

Prácticas y conocimientos populares sobre leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en un área endémica de Cojedes, Venezuela

Hacia el desarrollo de estrategias educativas alternativas de control

Gilberto A. Bastidas¹

Benito Díaz²

Resumen

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

1 Profesor e Investigador del Departamento Clínico Integral de los Llanos de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Correo electrónico: gbastidas@thor.uc.edu.ve.

2 Profesor e Investigador del Núcleo Universitario Rafael Rangel de la Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.

la LTA, el vector y el tratamiento. A pesar de esto, ciertos aspectos son poco conocidos y hay conceptos erróneos sobre la transmisión y la prevención, y no existe cultura de prevención en la población.

Palabras claves: conocimientos, prácticas, leishmaniasis tegumentaria, Venezuela

Abstract

POPULAR PRACTICES AND KNOWLEDGE ABOUT AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIASIS IN AN ENDEMIC AREA OF COJEDES, VENEZUELA

TOWARD THE DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE EDUCATION STRATEGIES OF CONTROL

The American tegumentary leishmaniasis (ATL) is considered as a public health problem worldwide. It is also a public health problem in Venezuela and in Cojedes State, in which the main focus is located at the Rincon Solo neighborhood. In our country it was implemented control programs, however it is ignored the social, economic and demographic characteristics of the endemic regions. Besides the researches about leishmaniasis are focused in biological aspects; it is obviated the social operation methods in health, the individual and collective differences and the changing dynamic of cultural identities. In consequence, the objective of this investigation was to diagnosis the knowledge and practices over leishmaniasis and identify the psychosocial and economic consequences that generates this pathology, as guidelines to design education strategies of control. It was carry out a descriptive study. The majority of the inhabitants are familiarized with ALT, the vector and the treatment. However, certain aspects are little known and there are misconceptions about prevention and transmission, and there is no prevention culture among this population.

Key words: knowledge, practices, tegumentary leishmaniasis, Venezuela

1. Introducción

En la actualidad y a nivel mundial se estima que hay más de 12 millones de personas afectadas con LTA, principalmente niños y adultos jóvenes. Es considerada endémica en regiones tropicales y subtropicales y se presenta en 88 países de todos los continentes, exceptuando Australia, con una repercusión económica que se estima en una pérdida aproximada de 100 a 200 días de productividad por cada enfermo (OMS, 1990; Desjeux, 2004). Además, existen en el mundo alrededor de 350 millones de personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad y anualmente se registran 2 millones de nuevos casos por año (OMS, 1990).

En América Latina, la LTA probablemente se conoce desde el período precolombino (Pifano, 1969). En Venezuela se ha registrado en 292 Municipios, distribuidos en 22 estados del país (Torrealba, 1980; Scorza et al, 1983). En este país se aprecia un incremento en el número de casos de 18.378 (D'Suze y García, 1993) en el período 1981-1989, hasta 23.375 casos durante el período 1990-1999 (Biomedicina, 1999), aunque es evidente el subregistro (Cirocco et al, 2000). El estado Cojedes no escapa a tal situación (Aguilar et al, 1984; 1989), en que el foco más importante en 1998 se presentó en el barrio Rincón Solo de la población de Macapo, si se quiere la capital del municipio Lima Blanco, con 24 casos del total de 56 pacientes con diagnóstico de LTA (Borges, 2000; Servicio de Epidemiología Regional, 2005).

Aunque hay un incremento del número de casos de LTA, en muchos espacios de América Latina se desconoce el conjunto variado de procesos en los que los usuarios de los servicios curativos de salud están inmersos. Son calificados muchas veces de pasivos o sin cultura (Valla, 1996) y se elaboran y ejecutan programas sociales de control de infecciones endémicas (Wong-Un, 1998), sin tomar contacto social (Kliksberg, 2000). Aunque es claro que muchas de las diferencias en el estado de salud de las personas, en lo individual o colectivo, no están en modo alguno predeterminadas. Hay diferencias derivadas del entorno en el que viven, de los conocimientos y prácticas hacia la enfermedad, como también en la disponibilidad de los recursos con que puede hacerse frente a los problemas de salud que presentan (Alleyne, 2001).

Esta situación está inmersa en las discusiones en el campo del control comunitario de las enfermedades transmisibles (Abu-lughod, 1991; Al-mazroa y Al-shammari, 1991; Appadurai, 1991; Barros et al, 1991; Briceño-León, 1993b, 1996; Carneiro y Antunes, 1994; Dabis et al, 1989; Díaz y Díaz, 1993), aunque todavía no se considera como punto básico inicial de programas educativos de control (Weigel et al, 1994).

En Venezuela se han hecho esfuerzos por incorporar a la comunidad rural y, recientemente, a núcleos de población urbana marginal en acciones y programas de salud, con la participación de varios sectores relacionados con la salud, así como diversas estrategias para fomentar la participación social. Entre estas se pueden mencionar: educación para la salud, comités para la participación con fuerza de trabajo en obras de beneficio colectivo, grupos de voluntarios para realizar acciones específicas, capacitación de la población para el autocuidado de su salud, entre otras (Testa, 1981). Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos proyectos han sido insuficientes en cobertura y permanencia en el tiempo, y muchos de ellos no fueron diseñados, ni adaptados a las realidades culturales locales, por lo que se pueden considerar fracasos en relación a su legitimidad local e intervención social (Wong-Un, 1998).

