



Evaluación de conocimientos de la Leishmaniasis visceral en comunidades intervenidas con el programa de control. Municipios Díaz y Gómez -Isla de Margarita- del Estado Nueva Esparta. Venezuela (1)

*Rafael Borges**

Resumen

El objetivo del presente artículo es evaluar el conocimiento de la Leishmaniasis Visceral en las comunidades La Guardia y La Pista, Municipios Díaz y Gómez. Isla de Margarita. Estado Nueva Esparta. Venezuela. Los criterios de selección se basaron en factores socio-demográficas diferentes, incidencia de la enfermedad, y haber sido intervenidas por el programa de medidas de control en los años 1998-2000. Para el diseño de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio simple, seleccionándose en cada comunidad sesenta (60) viviendas, en las cuales se aplicó una entrevista estructurada a los jefes de familia. Los datos recogidos se sistematizaron en una base de datos tipo excel, y los resultados se analizaron con epi-info 2000, para determinar el conocimiento de la enfermedad y las maneras de prevenirla. Resultados: Las estrategias educativas aplicadas en las dos comunidades, no generaron impacto significativo en cuanto al conocimiento y medidas de control de la endemia; solo refleja una diferencia en la proporción de individuos que conocen la enfermedad entre las dos comunidades, siendo mayor en La Pista. Conclusiones: Se resalta la importancia de estudiar

1 Agradecemos a la Doctora Olga Zerpa por la información del programa: Medidas de Control de la Leishmaniasis Visceral en el estado Nueva Esparta, como viáticos para el trabajo de campo. Cooperación en el marco del Proyecto Milenio. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Venezuela. Agradecemos también, el apoyo en el trabajo de campo a las siguientes personas: Doctora Rosilved Silva Basanta. Epidemióloga, Doris Belisario Inspectora de Salud Pública y Wilmer Galindo Inspector de Salud Pública. Sesión de Leishmaniasis. Instituto de Biomedicina.

* Instituto de Biomedicina. Universidad Central. Caracas, Venezuela.
E-mail: rhborges@hotmail.com - rhborges2002@yahoo.com

el perfil sociocultural de las comunidades para obtener una línea base para la gestión y sostenibilidad de programas educativos sobre la prevención y el control de la leishmaniasis visceral.

Palabras clave: Leishmaniasis Visceral, Conocimientos en Leishmaniasis, Educación para la Salud. Vigilancia Epidemiológica.

An Evaluation of Knowledge About Visceral Leishmaniasis in Communities Intervened by the Control Program. Diaz and Gomez Municipalities, Margarita Island, State of Nueva Esparta, Venezuela, 1998-2000

Abstract

The purpose of the study was to evaluate knowledge about visceral leishmaniasis in the communities of La Guardia and La Pista, Diaz and Gomez Municipalities, Margarita Island, State of Nueva Esparta, Venezuela. The selection was based on different socio-demographic factors, disease incidence and the fact that they had been intervened by the control program in 1998-2000. The head of each of 60 households selected by simple random sampling was interviewed to determine knowledge about the disease and preventive measures. Collected data were systematized in an Excel-type data base and analyzed with Epi-info 2000 to determine knowledge about the disease and preventive measures. Results: The educational strategies applied in the two communities did not generate a significant impact in terms of knowledge about and preventive measures for this endemic disease; data only reflected a higher proportion of interviewees in La Pista that knew about the disease. Conclusions: The importance of studying the socio-cultural profile in the communities is emphasized to obtain a base line for the management and sustainability of educational programs about prevention and control of visceral leishmaniasis.

Key words: Visceral leishmaniasis, knowledge about leishmaniasis, health education, epidemiological surveillance.

Introducción

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), la leishmaniasis visceral es endémica en 61 países. La incidencia anual se calcula en 500.000 casos. Es la forma más grave de leishmaniasis, ya que puede causar la muerte si no se administra tratamiento. Con frecuencia se producen epidemias letales en focos antroponóticos de leishmaniasis visceral en Bangla-

desh, la India, Nepal y Sudán, donde se cree que el ser humano es el único reservorio. La vigilancia es fundamental para determinar el impacto de la enfermedad y evaluar los esfuerzos de control de la transmisión y detección de epidemias.

