actual de una patología sobre la incidencia histórica de la misma, dando lugar a la detección temprana de cifras anormalmente altas (o bajas) de los casos de la enfermedad en estudio.

En las tareas de vigilancia epidemiológica en una población, es sumamente importante conocer cuán endémica es una determinada enfermedad en dicha población o grupo de personas en un momento determinado del año.

(SciELO, 1999) En 1970, Héctor Boffi Borggero y Carlos Álvarez Herrera describieron varios métodos para elaborar corredores endémicos, estos métodos consisten en calcular una medida central y un recorrido de fluctuación normal de la incidencia para cada uno de los meses, a partir de una serie de casos notificados en un período de 5 a 7 años. El más sencillo consiste en representar gráficamente el número máximo y mínimo de casos notificados cada mes, generando así una banda endémica con un área inferior de seguridad y una superior o epidémica.

Un poco más complejo es el método de la mediana y los cuartiles, mediante el cual se generan cuatro zonas: una debajo del cuartil inferior o zona de éxito, una entre el cuartil inferior y la mediana o zona de seguridad, una entre la mediana y el cuartil superior o zona de alerta, y una por encima del cuartil superior o zona epidémica.

Todos estos métodos pueden ser considerados modelos matemáticos más o menos complejos en los que se pretende, a partir de 5 a 7 años, pronosticar cual en el número de casos que cabría esperar para ese período del año con un rango superior y uno inferior. Obviamente a medida que se quiera obtener un mejor “modelo”, se requerirá de un mayor número de cálculos. La realización de corredores endémicos en niveles locales y regionales facilita la vigilancia de la incidencia de diferentes eventos de salud en estos niveles. De esta forma se incrementará la sensibilidad de los sistemas de vigilancia para detectar cambios del número esperado de casos, que desde la perspectiva de los niveles centrales podrían verse diluidos.

### **Factores que deben tenerse en cuenta antes de elaborar un corredor endémico**

La selección de la entidad, las poblaciones, la serie de años que van a incluirse y los intervalos de tiempo determinarán el grado de precisión de los corredores endémicos. En enfermedades de baja incidencia, en poblaciones pequeñas o con

intervalos de tiempo cortos, el papel que desempeña el azar se hace más prominente. La consiguiente inestabilidad o dispersión de los casos notificados en los años previos condiciona notablemente la posibilidad de realizar predicciones, lo cual resulta en corredores de líneas dentadas con anchas áreas de seguridad y alarma. Es posible afirmar en esos casos que, a mayor nivel de desagregación de la información, menor será la precisión de la predicción.

### **Criterios de selección de entidades patológicas para la elaboración del Canal Endémico**

Al seleccionar una enfermedad para realizar un corredor endémico, habrá que tener presente que se trate de una enfermedad endémica cuyo período de incubación sea breve y su evolución, aguda. No tendrá sentido realizar corredores endémicos para enfermedades de muy baja frecuencia en las cuales la sola presencia de uno o pocos casos debe alertar a los sistemas de vigilancia.

### **Longitud de las series e intervalos de tiempo**

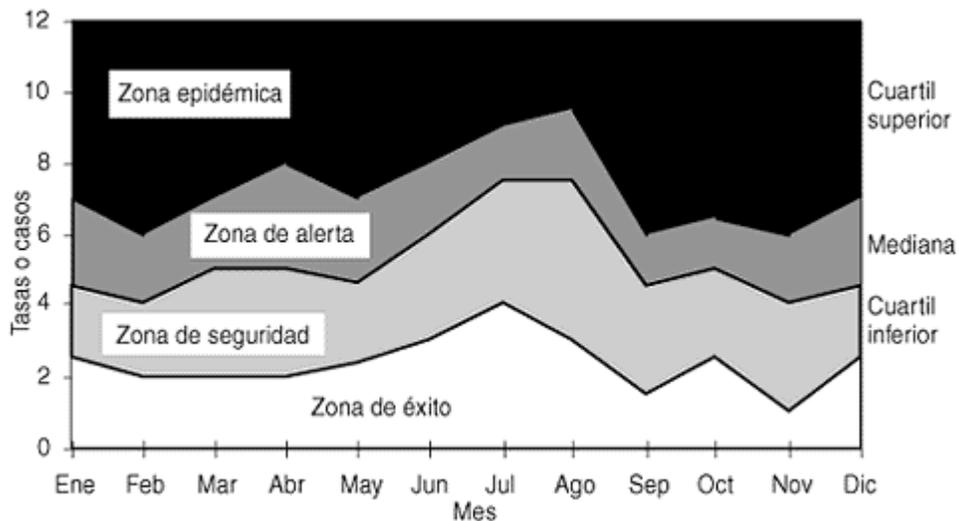
Habitualmente, los corredores se construyen con series de casos de 5 a 7 años. Es lícito presuponer que, al aumentar el número de años, mejorará el modelo de predicción, pero deberá tenerse en cuenta que si se analizan series muy largas, es probable que tanto las condiciones que mantienen la endemia como los criterios diagnósticos y los mecanismos de notificación y registro hayan cambiado. Esto no es igual en todas las entidades, aunque, en líneas generales, si se considera una serie de 15 años, las condiciones de hace 15 años difícilmente podrán compararse con las actuales. Este tipo de cambio también deberá tenerse en cuenta aunque se considere un período de pocos años. Por ejemplo, si acaban de realizarse mejoras sustanciales en la red de cloacas de una localidad, la incidencia de enfermedades de transmisión fecal-oral debería ser menor que la pronosticada por el corredor endémico.