En esta región llanera, al igual que el resto del país, desde la década de los cuarenta se han puesto en práctica programas de control en dermatología sanitaria (MSAS, 1986), que incluye la LTA entre las patologías a controlar. Sin embargo, fueron erigidos ignorando las características sociales y económicas de las regiones donde esta patología tiene un comportamiento endémico y se limita a la notificación de casos y al tratamiento curativo si fuese necesario. Por otro lado, las investigaciones en LTA en el país se han enfocado al estudio de brotes focales, encuestas epidemiológicas, endemidad, índice alérgico, índice parasitológico, presencia o ausencia de animales domésticos infectados, entre otros aspectos directamente relacionados con la enfermedad (Pifano, 1940 y 1960; Pons, 1968; Pons et al, 1974; Homez y Romero, 1970; Scorza et al, 1983; Convit, 1993).

Debido a que el barrio Rincón Solo de la localidad de Macapo del municipio Lima Blanco, estado Cojedes, es un foco endémico de LTA,

donde el Estado tiene presencia incipiente o deformada de la educación como aspecto social básico, y donde los diversos mecanismos mediante los cuales las condiciones sociales afectan a la salud son desconocidos y sólo después de dilucidar este aspecto se puede intentar implantar mecanismos para reducirlos, se propuso llevar a cabo la presente investigación, que generaría lineamientos que pudieran emplearse en la elaboración de estrategias educativas de control, mediante el diagnóstico de los conocimientos de la población con respecto a la enfermedad y su prevención; la identificación de las prácticas que realizan las personas afectadas por LTA para curarse: las rutas en búsqueda de cura y tipo de servicio curativo que prefiere; y el estudio de las consecuencias psicosociales y económicas de la LTA de las personas afectadas.

2. Metodología

La zona estudiada se encuentra en el estado Cojedes, este a su vez está localizado en la región central del país. El estado esta constituido por numerosos centros poblados entre los que se encuentra Macapo (área endémica de LTA), que posee dentro de sus límites siete sectores: El Estadio, urbanización Bicentenario, barrio Bolívar, casco de Macapo, 23 de Enero, Los Mangos y barrio Rincón Solo, este último con la mayor incidencia de LTA de la zona durante el periodo 1998-2002.

El barrio Rincón Solo se caracteriza, en primer lugar, por estar asentado en una zona boscosa de la franja del pie de monte (López, 1988), nicho ecológico propicio para el vector de LTA y, en segundo lugar, por ser la zona que mayor intervención de los sectores salud y universitario ha experimentado (se han realizado varios estudios de prevalencia, diagnóstico y tratamiento la mayoría con componentes educativos, pero, sin la incorporación en su diseño de las prácticas y conocimientos que sobre LTA posee la población).

En el abordaje de esta investigación se empleó el estudio descriptivo y los diseños de investigación documental y de campo (Fayad, 2001), con el objeto de caracterizar el fenómeno (conocimientos, creencias y percepciones sobre LTA) y de establecer su estructura o comportamiento (Arias, 1999). Para ello se aplicó una encuesta de

hogares sobre conocimientos, actitudes y prácticas de LTA que permitió investigar las características predominantes de la población, con el empleo de procesos de interrogación y registro de datos, en que se solicitó escogencia o respuesta una serie de preguntas cerradas y/o abiertas. Este instrumento fue previamente validado mediante una prueba piloto, en la población San Pablo del Municipio San Carlos con características sociales (área atrasada y pobre), geográficas (pie de monte) y demográficas (población dispersa) similares. Se le explicó a cada persona el motivo e importancia de la investigación y se obtuvo su consentimiento.

El instrumento constó de 4 secciones. En la primera se registraron los datos de identidad y filiación, tales como; edad (la población se estratificó en grupos de 10 años), sexo, estado civil, ocupación y grado de instrucción del encuestado. En la segunda sección se exploraron los conocimientos y prácticas del individuo sobre LTA. Es decir, sobre sus características: clínica, transmisión, vector, reservorio, las opciones terapéuticas de tipo médico o tradicional y conductas en busca de cura. La tercera sección incluía preguntas (sobre consecuencias psicosociales y económicas) dirigidas a personas que tenían o habían enfermado de LTA. Finalmente, se indagó por familia las características socioeconómicas, empleando el Método de Graffar modificado (Méndez et al, 1986).