La actualización de los datos de la (OPS, 2007) referente a la Leishmaniasis Visceral (LV), aprecia que entre los principales factores de riesgo que contribuyen con las tasas de morbilidad de leishmaniasis en la Región de las Américas, se encuentra las siguientes:

La inaccesibilidad a la atención que registran los pacientes. La falta de participación social organizada. El insuficiente uso de la información para la toma de decisiones. La falta de tratamiento. La interacción del ser humano con el vector. La incidencia de la LV se han incrementado en los años recientes. Los sistemas de vigilancia son deficientes. Falta de recursos humanos capacitados para actividades de diagnóstico, tratamiento y medidas de control. Falta de medicamentos para el tratamiento en forma oportuna.

En consecuencia, el Programa Regional con el apoyo del Programa Global elaboró un plan de acción para el 2007, el cual contempla:

- * Conocer la carga de enfermedad por leishmaniasis.
- * Estandarizar las técnicas diagnósticas.
- * Fortalecer el talento humano.
- * Promover la descentralización de las actividades de los programas de prevención y control de los países a los servicios de atención primaria.
- * Fortalecer el sistema de vigilancia.
- * Empoderamiento de la comunidad.
- * Buscar alianzas estratégicas.

El análisis de esta multiplicidad de factores que inciden directamente en la presencia de la leishmaniasis visceral (LV) en las Américas, necesariamente debe verse a la luz del contexto del papel del estado y de las diferentes reformas sociales, políticas, económicas y sanitarias por las cuales la mayoría de los países de la región están cruzando.

Venezuela, como país de la región de las Américas no escapa de este escenario descrito. Al analizar los datos nacionales de enfermos de leishmaniasis visceral reportados por el Instituto de Biomedicina (1995-2006), institución responsable del programa nacional de control de esta endemia, se observa un registro de 465 casos en trece de las veinte y cuatro entidades federales: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Falcón, Guárico, Lara, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Yaracuy, y Trujillo. La tasa anual de incidencia registrada en Venezuela fue de cerca de 0,2 casos por cien mil habitantes, siendo los

estados más afectados Nueva Esparta, Anzoátegui, Lara, Sucre y Trujillo con tasas variables entre 7,2 y 0,4 por cien mil habitantes por año.

En lo que se refiere al estado Nueva Esparta se encuentra con las tasas más altas, motivo por el cual el Instituto de Biomedicina decide ejecutar en los años 1998-2000 un programa de intervención integral en comunidades endémicas pertenecientes a los Municipios: Díaz, Mariño y Gómez. En este marco uno de las líneas de acción fue lo relacionado a generar información y educación comunitaria a toda esta población en cuanto al conocimiento de la enfermedad (LV), y sus medidas de prevención y control.

Materiales y Métodos

El objetivo planteado en la investigación fue determinar los conocimientos de la leishmaniasis visceral y las medidas de prevención por parte de la población de las comunidades La Guardia y La Pista del estado Nueva Esparta, las cuales fueron intervenidas por el programa de medidas de control durante los años 1998-2000 ejecutado por la Unidad de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina.

Las características del estudio se enmarcan en la investigación exploratoria, pues permite evaluar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene dudas o no ser abordado antes (Sampier, 2003: 115-117). Este es el caso de la exploración de los conocimientos y medidas de control por parte de la población residente en el área endémica en leishmaniasis visceral, aspecto poco investigado desde los programas de control en Venezuela. El paradigma imperante ha sido el modelo de educación comunitaria coyuntural-marginal en situaciones de repunte de casos, expresado en operativos, charlas, panfletos entre otros recursos, sin estimar una planificación e investigación desagregada de los perfiles socioculturales de las comunidades.

Como línea base para la realización de este estudio se utilizaron varias fuentes entre ellas, información del programa de control de la leishmaniasis visceral en el Instituto de Biomedicina y particularmente en el Estado Nueva Esparta durante los años 1998-2000. Registros estadísticos de la Unidad de Informática del Instituto de Biomedicina, y la Coordinación de Epidemiología del mismo Instituto.

Se seleccionó como método para el procesamiento de la información la elaboración de una base de datos EXCEL y se analizó con EPIINFO 2000.

EL área de estudio la representan dos (2) comunidades La Guardia y la Pista de los Municipios Díaz y Gómez del estado Nueva Esparta, por estar enmarcadas en zona endémica, tener características socio demográficas diferentes y haber sido intervenidas por el programa de medidas de control durante los años 1998-2000.