En cuanto a los intervalos de tiempo, siempre sería deseable realizar corredores por semanas epidemiológicas, pero ante incidencias bajas habrán de utilizarse períodos

mayores, (2 o 4 semanas), lo cual tenderá a estabilizar las fluctuaciones debidas al azar. La desventaja que supone utilizar períodos de 2 a 4 semanas es que se reduce la posibilidad de detectar tempranamente los brotes y que se retrasa la implantación de las consiguientes medidas de control.

En el corredor endémico se identifican 4 zonas: Zona epidémica, Zona de alerta, Zona de seguridad y Zona de éxito.

**FIGURA 1. Esquema con las cuatro zonas de los corredores endémicos**



**|Pasos para la construcción de canales endémicos por el método de cuartiles**

- Número de casos por mes y año.
- Información de 7 años es la ideal.
- La información mínima necesaria es de 5 años.
- Puede hacerse con padecimientos transmisibles y no transmisibles.
- Una vez elaborado se utiliza para registro del padecimiento en el año siguiente.
- Elaborar tabla con los casos por mes y año.
- Ordenar los casos de menor a mayor frecuencia por mes.
- Obtener los valores de Q1, Q2 y Q3

mediante la fórmula:  $Q_x = N + 1/4 Q$

Qx = Cuartil a calcular

N = Número de años

### **Resultados de entrevistas a Médicos Tradicionales sobre los resultados del Estudio:**

(Morales, 2020) El Grisi Siknis es una enfermedad que se presenta en los Miskitos más o menos dos veces al año en los meses de junio y agosto, esto es debido a la presencia de lluvia.

Se presenta más en mujeres adolescentes porque ellas están iniciando la menstruación lo que las debilita y los hechiceros hombres aprovechan.

De manera general afecta a los adolescentes porque ellos son más débiles, la principal causa es la hechicería.

(Bort, 2020) El Grisi Siknis es una enfermedad cultural que se presenta más en Waspam, durante el año se presenta tres veces en los meses de enero, julio y noviembre por las fuertes lluvias. Afecta más a las mujeres jóvenes por la menstruación ya que la sangre es pura y ellas son jóvenes y débiles.

La causa principal es por la sirena y los hechiceros molestan a los adolescentes.

(Fagot, 2020) Para la investigadora Ana Rosa Fagot la enfermedad del Grisi Siknis es una enfermedad que no solamente afecta a los pueblos Miskitus, yo sé de poblaciones en España que han tenido el padecimiento.

Se puede presentar en dos ocasiones al año en los meses de junio y octubre, por las lluvias, en este período se revitaliza la tierra, se vuelve fértil y los duendes buscan enamorarse, por eso se presenta más en mujeres adolescente.

Las principales causas de este padecimiento son: hechizos por palabras mágicas a demonios y enamoramiento de los duendes.

(Davis A. M., 2020) Los meses más frecuentes en que se presenta el Grisi Siknis son los meses de junio y a finales de año que son las épocas de lluvia, la tierra está húmeda y así no quedan huella, además la lluvia activa la maldad.

Ataca más a los adolescentes porque ellos aún tienen un alma pura y más a las mujeres porque los que hacen el hechizo son hombres.

La principal causa es por tres principales cosas; hechizos, duendes y Lata wira.

## IV. METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** (Sampieri, 2014) El presente es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, exploratorio, transversal, que de acuerdo Sampieri, los estudios cuantitativos exploratorios descriptivos no se plantean hipótesis ya que estos se realizan en temas pocos estudiados y buscan conocer la distribución del fenómeno. No tienen variables de correlación causal.

**Delimitación del estudio:** el estudio se realizó en el SILAIS Bilwi, el cual comprende los municipios de Waspam, Prinzapolka y Puerto Cabezas.

**Universo:** Todas las personas que han sido afectadas por Grisi Siknis en los municipios que comprenden el SILAIS Bilwi (Waspam, Prinzapolka y Puerto Cabezas) y que fueron registradas en el sistema de vigilancia (SIVE) del SILAIS Bilwi, en el período del 2011 al 2017.

**Muestra:** Se realizará por conveniencia y será igual al universo. (226 casos)

**Duración:** Se investigó un período de tiempo de 7 años, desde el 2011 al 2017.

**Unidad de análisis:** Serie cronológicas Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud.

### **Criterios de inclusión**

1. Pertenecer a los municipios del SILAIS Bilwi (Puerto Cabezas, Waspam Prinzapolka)
2. Haber padecido la enfermedad en el período que comprende el estudio.
3. Estar registrado en el Sistema de Vigilancia (SIVE) del SILAIS Bilwi.

### **Criterios de exclusión:**

1. No pertenecer a los municipios del SILAIS Bilwi (Puerto Cabezas, Waspam Prinzapolka)

2. No haber padecido la enfermedad en el período que comprende el estudio.
3. No estar registrado en el Sistema de vigilancia del SILAIS Bilwi.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

### **Fuentes Primarias de información bibliográfica:**

A través de la revisión de informes de vigilancia epidemiológicas, boletas de notificación obligatoria, Informes anuales de vigilancia.

**Entrevistas** a médicos tradicionales e investigadores con conocimientos amplios sobre el tema de investigación.

### **Fuentes Secundaria de Información bibliográficas:**

Revisión de libros, documentos, textos, revistas etc. Que abordan el tema de investigación.

### **Procesamiento y análisis de datos:**

Se realizó inicialmente la revisión de textos bibliográficos, folletos, memorias y datos estadísticos MINSA e IMTRADEC, posteriormente se aplicó encuesta a médicos tradicionales y autoridades de salud, y expertos en el tema con preguntas semi estructuradas. Se procesó la información de acuerdo a los objetivos, Para el primer, segundo y tercer objetivo se trabajará con la información del SIVE.