El universo lo constituyeron 86 hogares (unidad muestral obtenida de acuerdo a la información que se obtuvo mediante visita al área y conteo de los hogares); la muestra estuvo representada por el 47% de este universo, 41 hogares (muestra probabilística simple), con un error estándar de 5% y nivel de confianza de 95%. Las casas fueron seleccionadas mediante la tabla de número aleatorios o tabla de Roddin. En promedio la encuesta duró 20 minutos y la realizaron estudiantes del último año de bachillerato o cursantes de los primeros niveles universitarios, procedentes de la zona para facilitar el acercamiento a los encuestados. Se aplicó a todas las personas mayores de 15 años que estaban presentes al momento de la encuesta, puesto que tienen la madurez suficiente para responder adecuadamente el cuestionario. Se hizo en forma individual y confidencial para evitar sesgos que pudieran desvirtuar la información obtenida en la investigación.

Los datos se registraron y analizaron mediante el programa estadístico Epi Info 5.0 (Dean et al, 1990), recomendado por la OMS para realizar estudios estandarizados y reportes de investigaciones de modo uniforme y comparable para cada uno de sus países miembros, y es la base de los registros que lleva el Ministerio de Salud en Venezuela. Además de estadísticas descriptivas se utilizó la prueba χ^2 con corrección de Yates (adecuada para muestras pequeñas), aplicada a tablas de contingencia 2X2 para determinar que las diferencias entre las muestras se deban o no al azar.

3. Prácticas y conocimientos populares sobre LTA de los pobladores de Rincón Solo

Se encuestaron en total 70 personas mayores de 15 años de edad, de las cuales 65,7% fueron mujeres y 34,3% hombres (Tabla No. 1). De estas casi la cuarta parte refirió haber tenido leishmaniasis. Entre quienes han padecido LTA una mayoría relativa son mujeres, 24,3% (Tabla No. 1). Esto confirma lo que ya es conocido: en el estado Cojedes la LTA es una infección del medio rural con amplia distribución y mucha frecuencia (Aguilar et al, 1984), pero no vinculada en la población estudiada a la penetración del hombre en las regiones selváticas para el desarrollo de actividades agrícolas, forestales, mineras y de urbanización (Scorza et al, 1983; Torrealba, 1980).

Tabla No. 1
Estratificación por edad, género y prevalencia referida
de LTA de la muestra Cojedes, Venezuela

Grupos de edad (años)	Femenino		Masculino		Total
	Con LTA	Sin LTA	Con LTA	Sin LTA	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
15 – 24	1(1,4)	11(15,7)	0(0,0)	3(4,3)	15(21,4)
25 – 34	3(4,3)	12(17,1)	1(1,4)	6(8,6)	22(31,4)
35 – 44	3(4,3)	8(11,4)	2(2,9)	1(1,4)	14(20,0)
45 – 54	0(0,0)	4(5,7)	2(2,9)	6(8,6)	12(17,1)
55 – 64	2(2,9)	0(0,0)	2(2,9)	1(1,4)	5(7,1)
65 y más años	1(1,4)	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,9)
Total	10(14,3)	36(51,4)	7(10,0)	17(24,3)	70(100)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA. χ^2 con corrección de Yates: $p > 0,05$ no existen diferencias significativas (entre edad, género y prevalencia referida de LTA).

El predominio del sexo femenino sobre el masculino pudo deberse a que la representatividad de la población masculina en la muestra se vio afectada por su ausencia en el momento de la encuesta, a limitaciones de logística y a un pequeño número de no respondientes. Situación similar evidenciaron Isaza et al (1999) en la Costa del Pacífico de Colombia. Al igual que dificultades logísticas y la presencia de no respondientes impidieron en el estado Trujillo completar el tamaño muestral previsto en un estudio de consecuencias económicas de la leishmaniasis cutánea en pacientes tratados (Díaz et al, 2000).

Aunque sin diferencia significativa, fueron tres las ocupaciones que predominaron en las mujeres (oficios del hogar, trabajos urbanos

y estudio), se centró la prevalencia referida de LTA en amas de casa (10%) y en mujeres que estudiaban (2,9%). Los hombres se dedicaban fundamentalmente a labores agropecuarias, trabajos urbanos y comercio, siendo mayor la prevalencia referida de LTA en trabajadores urbanos (5,7%). Esto sugiere la posibilidad de transmisión intradomiciliaria, fenómeno contrario a lo encontrado en el Distrito Tingo, provincia de Luya, departamento Amazonas, Colombia (Quezada, 2000). Este aspecto fue estudiado por la tendencia frecuente de asociar el riesgo de enfermar con la ocupación (Recacoechea, 1983; Alleyne, 2001). No obstante, la prevalencia referida fue mayor en mujeres que en hombres en la población estudiada, resultado opuesto a lo averiguado en Ecuador por Weigel et al (1994), quienes observaron que el mayor riesgo de exposición en hombres se debe a diferencias ocupacionales entre sexos (el hombre se dedica a trabajos en que se expone al contacto con el vector, por ejemplo, agricultura y cría) y actividades sociales que requieren pasar más tiempo al aire libre, más que a diferencias en sí del sexo.

Se cree que el factor importante en la transmisión sea el tipo de vivienda predominante en la comunidad (rurales sin medidas de interceptación o dispersión del vector) y la cercanía de las mismas a zonas boscosas, aspectos involucrados en la transmisión ya señalados en Brasil por Barberino et al (2000), y en Trujillo, Venezuela, por Rojas y Scorza (1989).