Se utilizó un Azar Simple, para la selección de las unidades familiares de las comunidades sujetas del estudio, apoyado de los croquis elaborado por el equipo de trabajo, referencia espacial-geográfica de la ubicación de las comunidades, quedando representada la muestra por ciento veinte (120) viviendas, sesenta (60) en cada comunidad. Tomándose como criterios, patrones demográficos y socio-culturales significativamente diferentes, a objeto de poder establecer un análisis comparativo en el proceso de evaluación sobre el comportamiento de la enfermedad y como los habitantes la perciben, igual sus maneras de prevenirla.

El tamaño de la muestra para cada comunidad se calculó considerando que un 80% de los habitantes tendrían conocimientos sobre la enfermedad y estimando encontrar como mínimo un 70% de conocimientos sobre ella, lo cual daría una muestra mínima de 51 individuos, decidiendo en consecuencia tomar 60 viviendas para mayor precisión, para entrevistar una persona de cada una de las familias que ocuparan la vivienda.

Recolección de información

Se aplicó la entrevista de tipo estructurada de combinación de preguntas cerradas y abiertas sustentado por la observación directa participante. El mencionado instrumento constó de dos partes: la primera, que sistematiza una serie de ítems relacionadas a los datos socio-económicos de las viviendas seleccionadas en el estudio, apoyado por un listado de códigos que sirven de referencia al tipo de respuestas por cada pregunta.

La segunda parte, se refiere a la exploración del conocimiento y formas de prevención de la enfermedad (LV) de los entrevistados.

La validación de la entrevista se realizó en dos dimensiones: a nivel de expertos en la temática, como a nivel de comunidades con características similares a las seleccionadas en el estudio en las cuales se realizó una prueba piloto.

El instrumento fue aplicado a los jefes de familia y en su ausencia a un adulto mayor de 18 años del mismo grupo familiar.

Es importante resaltar, que la observación directa participante en este estudio constituyó un vehículo clave para profundizar las características del hábitat familiar y comunitario del entrevistado, asociado a las formas de vida y de desigualdad social como factores de riesgo que intervienen en la leishmaniasis visceral.

El procesamiento de los datos de tipo cuantitativo se realizó a partir del diseño de la base datos excel y un análisis con EPI-Info 2000, y los datos cualitativos referente a la segunda parte del instrumento, se realizó utilizando una matriz de códigos clínicos y epidemiológicos como patrón de referencia para el análisis, los cuales al ser codificados, se vaciaron en la base de datos.

Resultados

Aspectos Sociodemográficos

En las 120 unidades de viviendas seleccionadas en el estudio se entrevistaron 129 familias, siendo el promedio de familias por vivienda de 1.03 en La Guardia y 1.12 en La Pista.

El tamaño del grupo familiar predominante es entre 3 y 6 integrantes con un promedio para la Pista de 4,86 y 4,16 para la Guardia, diferencia no significativa ($p= 0,064$).

El 47,3 % de los entrevistados pertenecen al género femenino, siendo este ligeramente mayor en la Pista (53,7%) que en la Guardia (40,3%), pero esta diferencia no es significativa ($p= 0,13$).

La distribución por edad de los entrevistados está entre 15 y 75 años con una mayor frecuencia en la Guardia entre 25 y 44 años, y en la Pista entre 35 y 54 años. El promedio de edad es de 35,74 años en la Guardia y 40,66 en la Pista, resultando significativa esta diferencia ($p= 0,016$), la distribución de edad por género no arroja diferencias significativas entre los géneros ni para el total, ni para cada una de las comunidades.

La comparación del promedio de las edades entre las dos comunidades revela un promedio mayor para los géneros para la Pista, pero la diferencia no es significativa para el género masculino, pero sí para el femenino.

En el estado civil predomina la condición de unido en la Guardia y de casado en la Pista, llamando la atención en la Guardia que el número de casados y solteros es prácticamente igual, en cambio en la Pista los casados son 5,5 veces mayor que lo solteros.

Con relación a los años en la localidad, aproximadamente dos tercios de los habitantes de la Pista tienen 10 años o más de residencia en la misma, y solo un 10% de la Guardia reportan una permanencia mayor de 10 años, ya que más de un 50% de los habitantes de esta comunidad tienen menos de 5 años en ella.