Para el cumplimiento del cuarto objetivo se procedió a la construcción del canal endémico a partir de los datos de la serie cronológica del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) del SILAIS Bilwi del período del 2011 al 2017.

La información fue procesada en excel y los resultados se presentan en tablas de frecuencias y porcentajes.

### **Aspecto ético:**

Teniendo en cuenta la ética profesional, así como la ética del manejo de la información en el proceso investigativo al momento de realización de las entrevistas se mantuvo confidencialidad de la información obtenida y no se dio a

conocer datos personales de los entrevistados, la información fue recogida y procesada solo por el investigador.

Previo al proceso de entrevistas se solicitará de manera libre e informada la autorización para la aplicación de la misma.

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Sub variable	Definición	Indicador	fuentes	Técnica
1.- Incidencia		Número de casos nuevos que se presentan en el año	2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017	Primaria: Informe SIVE (Sistema de vigilancia epidemiológica)	Revisión base de datos SIVE
2.- Distribución de casos	Sexo	Condición biológica determinada por la anatomía de los órganos genitales externos.	Masculino  Femenino	Primaria: Series cronológicas SIVE	Revisión Base de Datos SIVE
	Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento en que presenta el padecimiento.	Menor de 2 años 2 – 4 años 5 – 9 años 10 -14 años 15 – 19 años 20 -34 años 35 – 49 años 50 – 59 años 60 – 65 años	Primaria: Series cronológicas SIVE	Revisión base de datos SIVE

			Mayor de 65 años		
	Identidad étnica	Pueblo Indígena al que pertenece la persona que padeció de Grisi Siknis	Miskitu Mayagnas Creoles Mestizos	Primaria: Series cronológicas SIVE	Revisión Base de datos SIVE
3.- Procedencia	Municipios		Puerto Cabezas Waspam Prinzapolka	Primaria: Series cronológicas SIVE	Revisión Base de datos SIVE
4.- Meses con mayores casos		Meses del año en los que se registraron más casos	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre	Primaria: Series cronológicas SIVE	Revisión Base de datos SIVE

## V. RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación, se presentan los resultados y discusión de nuestro estudio los cuales siguen el orden de los objetivos planteados.

### **En relación al objetivo 1. Sobre la Incidencia de *Grisi Siknis* en el SILAIS Bilwi, en el período del 2011 al 2017.**

De acuerdo a la información encontrada se observa que en los últimos 7 años se han registrado casos de Grisi Siknis año con año, siendo el 2014 el que más casos ha registrado, tomando en cuenta la información no formal podríamos decir que existe un serio problema de subregistro ya que la experiencia nos ha demostrado que las epidemias han afectado en algunas ocasiones a más de 40 personas en una sola comunidad, como en el caso del brote de Grisi Siknis en la comunidad de Santo Tomás de Uhmbra en el Rio Coco.

**Tabla No.1 INCIDENCIA DE GRISI SIKNIS POR AÑOS  
SILAIS BILWI, 2011 – 2017**

<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
2011	22	9.73
2012	46	20.35
2013	12	5.31
2014	55	24.34
2015	36	15.92
2016	1	0.44
2017	54	23.89
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>99.98</b>

**Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi 2011-2017.**

En total se han registrado 226 casos de Grisi Siknis en el período del 2011 al 2017.

De acuerdo a los registros del SILAIS Bilwi, el mayor número de casos registrados fue de 55 casos en el año 2014.

**De acuerdo al objetivo 2. Distribución de casos de *Grisi Siknis* por edades en SILAIS BILWI 2011 – 2017.**

En concordancia con lo encontrado en la bibliografía consultada el grupo etéreo más afectado es el de los adolescentes de 15 a 19 años, que en el presente estudio representó el 63.72% (144 casos), seguido de los púber y adolescentes precoces (grupo de 10 a 14 años) con un 18.14% (41 casos), los jóvenes y adultos jóvenes representan un grupo importante con el 17.26% (39 casos).

(Fagot, 2020) (Davis A. M., 2020) De acuerdo a entrevistas realizadas a médicos tradicionales e investigadores del tema este hallazgo se encuentra relacionado al hecho que son jóvenes y son puros, están iniciando la menstruación en el caso de las mujeres y se debilitan siendo presa fácil de los hechiceros hombres, por otro lado, los duendes se enamoran y afectan a los jóvenes.

**Tabla No. 2 CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS, SILAIS BILWI, 2011 – 2017**

<b>GRUPOS ETÁREOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Menor de 2 años	0	0
2 - 4 años	0	0
5 - 9 años	1	0.44
10 -14 años	41	18.14
15 -19 años	144	63.72
20 -34 años	39	17.26
35 -49 años	0	0
50 -59 años	1	0.44
60 - 65 años	0	0
mayor de 65 años	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100</b>

**Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica MINSA, SILAIS Bilwi**

El 80.98% de los casos (183) se presentaron en la población económicamente activa, la que participa de forma directa en las actividades económicas de la comunidad, de allí que el padecimiento de esta enfermedad hace que tanto las familias como la comunidad dejen de percibir ingresos económicos lo que aumenta la situación de crisis.

Un hallazgo muy importante es el hecho de haber encontrado casos registrados en el grupo etáreo de 5 a 9 años (1 caso) que fue reportado por el municipio de Puerto Cabezas y se presentó en el sexo masculino, el grupo etáreo de 50 a 59 años (1 caso) reportado por el municipio de Prinzapolka y se presentó en el sexo femenino, aunque esto solo representa el 0.4% puede tener resultados catastróficos ya que estos grupos son muy vulnerables y al padecer Grisi Siknis hace que el riesgo de accidentes aumente pudiendo llegar a tener un desenlace fatal.