La pobre o ausente protección social de la muestra y los estratos sociales IV y V al que pertenecen, que hace referencia a pobreza relativa y el mayor número de casos de LTA en los mismos, fueron los que reinaron en la muestra. Esto era lo esperado, puesto que la sociedad venezolana se mueve entre dos estratos, el estrato I con el más alto nivel de calidad de vida, dueña de la mayoría de las riquezas del país y que representa el 1,06% de toda la población y el estrato V que representa el 42,0% de la población nacional, en pobreza crítica, situación que no ha cambiado desde 1978 cuando Méndez inició su estudio sobre desigualdades que incluyó casi cuatro mil familias (Scorza, 2002). Además, algo más del 88% de la muestra estudiada, tiene un grado de instrucción igual o superior a primaria.

Llamó la atención que la mayoría de las personas encuestadas definieron la enfermedad y la llamaron Leishmaniasis, con pequeñas diferencias por sexo, antecedente clínico o no de Leishmaniasis y grupos de edad (adultos jóvenes —hasta 34 años— y adultos mayores —35 o más años—, estos dos grupos fueron establecidos de manera arbitraria, con el objeto de facilitar la interpretación de los resultados; ver Tablas No. 2, 3 y 4). Esta situación es entendible por las continuas intervenciones del sector salud y universitario, que difunden mensajes educativos, aunque de forma vertical, pero que han contribuido de alguna manera a mejorar el conocimiento de la población, tal como se vio en poblaciones colombianas, pero para el dengue (Fajardo et al, 2001).

Tabla No. 2
Conocimientos y prácticas sobre LTA por género
de la muestra
Cojedes, Venezuela

Conocimientos/ Prácticas	Femenino	Masculino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Definen y describen la historia natural de la enfermedad	42/46(91,3)	21/24(87,5)	63/70(90,0)
Conocen al insecto que la transmite	31/46(67,3)	14/24(58,3)	45/70(64,3)
Saben que la luz (eléctrica) atrae a los insectos	17/46(36,9)	11/24(45,8)	28/70(40,0)
Saben cómo prevenir la enfermedad	11/46(23,9)	9/24(37,5)	20/70(28,6)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA. Solo los que respondieron correctamente.

X² con corrección de Yates: p>0,05 no existe diferencias significativas entre géneros.

Tabla No. 3
Conocimientos y prácticas sobre LTA por
casos o no de la enfermedad de la muestra
Cojedes, Venezuela

Conocimientos/Prácticas	Con LTA	Sin LTA	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Definen y describen la historia natural de la enfermedad	17/17(100,0)	46/53(86,8)	63/70(90,0)
Conocen al insecto que la transmite	13/17(76,4)	32/53(60,4)	45/70(64,3)
Saben que la luz (eléctrica) atrae a los insectos	6/17(35,2)	22/53(41,5)	28/70(40,0)
Saben cómo prevenir la enfermedad	4/17(23,5)	16/53(30,1)	20/70(28,6)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA. Solo los que respondieron correctamente.

χ^2 con corrección de Yates: $p > 0,05$ no existen diferencias estadísticamente significativas (entre personas que refirieron o no LTA).

Tabla No. 4
Conocimientos y prácticas sobre LTA entre
adultos jóvenes y adultos mayores de la muestra
Cojedes, Venezuela

Conocimientos/ Prácticas	Adultos jóvenes (≤34 años)	Adultos mayores (≥35 años)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Definen y describen la historia natural de la enfermedad*	32/37(86,5)	31/33(93,9)	63/70(90,0)
Conocen al insecto que la transmite	21/37(56,8)	24/33(72,7)	45/70(64,3)
Saben que la luz (eléctrica) atrae a los insectos	8/37(21,6)	12/33(36,4)	20/70(28,6)
Saben cómo prevenir la enfermedad **	7/37(18,9)	21/33(63,6)	28/70(40,0)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA. Solo los que respondieron correctamente.

X² con corrección de Yates: * y ** p< 0,001 (adultos jóvenes vs. adultos mayores).

Las diferencias que se observaron en este estudio en cuanto al conocimiento sobre Leishmaniasis por género (a favor de las mujeres y probablemente debido a que son las que acuden con mayor frecuencia a instituciones de salud pública, y reciben información sobre las patologías que les aqueja), no fueron señaladas en Colombia en el estudio que realizaron Isaza et al (1999). Este grupo de investigadores no encontró diferencias atribuibles al género en los conocimientos y las prácticas relacionadas con Leishmaniasis cutánea. Los habitantes de la población estudiada saben que la enfermedad es transmitida por un vector (palomilla), conocimiento ausente en el 43% de la muestra mirandina y errónea en el 12% de la misma, ya que la atribuían a relaciones sexuales (Cirocco et al, 2000).