La procedencia por lugar de nacimiento presenta una muy elevada proporción de nacidos en Nueva Esparta en la comunidad de la Pista (62.7%), en cuanto a la Guardia solo el 25% nacieron en este estado. En ambas comunidades se refleja personas nacidas en 16 de los 24 estados de Venezuela.

El tipo de ocupación mostró una relativa concentración en ambas comunidades en las categorías de, obrero, agricultor, economía informal, oficio del hogar con muy escaso número de estudiantes y profesionales, reportándose solo un profesional universitario en la comunidad de la Pista.

El grado de instrucción tiene mayor proporción en las categorías de primaria incompleta (12.4%) primaria completa (26.4%) y la secundaria completa (11.6%) e incompleta (38.8%) en ambas comunidades. Observándose una mayor proporción de analfabetas (9.7%) y primaria incompleta (17.7%) en la comunidad de la Guardia, al compararlo con la comunidad de la Pista (1.5% y 7.5% respectivamente, donde se reporta técnicos medios, superiores y universitarios que no se observaron en La Guardia, y donde el número de secundaria completa duplica a la comunidad de la Guardia (14.9% vs. 8.1%). Esto indica que el nivel educativo es más alto en la comunidad de la Pista que en la Guardia.

El nivel de ingreso reportado en ambas comunidades se ubica en más de 50% de los entrevistados por debajo de 300.000 bolívares (US \$ 139.53) mensuales, siendo mayor este porcentaje en la Guardia (72.6%) que en la Pista (52.2%) y la frecuencia del mismo es básicamente diaria y semanal (29.0%) en la Guardia, y semanal, quincenal, mensual (80.6%) en la Pista.

Resultados en relación a los conocimientos de los entrevistados en cuanto a la enfermedad

Del universo de personas entrevistadas, el 51,1% ha oído hablar de la leishmaniasis visceral, con una diferencia de 70,02% en la comunidad de la Pista y solo 32,3 en la comunidad de la Guardia, siendo esta diferencia altamente significativa ($p= 0,00062$). Desagregando esta visión de las personas que han oído hablar de la enfermedad se obtuvo que el 16% tiene un conocimiento bastante completo, y el 67% un conocimiento parcial, el 11,09% tienen un conocimiento errado y un 4,5% no respondieron. Existe diferencia entre la categoría del conocimiento completo entre la comunidad la Pista con 21, 2% y la comunidad la Guardia con un 5%.

En relación a la pregunta quien o quienes les explicó sobre la enfermedad hay una diversidad de respuestas, recibiendo mayor concentración de respuestas el vecino (18.2%) y el personal de salud local (27.2%) siendo la proporción de vecinos mayor en La Pista (21.3%) que en La Guardia (10.5%) y en el personal de salud (27.7% y 26.3% respectivamente). Solo el 10.6% reportaron haber recibido información del personal del Instituto de Biomedicina, nivel central del programa (12.8% en La Pista y 5.3% en La Guardia).

Referente a las características de la enfermedad, es decir, a las características clínicas que permiten sospechar su presencia, contestaron 66 entrevistados, reflejando las siguientes respuestas, el 3% tiene un conocimiento más o menos completo, un 42,4% un conocimiento parcial, mientras que un 7,5% tienen un conocimiento errado, y un 55% no lo conoce. En esta pregunta no se observa diferencias significativas en los entrevistados de ambas comunidades.

Sobre las formas de transmisión de la enfermedad: contestaron 59 entrevistados (19 en La Guardia y 40 en La Pista), de los cuales el 32.2% respondieron en forma correcta y sin diferencia significativa entre ambas comunidades (26.3% en La Guardia y 35.0% en la Pista). ($p=0.50$), Entendiendo como correcta las formas de transmisión de la enfermedad el referir que se transmite por la picadura de un mosquito.

En cuanto al conocimiento de las características del vector, contestaron esta pregunta 50 entrevistados, teniéndose como resultado que solo el 8% responde correctamente, sin diferencia significativa entre las dos comunidades. En relación al nombre del vector solo un individuo en La Pista conoce el nombre científico del mismo es decir *Lutzomia*, y el 10% de los respondientes conoce el nombre popular (puripuri).