**En cuanto a la distribución de casos de *Grisi Siknis* por sexo en SILAIS BILWI 2011 – 2017 obteniendo los siguientes resultados.**

La distribución por sexo del Grisi Siknis de acuerdo al registro del SIVE SILAIS Bilwi es mayor en el sexo femenino, encontrándose una relación mujer - hombre de 3 – 1, lo que significa que por cada hombre que padece la enfermedad hay 3 mujeres afectada, información que reviste de importancia y que debe ser tomada en cuenta al momento de atender la epidemia.

**Tabla No. 3 CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN SEXO  
SILAIS BILWI, 2011 – 2017**

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	62	27.43
FEMENINO	164	72.57
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi

En la información consultada se evidencia que en el municipio de Puerto Cabezas solamente se registraron 4 casos del sexo masculino 4% del total de casos reportados en el municipio y 95 casos se registraron en el sexo femenino para un 96%.

En el municipio de Waspam la distribución no es tan diferente ya que se registraron 47 casos en el sexo masculino 37.3% del total de casos en el municipio y 79 casos en el sexo femenino para un 62,7%.

En Prinzapolka el único caso que se presentó fue en el sexo femenino.

Esta información es similar a la encontrada por otros investigadores quienes manifiestan que el sexo femenino es el más afectado. (Davis 2005) Información que para la Médico Tradicional Rubí Molares se debe a que las jóvenes adolescentes están iniciando la menstruación lo que las debilita haciéndolas vulnerables a este tipo de padecimientos. (Morales, R 2020).

**Indagar sobre la distribución de casos de *Grisi Siknis* por identidad étnica, SILAIS Bilwi 2011 – 2017.**

Como podemos observar el 100% de las personas afectadas en el período del 2011 al 2017 pertenecen al pueblo indígena miskito, lo que reafirma lo descrito por Phillip Dennis, quien manifiesta que es una enfermedad del pueblo indígena miskito. (Dennis, 2004)

**Tabla No. 4 CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN PUEBLO INDÍGENA  
SILAIS BILWI, 2011 – 2017**

MUNICIPIO	FRECUENCIA	%
MISKITO	226	100%
MESTIZO	0	0%
CREOLE	0	0%
MAYANGNA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi

Sin embargo, se tiene información de un caso de Grisi Siknis que se presentó en una persona mestiza en el año 2018, quién tiene muchos años de vivir en el municipio de Waspam y convivir con el pueblo indígena miskito, hecho que se puede explicar desde el proceso de transculturación donde una cultura adopta la cultura de otro corriendo el riesgo de perder la cultura propia (aculturación).

**Los municipios del SILAIS Bilwi, afectados por el *Grisi Siknis* en el período del 2011 – 2017**

**Tabla No. 5 CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN MUNICIPIO  
SILAIS BILWI, 2011 – 2017**

MUNICIPIO	FRECUENCIA	%
WASPAM	126	55.75
PUERTO CABEZAS	99	43.80
PRINZAPOLKA	1	0.44
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>99.99</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia (SIVE)  
SILAIS Bilwi.

El municipio donde se registró un mayor número de Grisi Siknis fue Waspam con 126 casos (55:75%) de estos la Sub Sede de San Carlos reportó 21 casos, el Centro de Salud con camas Oswaldo Padilla reportó 37 casos y en 68 casos no se

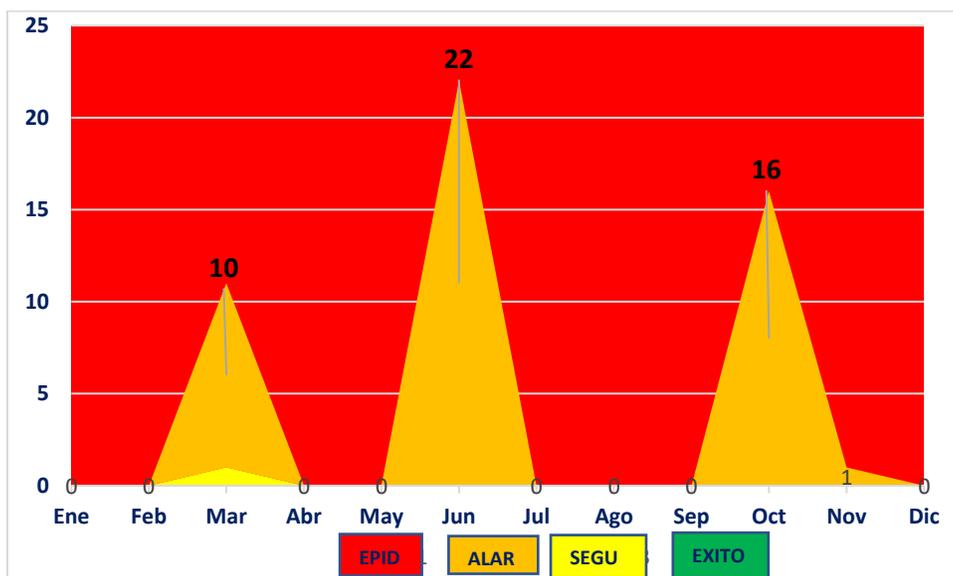
especificó la fuente de información. En el municipio de Puerto Cabezas se reportaron 99 casos para un 43.80% del total de casos registrados en el SILAIS Bilwi de estos 1 caso reportó el Hospital Nuevo Amanecer, 96 casos reportó el Centro de Salud Ernesto Hodgson W. y 2 casos se consignan como fuentes no especificadas. Prinzapolka solamente reporta 1 caso para un 0.44% y no se especifica la fuente de información.