Por otra parte, consideramos que las actividades que señalaron como necesarias evitar para acelerar la recuperación, en este estudio pudieran explicarse como comportamientos correctos en higiene pero sin estar específicamente relacionados con salud; para evitar molestias (sin hacer referencia a la enfermedad) a los miembros de su hogar o simplemente no fueron capaces de justificar otras conductas favorables (Casanova y Urbina, 1986).

El acceso a los servicios de salud, constituye un elemento central de la producción de resultados satisfactorios. Por tanto, en esta investigación se analizó la preferencia de los individuos por el servicio curativo, En este sentido, el servicio médico-científico público fue el seleccionado por la mayoría de los entrevistados (Tabla No. 5). Sin embargo, se quejan de que son organizaciones fuertemente burocráticas en cuanto al servicio, insuficiente en capacitación del personal de salud y de la breve duración de las consultas —la prisa por terminar la consulta por parte del médico impide que el paciente aclare dudas— (Bronfman et al, 1997).

Tabla No. 5
Servicios curativos preferidos por la muestra por género
y conocimientos de medidas preventivas contra LTA
Cojedes, Venezuela

Servicios curativos	Femenino		Masculino		Total
	Conocen medidas preventivas		Conocen medidas preventivas		
	Si	No	Si	No	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Público	11(15,7)	30(42,9)	6(8,6)	15(21,4)	62(88,6)
Privado	1(1,4)	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,9)
Tradicional	0(0,0)	3(4,3)	0(0,0)	3(4,3)	6(8,6)
Total	12/46(26,0)	34/46(78,3)	6/24(25,0)	18/24(75,0)	70(100)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA.

X² con corrección de Yates: p>0,05 no existen diferencias significativas (Género, servicio curativo y conocimientos sobre medidas preventivas contra LTA).

El servicio curativo público fue el seleccionado por más del 88% de la población para tratar su LTA, puesto que aprecian que el costo de los servicios privados es muy elevado y que se explota en términos económicos a los pacientes, situación anteriormente percibida por Bronfman et al (1997). El uso del servicio curativo público redundaría en menores gastos directos. Los gastos indirectos no fueron investigados en este estudio, aunque puede esperarse que estos sean mayores que los gastos directos causados aún en servicios curativos públicos, como lo demuestran estudios previos (Díaz et al, 2000).

Es importante resaltar que los relativos “bajos gastos directos” se deben a que la magnitud del costo para el paciente se mantiene bajo debido a las políticas de subsidios del Ministerio de Salud y de la Universidad de Carabobo. Esta es una circunstancia positiva para el control de la enfermedad, ya que los subsidios directos y la seguridad social efectiva para los pacientes, pueden asegurar la eficacia de los programas de control de la LTA (Díaz et al, 2000).

A pesar de haber usado la mayoría los servicios de salud modernos, los pacientes no conocían las formas de prevenir la enfermedad. Esto demuestra que sólo se tratan las lesiones, pero no se atiende al paciente como ser integral y se pierde la oportunidad de informarles sobre la enfermedad. La línea de acción en la población estudiada fue negar o desconocer la posibilidad de prevención, pues no estuvo difundido el uso de mosquiteros, repelentes químicos o uso de humo como repelentes. Iguales resultados se reportaron en poblaciones colombianas y brasileras (Quezada, 2000; Barberino et al, 2000).

Esta investigación reveló que las consecuencias psicosociales de la enfermedad tenían mayor importancia de acuerdo al sexo que por edad (Tabla No. 6), situación en consonancia con lo encontrado en Trujillo, Venezuela por Díaz (1996). Las diferencias entre los géneros podrían deberse a la forma de percibir las consecuencias psicosociales de la enfermedad, como afirman Weigel y col., (1994) y Jiménez (1998). Estos autores encuentran en su estudio que las mujeres tienden con mayor frecuencia a señalar que las úlceras y cicatrices reducen la autoestima, asociada esta última a un sinnúmero de consecuencias psicológicas, sociales y económicas, la mayoría perjudiciales.

Tabla No. 6
Consecuencias psicosociales y económicas
en los casos de LTA por género
Cojedes, Venezuela

Percepciones	Femenino	Masculino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Dejó de asistir a fiestas u otras actividades	5/10(50,0)	5/7(71,4)	10/17(58,8)
Varió usted su forma de vestir	4/10(40,0)	1/7(14,3)	5/17(29,4)
Lo trataron diferente o con lástima	2/10(20,0)	0/7(0,0)	2/17(11,8)
Sintió usted apoyo para enfrentar la enfermedad	10/10(100,0)	7/7(100,0)	17/17(100,0)
Le causó malestar en su estado de ánimo la enfermedad*	10/10(100,0)	0/7(0,0)	10/17(58,8)
Las personas lo evitaron	1/10(10,0)	0/7(0,0)	1/17(5,9)
Afectó la enfermedad su rendimiento laboral	8/10(80,0)	6/7(85,7)	14/17(82,4)

Fuente: encuestas de hogares sobre LTA. Solo los que respondieron afirmativamente a las interrogantes.

X² con corrección de Yates: *p<0,001 (mujeres vs. hombres).