Referente a los métodos utilizados para evitar la enfermedad, mas del 50% de los entrevistados dieron respuesta mencionando varios procedimientos, reflejando una tendencia de las respuestas de cada uno de los métodos señalados de la siguiente manera: El 77% de los entrevistados considera que limpiar los alrededores de la casa es el mejor método, seguido del uso del ventilador con 44,6%, el uso de insecticidas el 38,5%, el uso de mosquiteros de 13,8% y el uso de mallas protectoras de las ventanas un 3,1%. No existen prácticamente diferencias significativas entre los porcentajes de limpieza y uso de ventilador entre las dos comunidades.

De las 65 personas que respondieron la pregunta sobre si la LV tiene cura solo un 57% considera que si, sin diferencia en las comunidades involucradas en el estudio (57.9% en La Guardia y 56.5 en La Pista). Sobre las formas de curarla respondieron 45 entrevistados (11 en La Guardia y 34 en La Pista), se apreció que solo un 8% tienen un conocimiento científico, es decir, que existe un tratamiento medicamentoso para el tratamiento de la misma, y 50% un conocimiento parcial, sin existir diferencia significativa en ambas comunidades (0.0% completo y 81.8% parcial en La Guardia y 11.8% y 52.9% respectivamente en La Pista), las cuatro (4) personas que tienen un conocimiento completo sobre la forma de curar la enfermedad pertenecen a la comunidad de la Pista.

Cuando se interroga a donde acuden a solicitar atención en caso de sospecha de tener la enfermedad todos los 67 que respondieron esta pregunta identificaron a un servicio formal de salud, bien sea el hospital o el ambulatorio de la localidad.

Se continua con la categoría relacionada al conocimiento que poseen los entrevistados en cuanto a identificar si un perro está enfermo de leishmaniasis visceral, dando como resultado, que un 37,5% de los 64 entrevistados que respondieron (19 en La Guardia y 45 en La Pista) dicen que si, sin establecer diferencia en las dos comunidades (31.5% en La Guardia y 40.0% en La Pista).

De acuerdo a la cadena epidemiológica de la leishmaniasis visceral, los perros infectados representan una fuente de contagio, que requiere de una sostenida vigilancia, y por lo tanto, aquellos a los cuales se les ha confirmado la infección deben ser eliminados. Es por ello, la significación de este tipo de respuestas por parte de la población que reside en áreas endémicas, insumo de altísimo valor para el investigador al momento de establecer propuestas de educación para la salud y vigilancia epidemiológica. Al contrastar estos resultados con el conocimiento de las personas entrevistadas con los síntomas de la enfermedad en el perro, se obtuvo que solo una persona, de La Pista, de los 26 que respondieron en ambas comunidades tienen un conocimiento completo, el 61,5% un conocimiento parcial, el 27,6 un conocimiento errado y el 7,6% no sabe: Los resultados no arrojan grandes diferencias entre las dos comunidades.

La acción reportada en caso que el personal de salud de la localidad le indique que su perro está enfermo, se aprecia que de los 65 entrevistados que respondieron, en un 70,8% lo entregarían para que sea eliminado, y el resto buscaría ayuda en el Veterinario, con la excepción de una persona en la comunidad de la Guardia que abandonaría el perro. No se aprecia diferencias en las respuestas de los entrevistados en las dos comunidades.

De los 65 entrevistados que respondieron, (18 en La Guardia y 47 en La Pista) solo un 18,5% reporta haber recibido material educativo relacionado a la prevención de la LV, y todos reportaron haber recibido información a través del personal de salud del estado, por los medios de comunicación local (televisión, radio, prensa), o de carteleros y panfletos.

El 61,4% de los 127 entrevistados opinaron que les gustaría participar conjuntamente con el equipo de salud local para trabajar en actividades de control de la leishmaniasis visceral, y de ellos el 63,3% manifestaron su interés en hacerlo en actividades educativas, el 43,3% en varios tipos de actividades y el 5,1% en actividades de apoyo logístico.

Discusión y Conclusiones

Los resultados del presente estudio se orientan hacia algunas conclusiones importantes vinculantes a los objetivos planteados, determinar los conocimientos de la leishmaniasis visceral y las medidas de prevención por parte de la población de las comunidades La Guardia y La Pista. Isla de Margarita del estado Nueva Esparta, las cuales fueron intervenidas por un programa de medidas de control de la leishmaniasis visceral por espacio de dos años, y que pudieran haber sido influidas por esta intervención.