Durante la investigación pudimos indagar en el área de vigilancia que la consignación de información “no especificada” se refiere a los reportes hechos por la Red Comunitaria, lo que es preocupante tomando en cuenta la importancia de la Red Comunitaria en la resolución de los problemas de salud.

Como pudimos observar en el Sistema de Vigilancia la mayoría de los casos fueron reportados desde la atención primaria, situación que se da no porque exista una demanda espontánea de las personas que tienen el padecimiento a las unidades de salud del primer nivel, sino porque existe una buena experiencia sobre el reconocimiento de los síntomas en la población, quienes al detectar el padecimiento buscan ayuda en los médicos tradiciones los que hacen el reporte a la atención primaria.

En relación al objetivo número 4 acerca de los meses que reportaron mayor frecuencia de casos encontramos lo siguiente:

**Grafico. CANAL ENDÉMICO GRISI SIKNIS  
SILAIS BILWI 2011 - 2017**



Fuente: Sistema de Información Vigilancia Epidemiológica  
SILAIS Bilwi, 2011 - 2017

En el Canal Endémico del Grisi Siknis del SILAIS Bilwi del 2011 al 2017, se puede observar que los meses que reportan mayor número de casos son los meses de marzo, junio y octubre que según indagación a médicos tradicionales y expertos en el tema esto se debe al hecho de que en estos meses son frescos, se inician las lluvias y la tierra está húmeda y propicia la activación de la maldad. (Davis A. M., 2020) (Bort, 2020)

La zona de éxito se encuentra en la coordenada X a nivel de cero, la zona de seguridad entre cero y un caso, con una zona de alarma entre cero y 10 para el mes de marzo, cero y 22 en el mes de junio y entre cero y 16 para el mes de octubre, el resto del año se considerará epidemia así se presente un solo caso de la enfermedad.

Se pudo encontrar que el número de casos esperados según la mediana o índice es de 1 caso.

La información arrojada por el canal endémico es muy confiable y sirve de herramienta para adelantarnos a los acontecimientos y poder incidir de manera oportuna en las familias y comunidades antes que la enfermedad se propague.

Debemos de tomar en cuenta que el corredor endémico construido es el del SILAIS Bilwi y recoge los datos de todos los municipios lo que significa que si se construye el canal endémico de cada municipio con un número menor de casos se puede llegar a epidemia, esto reviste de importancia ya que al tener una información más detallada se podrá actuar con mayor beligerancia.

## VI. CONCLUSIONES

1. El Grisi Siknis es un padecimiento que desde hace muchos años se ha presentado en los municipios del SILAIS Bilwi en forma de epidemias que desde la clasificación de la Epidemiología Occidental podemos decir que se presenta de forma explosiva y difusa ya que afecta a un número considerable de pobladores y su aparición es de forma brusca. En el período del 2011 – 2017 se registraron 226 casos.
2. El sexo más afectado es el femenino con 72.57% (164 casos), existe una relación mujer – hombre de 3 - 1, lo que significa que por cada hombre que padece la enfermedad hay 3 mujeres afectadas.
3. El grupo etáreo de los adolescentes (15 a 19 años) padecieron más de Grisi Siknis y en este estudio representaron el 63.72% (144casos), se encontraron casos registrados en el grupo etáreo de 5 a 9 años y de 50 a 59 años, lo que nos obliga a no descuidar la vigilancia en estos grupos durante la epidemia.
4. Waspam ha sido el municipio que ha registrado mayor número de casos, seguido del municipio de Puerto Cabezas.
5. De acuerdo al Canal Endémico los meses más afectados por la epidemia de Grisi Siknis son marzo, junio y octubre. El número de casos esperado son 10 para el mes de marzo, 22 casos esperados en junio y 16 en el mes de octubre, en el resto del año se espera cero casos.
6. La información obtenida desde los municipios revela que existe un serio problema de subregistro lo que no contribuye a conocer la verdadera magnitud de este problema de salud pública.
7. Existe un número considerable de casos consignados como fuente no especificada que, según el SIVE, pero pudimos constatar que estos son los

casos reportados por la red comunitaria: maestros, autoridades religiosas, líderes de salud etc. Este hallazgo nos llena de preocupación porque desvaloriza el trabajo realizado por la red comunitaria.

## RECOMENDACIONES

### **A Secretaria de Salud:**

1. Crear en coordinación con el Ministerio de Salud y el Instituto de Medicina Tradicional un observatorio de enfermedades socioculturales desde donde se den seguimiento a estas dolencias en las diferentes comunidades.

### **Al Ministerio de Salud:**

1. Sensibilizar a los trabajadores de la salud a través de capacitaciones sobre recolección de la información de enfermedades socioculturales.
2. Que se retome la información del canal endémico, a fin de destinar recursos de forma oportuna para el control de esta epidemia.

### **A la Universidad URACCAN:**

1. Que desde la Coordinación de Medicina Intercultural se motive a los estudiantes para que el presente estudio sirva de plataforma para la realización de estudios analíticos sobre el tema, que contribuyan a la prevención de esta dolencia.

## BIBLIOGRAFÍA

Bort, N. (jueves 14 de mayo de 2020). Entrevista a Médicos Tradicionales. (J. Bonilla, Entrevistador)

Chiribga, I. P. (2001). *Espiritus de Vida y Muerte*. Tegucigalpa.