Las mujeres se aprecian menos hermosas y la capacidad para retener a su pareja puede verse reducida por el estigma social que acompaña a la enfermedad y sus secuelas. Por consiguiente, las mujeres pueden ver disminuidas sus relaciones interpersonales, su posición y movilidad socioeconómica. El 100% de los encuestados contaron con el apoyo familiar durante la enfermedad, hecho que había contribuido a reducir las consecuencias psicosociales de la enfermedad, lo que coincide con lo hallado en Trujillo, Venezuela, por Díaz (1996). Situación opuesta a la observada en el estado Miranda, Venezuela, donde las mujeres reportan que la ayuda recibida fue por sentimientos de lástima (Castes et al, 1992).

Conclusión

Finalmente, se concluye que la mayoría de los habitantes estaban familiarizados con la LTA, el vector y el tratamiento. A pesar de esta familiaridad, ciertos aspectos son poco conocidos y hay conceptos erróneos sobre la transmisión y la prevención. Los conocimientos populares difieren de los formales o institucionales en la percepción de la enfermedad, su forma de transmisión, curación y control. Ante la presencia de la enfermedad, la comunidad ha desarrollado sus propias formas de comprender, interpretar y tratar la enfermedad. Sin embargo, no existe cultura de prevención en la población. En esta población la prevalencia referida de LTA fue relativamente mayor en mujeres, en el grupo de edad productiva y sin relación con la ocupación, sugiriendo esto último la posibilidad de transmisión intradomiciliaria.

El servicio médico-científico curativo público fue el seleccionado por la población para el tratamiento de la LTA, por generar gastos directos menores ya que es una enfermedad que pueden curar los médicos, y porque los centros de atención no están muy distantes. Se observó que los adultos mayores tienen más y mejores conocimientos sobre la prevención de la LTA, lo cual los califica como candidatos aceptables para ser promotores de salud, con lo que se involucraría directamente a la comunidad en el cuidado de su salud. Por tanto, se recomienda la consideración de los adultos mayores en programas educativos de control, para incorporar de esta manera la participación comunitaria en los programas de salud. En este sentido, los servicios básicos preventivos debería incluirlos como promotores de salud, con el objeto de favorecer la participación social amplia, ya que, la visita por parte de un miembro de la comunidad y no alguien del exterior, tiene una trascendencia especial para estas familias, estrategia que se establecería a nivel local, en el ambulatorio y escuela de la zona, bajo la dirección de un comité local de salud.

Como parte del trabajo educativo se recomienda diseñar e implementar con la comunidad folletos e instructivos adecuados a las condiciones de la zona, en que se describa de forma sencilla, mediante textos e ilustraciones, qué es la Leishmaniasis, cómo se transmite, dónde habitan los insectos, qué los atrae, cuándo sospechar

de leishmaniasis, qué hacer o a quién recurrir y cómo prevenir. Este último punto es fundamental por cuanto es conveniente enseñar a la comunidad las diversas formas de interceptar o dispersar al insecto transmisor de LTA, debido a las características de las viviendas rurales que permiten la entrada del vector en busca de alimento y porque, al parecer, la transmisión es principalmente intradomiciliara. Asimismo, se recomienda explorar la efectividad técnica y la aceptación social de la aplicación de herramientas actuales de control con participación de la comunidad. Particularmente sería altamente recomendable el ensayo de cortinas impregnadas con insecticidas, siembra de plantas aromáticas, repelentes naturales y el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, tal como lo reportado exitosamente por Villegas (2002) en Trujillo, Venezuela.

Bibliografía

- ABU-LUGHOD, L. (1991). Witting against culture. En: R. Fox (Ed.) *Recapturing Anthropology*, School of American Research Press, Santa Fe, pp. 137-162.
- AGUILAR, C. M.; FERNÁNDEZ, E.; de FERNÁNDEZ, R.; DEANE, L. M. (1984). Study of an outbreak of leishmaniasis in Venezuela. The role of domestic animals. En: *Memorias Instituto Oswaldo Cruz*, 79, pp. 181-195.
- AGUILAR, C. M.; RANGEL, E. F.; GARCIA, L.; FERNANDEZ, E.; MOMEN, H.; GRIMALDI, G.; de VARGAS, Z. (1989). Zoonotic coetaneous leishmaniasis due to *Leishmania (viannia) braziliensis* associated with domestic animals in Venezuela and Brazil. En: *Memorias Instituto Oswaldo Cruz*, 84: 19-28.
- AL-MAZROA, Y. y AL-SHAMMARI, S. (1991). Community participation and attitudes of decision-makers towards community involvement in health development in Saudi Arabia. En: *Bulletin World Health Organization*, 69, pp. 43-50.
- ALLEYNE, G. A. (2001). La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. En: *Revista Panamericana de Salud*, 10(6), pp. 371-375.
- APPADURAI, A. (1991). Global ethnoscaapes. Notes and requires for a transnational Anthropology. En: R. Fox, (Ed.) *Recapturing Anthropology*, School of American Research Press, Santa Fe, pp. 199-210.
- ARIAS, F. G. (1999). *El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración*. Tercera Edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.