Se considera importante contextualizar el análisis de los resultados refiriendo el modelo epidemiológico y de educación en salud aplicado durante la gestión del programa de medidas de control, el mismo se identifica en el para-

digma biologicista, bajo el análisis del agente causal de la enfermedad solo de origen biológico y su modo de acción unicausal (OPS, 1992), donde no se considera la evaluación de otras variables psicosociales y del medio ambiente comunitario vinculantes a la presencia de esta endemia. Generando de esta forma, una relación de tipo mecanicista y coyuntural entre la población y el equipo de salud, quienes reducen la acción educativa a la sola dimensión del acto informativo o de instrucción, con un sentido unidireccional perdiéndose toda relación dialógica y reflexiva (Freire, 1990).

El análisis al tipo de la estructura familiar en las dos comunidades estudiadas señala una tendencia hacia un modelo sociodemográfico tradicional tipo extendida donde conviven padres, hijos, con otros familiares cercanos, ejemplo: abuelos, (as) (tíos), los cuales, que por alguna razón, bien sea afectiva, de soledad o por razones económicas deciden compartir su vida con su familia; siendo esta una característica en la realidad venezolana, particularmente en comunidades de la provincia. Este factor social, representa de alguna manera, una fortaleza en el análisis de cosmovisión de la salud del grupo familiar, pues se tiene la posibilidad de obtener una matriz de conocimientos y experiencias desde diferentes perspectivas, tales como edad, género e intereses específicos, información que se puede traducir en insumos para la gestión participativa de educación y vigilancia epidemiológica.

Se vincula a este análisis el comportamiento diferente en la distribución de los grupos de edades en las dos comunidades estudiadas, prevaleciendo los rangos de edades más jóvenes en la comunidad de la Guardia, como la prevalencia de mayor proporción de solteros y unidos, y menor proporción de personas nacidas en el estado Nueva Esparta. De igual manera se observa, que el promedio de la edad en la comunidad de la Pista es mayor que la de la Guardia, lo que permite inferir que esta situación puede estar relacionada con la data de fundación y estabilidad de la misma, siendo esta una población históricamente más antigua y consolidada.

En cuanto a las características ocupacionales y de ingreso así como educativas correspondientes a las dos comunidades en estudio se ubican en un estrato social bajo con tendencia a la marginalidad, con mayor énfasis en la comunidad La Guardia, fundada por invasiones de pobladores procedentes de otros estados del país. A diferencia del comportamiento de la comunidad de la Pista, la cual es totalmente diferente por sus características sociodemográficas ya previamente definida.

Si bien es cierto, que la lectura estadística de la mayoría de las variables estudiadas en ambas comunidades no reporta diferencia significativa, no cierra la posibilidad -al menos de reflexionar-, en cuanto al comportamiento cualitativo de estas variables desde la perspectiva de un mapa social heterogéneo de desigualdades e inequidades en comunidades vecinas afectadas por la mis-

ma endemia. Aspecto que por lo general, desde el modelo tradicional de la epidemiología y la educación para la salud, no reviste mayor atención, pues prevalece la visión hegemónica del conocimiento del equipo, quienes a partir de supuestos -sin investigar los perfiles socioculturales de la población-, definen los mensajes educativos y las diferentes estrategias, las cuales por lo general, son de tipo generalistas sin considerar los diferentes públicos/objetivos. A diferencia del paradigma de la educación comunitaria y de participación social donde se resalta una orientación hacer para transformar (Montero, 2006) valorándose las dimensiones sociales específicas en cada una de las comunidades.

Se inicia el análisis de los conocimientos acerca de la enfermedad a partir de los resultados de la pregunta: ¿Ha oído hablar de la leishmaniasis visceral?, Los resultados reflejan un porcentaje de respuestas afirmativas pero con una diferencia significativa en el grupo de entrevistados de la comunidad La Pista. No obstante, al ubicar la lupa en este resultado desde el cruce de otras preguntas relacionadas directamente con el conocimiento de la enfermedad y sus formas de prevenirla, los hallazgos cambian de manera importante, se aprecia un porcentaje muy bajo de los entrevistados que tienen un conocimiento completo de la enfermedad con una tendencia marcada en los entrevistados de la comunidad La Pista.