Cox, A. (jueves 18 de Abril de 2019). Grisi Siknis. (J. Bonilla, Entrevistador)

Curbelo, T. (2014). *Fundamentos de Salud Pública tomo II*. Habana: Editorial Médica.

Davis, A. M. (jueves 14 de mayo de 2020). Entrevista a Médicos Tradicionales. (J. Bonilla, Entrevistador)

Davis, S. (2005). *Algo anda mal. El Bla o Wakni en el Rio Coco*. Managua: URACCAN.

Dennis, P. (2004). *La maestr de Luxemburgo*. Bilwi, Puerto Cabezas: IMTRADEC.

Epañola, R. A. (2014). Transculturaci{ón. *Diaccionario de la Real Academia Española*.

Espinoza, S. (2016). *Grisi iSiknis*. Bilwi, Región Autónoma Costa Caribe Norte, Nicaragua: IMTRADEC.

Fagot, A. R. (14 de Mayo de 2020). entrevista a Medico Tradicional. (J. Bonilla, Entrevistador)

Jaime Icabache Burgos, A. L. (2005). Epidemiología de los Pueblos Indígena. Santiago, Chiloé, Chile: Ministerio de Salud.

Morales, R. (jueves 14 de mayo de 2020). Entrevista a Médicos Tradicionales. (J. Bonilla, Entrevistador)

OMS. (1996). Proceso Salud Enfermedad en Pueblos Indígenas. *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*.

Ortiz, F. d. (1940). Transculturación. *Nuestra América*.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.

SciELO. (11 de junio de 1999). Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rpsp/1999.v5n1/1-8/>

Stamp, L. (2006). *Prácticas de Tratamiento y Atención al Grisi Siknis*. Bilwi: IMTRADEC.

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA  
CARIBE NICARAGÜENSE  
URACCAN**

**HOJA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Hoja para la recolección de la información “*Grisi Siknis* desde un enfoque epidemiológico SILAIS Bilwi, 2011 – 2017.**

1. Casos de Grisi Siknis registrados por años

2011 \_\_\_\_\_

2012 \_\_\_\_\_

2013 \_\_\_\_\_

2014 \_\_\_\_\_

2015 \_\_\_\_\_

2016 \_\_\_\_\_

2017 \_\_\_\_\_

2. Sexo de personas que padecieron de Grisi Siknis en los municipios del SILAIS Bilwi, del 2011 al 2017

Femenino \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_\_

3.- Procedencia de personas que padecieron de Grisi Siknis en los municipios del SILAIS Bilwi, del 2011 al 2017

Puerto Cabezas \_\_\_\_\_

Waspam \_\_\_\_\_

Prinzapolka \_\_\_\_\_

4. Grupos Etáreos de personas que padecieron de Grisi Siknis en los municipios del SILAIS Bilwi, del 2011 al 2017

Menores de 2 años \_\_\_\_\_

2 – 4 años \_\_\_\_\_

5 – 9 años \_\_\_\_\_

10 – 14 años \_\_\_\_\_

15 – 19 años \_\_\_\_\_

20 - 34 años \_\_\_\_\_

35 – 49 años \_\_\_\_\_

50 – 59 años \_\_\_\_\_

60 a 65 años \_\_\_\_\_

Mayores de 65 años \_\_\_\_\_



## ENTREVISTA A MEDICOS TRADICIONALES

**Entrevista de preguntas abiertas trabajo Monográfico “*Grisi Siknis* desde un enfoque epidemiológico SILAIS Bilwi, 2011 – 2017”.**

1.- **Ud.** sabe cuántos casos de Grisi Siknis se presentan en el año?

2.- ¿Hemos realizado un trabajo de Grisi Siknis donde encontramos que los meses donde hay más casos fueron marzo, junio y octubre, porque se presentan en estos meses?

3.- ¿Porque cree Ud. que esta enfermedad se presenta más en mujeres adolescentes?

4.- ¿Porque los jóvenes adolescentes son los más afectados?

5.- ¿Cuál es la causa o causas del Grisi Siknis?



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA  
CARIBE NICARAGÜENSE  
URACCAN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AVAL CONSENTIMIENTO PREVIO, LIBRE E INFORMADO PARA INVESTIGAR  
Y PUBLICAR

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA  
COSTA CARIBE NICARAGUENSE  
URACCAN

AVAL CONSENTIMIENTO PREVIO, LIBRE E INFORMADO  
PARA INVESTIGAR Y PUBLICAR

El Territorio/Comunidad/Empresa/Barrio HINZA SILAIS BILWI  
del municipio de pto Cabezas por medio del presente escrito, otorga  
el consentimiento previo, libre e informado a URACCAN para que se realice la  
investigación titulada:

Orisi Siknis, desde un Enfoque Epidemiológico

Con el objetivo de:

Optar al título de Doctor en Medicina  
Intercultural y Cirugía.

la cual se desarrollará del  
01 Enero 2011 al 31 Diciembre 2017 Información que  
será utilizada única y exclusivamente con fines académicos.

Las instancias correspondientes autorizan la publicación de los resultados de la  
investigación, previa validación de los resultados en la comunidad/organización.

Nombre y apellido del representante: Dr. Lazaro Tellez.

Cargo: Director

Firma: \_\_\_\_\_

Lugar: Bilwi

Fecha: \_\_\_\_\_



## AVAL DEL TUTOR

### AVAL DEL TUTOR

El tutor/a: Serafina Espinoza., por medio del presente escrito otorga el Aval correspondiente para la presentación de:

- a. Perfil
- b. Protocolo
- c. Informe Final
- d. Artículo Técnico
- e. Otra forma de culminación (especifique):

A la investigación titulada:

Crisi Sikpis desde un Enfoque Epidemiológico.

desarrollada por el o los

estudiantes:

Bra. Thamarie Maureen Bonilla Padilla

Bra. Eldin Armando Martínez Monter.