- BARBERINO, S. J.; LAUAND, L.; SANTOS, G.; De OLIVERIA, M. V. (2000). Factores socioeconômicos e atitudes em relação a prevenção domiciliar da leishmaniose tegumentar americana, em uma área endêmica do Sul da Bahia, Brasil. En: *Caderno Saúde Pública*, 16(3), pp. 701-708.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; FORSBURG, B.; MARANHÃO, A. G.; STEGEMAN, M.; GONZALEZ-RICHMOND, A.; MARTINS, R. M.; NEUMAN, Z. A.; MCAULIFF, J.; BRANCO Jr., J. A. (1991). Management of childhood diarrhea at the household level: a population survey in north-east Brazil. En: *Bulletin World Health Organization*, No. 69, pp. 59-65.
- BIOMEDICINA (1999). Programa de Dermatología Sanitaria. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Venezuela.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1993b). Venezuela: retos para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales. En: *Fermentum*, No. 4, pp. 165-176.
- (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. En: *Caderno Saúde Pública*, No. 12, pp. 7-30.
- BRONFMAN, M.; CASTRO, R.; ZÚÑIGA, E.; MIRANDA, C.; OVIEDO, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. En: *Salud Pública México*, No. 5, pp. 1-8.
- BORGES, E. (2000). *Detección, atención y estudio de una epidemia de leishmaniasis tegumentaria americana en la Población de Mapaco, Estado Cojedes*. Año 1988. Trabajo de Grado no publicado. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- CARNEIRO, M. y ANTUNES, C. (1994). Avaliação de eficácia do Programa de controle da doença de chagas: aspectos metodológicos. En: *Caderno Saúde Pública*, No. 10(2), pp. 261-272.
- CASANOVA, D. y URBINA, G. L. (1986). Ciências populares sobre saneamento básico, Viña del Mar, Chile. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, No. 101(4), pp. 366-372.
- CASTES, M.; JIMÉNEZ, M.; CASTAÑEDA, N.; RODA, A.; MARTÍN, I. (1992). Estudio de los aspectos epidemiológicos y socioeconómicos en mujeres con Leishmaniasis. En: *Fermentum*, No. 2(4), pp. 85-98.
- CIROCCO, P.; BOLIVAR, A.; VILÉ, J.; CIROCCO, A. (2000). *Leishmaniasis: Evaluación de los conocimientos en poblaciones pertenecientes al Distrito Sanitario No. 3 del Estado Miranda, Venezuela*. Disponible en: <http://www.svm.org.ve>.
- CONVIT, J. (1993). The clinical and immunological spectrum of American Cutaneous Leishmaniasis. En: *Transactions of the Royal Society of Tropical Medical Hygiene*, 87(4), pp. 444-449.

- DABIS, F.; BREMAN, J. G.; ROISIN, A. J.; HABA, F. (1989). Monitoring selective components of primary health care: methodology and community assessment of vaccination, diarrhea, and malaria practices in Conakry, Guinea. En: *Bulletin World Health Organization*, No. 67, pp. 675-684.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. (1990). *Epi Info, version 5: word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Stone Mountain, Georgia, USD.
- DESJEUX P. (2004). Leishmaniasis: current situation and new perspectives. En: *Microbiology Infection Disease*, No. 27, pp. 305-318.
- DIAZ, B. (1996). *The socioeconomic consequences of cutaneous and visceral Leishmaniasis in Trujillo, Andean area of Venezuela*. Tesis doctoral. Liverpool School of Tropical Medicine, Inglaterra.
- DIAZ, B.; KROEGER, A., VAZQUEZ, M. A. (2000). *Consecuencias económicas de la Leishmaniasis cutánea en pacientes tratado en Trujillo, área endémica de Venezuela. Salud y equidad, una mirada desde las ciencias sociales*. Editora Fiocruz. Río de Janeiro, Brasil.
- DIAZ, J. C., DIAZ, R. B. (1993). La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales. En: R. Briceño-León y J. C. Díaz (Org.) *Las enfermedades tropicales en las sociedades contemporáneas*. FERV, Caracas, pp. 29-50.
- D'SUZE, C. y GARCÍA, C. (1993). Epidemiología de la Leishmaniasis. En: *Dermatología Venezolana*, No. 31(2), pp. 4-11.
- FAJARDO, P.; MONJE, C. A.; LOZANO, G.; REALPE, O.; HERNANDEZ, L. E. (2001). Nociones populares sobre "Dengue" y "Rompehuesos", dos modelos de la enfermedad en Colombia. En: *Revista Panamericana Salud Pública*, No. 10(3), pp. 61-168.
- FAYAL-CAMEL, V. (2001). *Estadística de investigación social*. Tercera reimpresión. Producciones Karol C. A. Mérida, Venezuela.
- HOMEZ, J. y ROMERO, H. M. (1970). Investigación inmunológica en 3 localidades del Estado Zulia, Venezuela. En: *Kasmera*, No. 3, pp. 281-297.
- ISAZA, D. M.; RESTREPO, B. N.; ARBOLEDA, M. (1999). La Leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. En: *Pan-American Journal of Public Health*, No. 6(3), pp. 177-184.
- JIMÉNEZ, M. (1998). Género, estigma y Leishmaniasis. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, No. 3(6), pp. 80-96.
- KLIKSBERG, B. (2000). Diez falacias sobre los problemas económicos y sociales en América Latina. Conferencia del 24 de noviembre. Caracas, Venezuela.