De la carrera:

Medicina Intercultural

Nombre y apellido del Tutor, Tutora:

Serafina Espinoza.

Firma: *Serafina Espinoza*

Recinto: GRACIA - BIWI

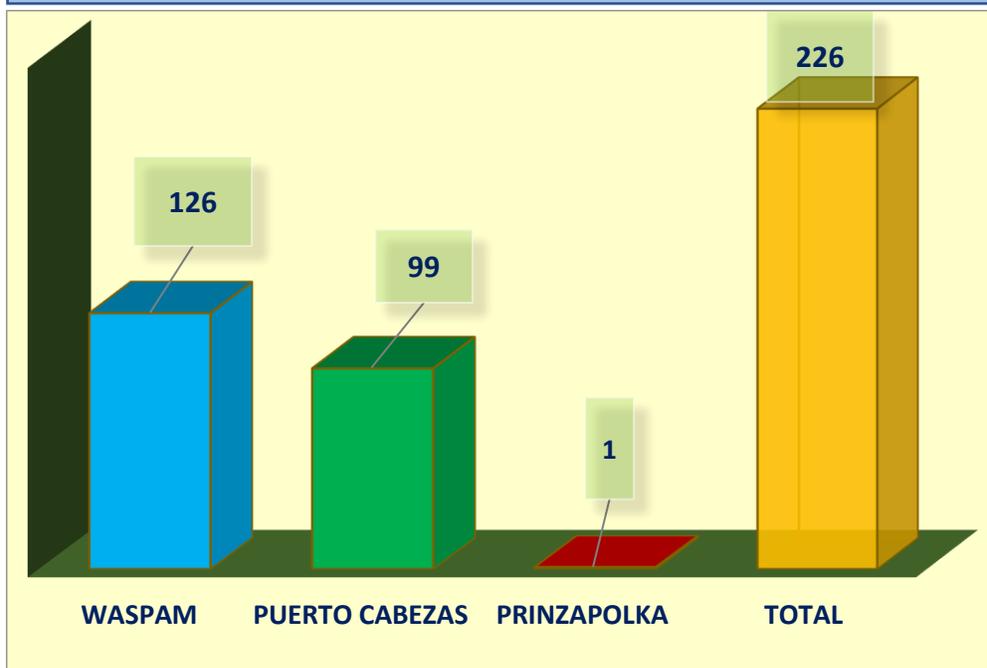
Extensión: BIWI

Fecha: \_\_\_\_\_



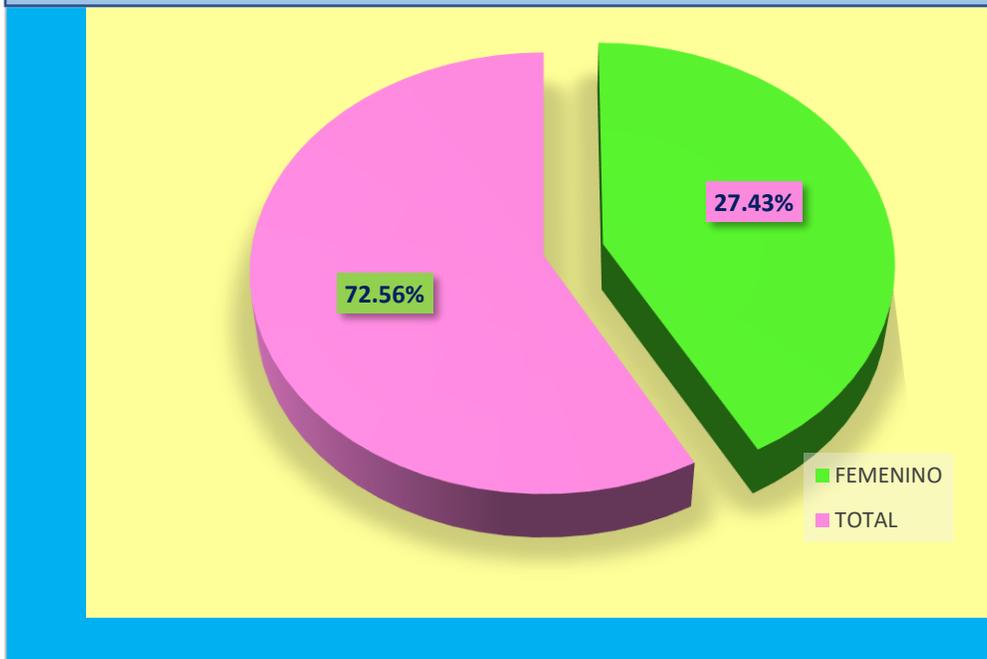
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi

**Grafico N°2. CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN MUNICIPIO  
SILAIS BILWI, 2011 - 2017**



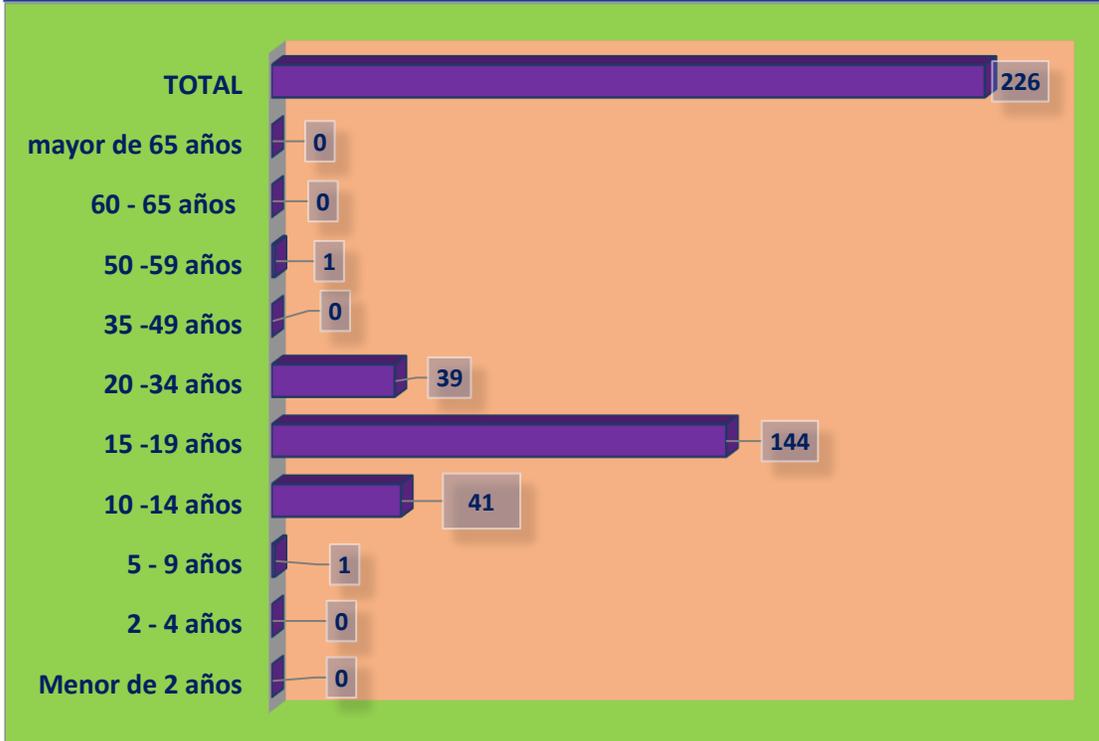
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi

**Grafico N°3. CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN SEXO  
SILAIS BILWI, 2011 - 2017**



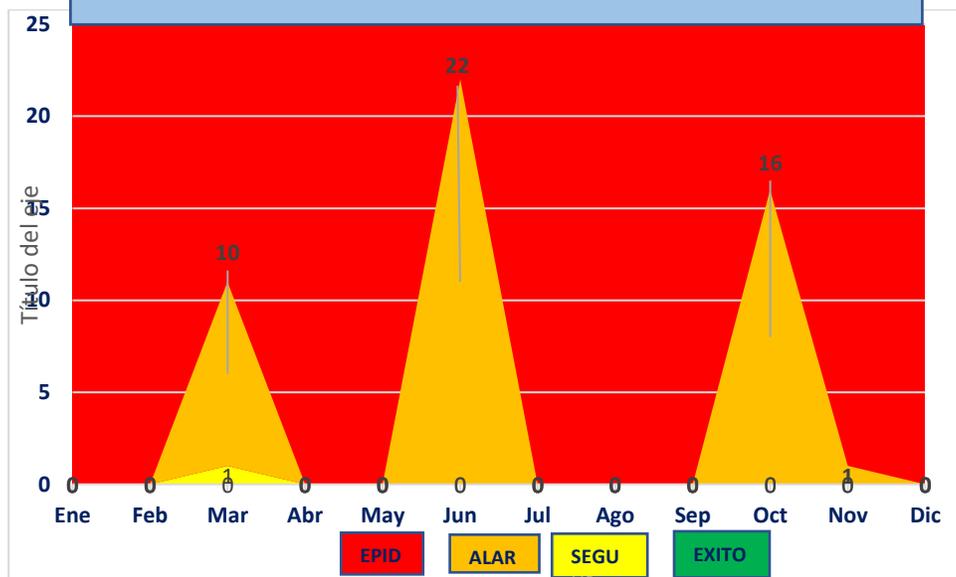
**Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi**

**Grafico N°4. CASOS DE GRISI SIKNIS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS  
SILAI S BILWI, 2011 - 2017**



**Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
MINSA, SILAIS Bilwi**

**Grafico N°5. CANAL ENDÉMICO GRISI SIKNIS  
SILAIS BILWI, 2011 - 2017**



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
SILAIS Bilwi 2011 - 2017

**Tabla N°1. Serie Cronológica Grisi Siknis  
SILAIS Bilwi, 2011 - 2017**

MESES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enero	0	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0	20
Marzo	0	1	0	10	9	0	34
Abril	0	0	12	0	0	0	0
Mayo	0	0	0	0	0	0	0
Junio	22	0	0	0	27	0	0
Julo	0	0	0	0	0	0	0
Agosto	0	0	0	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	29	0	0	0
Octubre	0	30	0	16	0	0	0
Noviembre	0	15	0	0	0	1	0
Diciembre	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
SILAIS Bilwi 2011 - 2017

**Tabla N°2. INFORMACIÓN ORDENADA DE FORMA ASCENDENTE  
PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL CANAL ENDÉMICO**

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MEDIANA Q2
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q3
0	0	10	0	0	22	0	0	0	16	1	0	
0	20	34	12	0	27	0	0	29	30	15	0	

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
SILAIS Bilwi 2011 - 2017

**Tabla N°3. QUARTILES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CANAL ENDÉMICO  
GRISI SIKNIS SILAIS BILWI,2011 - 2017**

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	10	0	0	22	0	0	0	16	1	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
SILAIS Bilwi 2011 - 2017