- LÓPEZ, J. R. (1988). *Historia médica del estado Cojedes*. Vadell Hermano Editores, Primera Edición. Valencia, Venezuela.
- MÉNDEZ, CH.; LÓPEZ, B. M.; LANDAETA, J. M.; GONZALES, T. A. (1986). Estudio transversal de Caracas. En: *Archivo Venezolano de Puericultura y Pediatría*, No. 49, pp. 111-155.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, MSAS (1986). Programa de Dermatología Sanitaria. En: *VII Congreso Venezolano de Salud Pública*. Caracas, Venezuela, pp. 753-830.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS (1990). Lucha contra la Leishmaniasis. Informe de un comité de Expertos de la OMS. Ser. Informe Técnico 793.
- PIFANO, F. (1940). La Leishmaniasis tegumentaria en el estado Yaracuy, Venezuela. En: *Revista Policlínica*, Caracas, No. 9(3), pp. 639-658.
- (1960). Algunos aspectos epidemiológicos de la Leishmaniasis tegumentaria en la región neotrópica, con especial referencia a Venezuela. En: *Archivo Venezolano Medicina Tropical y Parasitología Médica*, No. 3, pp. 31-61.
- (1969). Algunos aspectos en la ecología y epidemiología de las enfermedades endémicas con focos naturales en el área tropical, especialmente en Venezuela. En: *MSAS*, pp. 117-149.
- PONS, A. (1968). Leishmaniasis tegumentaria americana en el asentamiento campesino de Zipayare. Aspectos epidemiológicos, clínicos e inmunológicos. Su importancia en la reforma agraria. En: *Kasmera*, No. 3, pp. 559.
- PONS, A.; SERRANA, H.; MÁRMOL, P. (1974). Incidencia de la Leishmaniasis tegumentaria americana en pobladores del Departamento Miranda del estado Zulia (Venezuela). En: *Kasmera*, No. 5, pp. 31-41.
- QUEZADA, H. E. (2000). *Factores de riesgo asociados a la infección por Leishmaniasis en pacientes diagnosticados entre enero de 1999 y junio del 2000 en el Distrito Tingo, Provincia de Luya, Departamento de Amazonas*. Trabajo de Especialización. Universidad San Ignacio de Loyola. Colombia.
- RECACOECHEA, M. (1983). Estado de conocimiento sobre Leishmaniasis tegumentaria americana en Bolivia. En: *Boletín Informativo CENETROP*, No. 9(1), pp. 6-12.
- ROJAS, E. y SCORZA, J. V. (1989). Xenodiagnosis using *Lutzomyia youngi* in Venezuela cases of cutaneous Leishmaniasis due to *Leishmania braziliensis*. En: *Memorias Instituto Oswaldo Cruz*, No. 84(1), pp. 29-34.
- SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA REGIONAL (2005). Dirección regional de Salud del estado Cojedes, Venezuela.

- SCORZA, J. V. (1980). Ecología neotropical de cuatro parasitosis humanas. En: *Boletín de la Sociedad Venezolana de Ciencias Naturales*, No. 34(137), pp. 210-258.
- (2002). *Venezuela de 1802 y Venezuela 2002*. Disponible en: <http://www.cecalc.ula.ve>.
- SCORZA, J. V.; VALERA, M.; MORENO, E.; JAIMES, R. (1983). Encuesta epidemiológica sobre Leishmaniasis cutánea. Un estudio en Mérida, Venezuela. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, No. 95(2), pp. 118-131.
- TESTA, M. (1981). Extensión de cobertura con atención médica primaria. Venezuela. *Documentos CENDES-UCU*, No. 14.
- TORREALBA, J. W. (1980). *Aspectos médico-sanitarios de la Malaria, Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis en la Región neotropical*. Ponencia presentada en el Taller sobre Inmunología de Parásitos, XXX Convención Anual de ASOVAC. Mérida, Venezuela.
- VALLA, V. (1996). A crise da interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. En: *Educação e Realidade*, No. 21, pp. 177-190.
- VILLEGAS, A. E. (2002). *New tools for controlling Chagas' disease and Leishmaniasis in Venezuela*. Tesis doctoral. Liverpool School of Tropical Medicine, Inglaterra.
- WEIGEL, M. M.; ARMIJOS, R. X.; RACINES, R. J.; ZURITA, C.; IZURIETA, R.; HERRERA, E.; HINOJOSA, E. (1994). La Leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador: percepciones, conocimientos y tratamientos populares. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 117(5), pp. 400-413.
- WONG-UN, J. A. (1998). Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. En: *Caderno Saúde Pública*, 14 (2), pp. 91-100.