Este comportamiento podría estar asociado a factores sociodemográficos y etnográficos (García Guevara, 2008) expresado en las formas de vida, carga de creencias y valores como el tipo de relaciones de producción reflejado en forma distinta en las dos comunidades intervenidas. Estos factores, representan alternativas concretas en el diseño de iniciativas de participación social, desde la heterogeneidad de los perfiles culturales, la comunicación entre vecinos y la diversidad de organizaciones sociales y su enlace con el sistema de salud local.

Debe resaltarse en este escenario comunitario la valoración de los perros como un miembro de la familia, el cual guarda un significado afectivo especial. Situación que fue expresada por parte de los entrevistados de ambas comunidades, el perro representa la compañía solidaria, guardián de los niños, de los abuelos, de la seguridad de la vivienda; pero paradójicamente el mismo es considerado en leishmaniasis visceral como uno de los riesgos a evaluar de mayor relevancia, pues constituye el principal reservorio y fuente de infección para los humanos en América, tal como han encontrado en la Isla de Margarita (Zerpa y col., 2003). Estos mismos autores citan en sus investigaciones el cruce de diversas teorías entomológicas sobre el riesgo que presenta este animal (Zerpa y col. 2000).

Cuando se enlaza estos resultados a los hallazgos de la pregunta: Quién o quienes les explicó sobre la enfermedad se obtiene una diversidad de opiniones las cuales tienden a polarizarse entre las categorías, el vecino y el personal de salud local, básicamente en los entrevistados de la comunidad La Pista. No

obstante, llama la atención que el puntaje más bajo asignado por los entrevistados de las dos comunidades, es al personal de salud del nivel central (Instituto de Biomedicina), el cual fue el líder de la gestión del programa de las medidas de control.

En relación a la forma como se transmite la enfermedad existe una aproximación hacia la visión clínica/epidemiológica en el grupo de entrevistados de ambas comunidades, pero al contrastarlo con los hallazgos relacionados a las características del mosquito el panorama es totalmente diferente, un mínimo porcentaje responde correctamente, el cual se puede unir la ausencia de la visión conceptual que tienen los entrevistados en relación al nombre científico del vector, donde solo se reporta una respuesta correcta y un porcentaje relativamente bajo que le adjudica un nombre popular.

La aplicación de diferentes métodos para evitar la enfermedad es reportada por el cincuenta por ciento de los entrevistados de ambas comunidades, si este dato es analizado solamente desde la perspectiva numérica podría significar una señal positiva en el marco de un programa de educación comunitaria, pero si se compara con las formas de vida de la misma gente entrevistada no guarda relación. Se pudo observar que en ambas comunidades y fundamentalmente en la Guardia, la ausencia de prácticas comunitarias en el saneamiento ambiental, como disposición de la basura, disposición de las aguas servidas entre otras, situación que pone en riesgo a toda la población, no solamente a la leishmaniasis visceral, sino en la calidad de vida en general.

No existe diferencia significativa en las opiniones de las personas de las dos comunidades en cuanto a posibilidad de cura de esta enfermedad, donde solo algo más de la mitad cree que se cura y de ellos la mayoría solo tienen un conocimiento parcial de la forma de curarla.

Los entrevistados de ambas comunidades identifican a los sistemas formales e informales como los canales por los cuales han recibido información sobre la enfermedad, predominando el canal informal de los vecinos, seguido de manera muy tímida por los equipos de salud local y los medios de comunicación. Estas apreciaciones no guardan relación con el esfuerzo del equipo de salud local y nacional en la ejecución de diferentes programas de control de una larga data, situación que deja algunas reflexiones sobre los métodos aplicados por el equipo.

Llama la atención en función de estos resultados que todos los entrevistados reportan que ante la necesidad de solicitar atención para resolver el problema de esta enfermedad, acudirían a un servicio de salud.

Una lectura importante merece el alto porcentaje de los entrevistados que manifestaron su deseo de participar en futuras acciones de educación para la salud en el marco de un programa de control de leishmaniasis visceral en sus comunidades, aspecto que demuestra la viabilidad de organizar con

éxito las mismas en el marco del funcionamiento de un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria. A este fin, el equipo de salud debe hacer todos los esfuerzos para construir el sistema de vigilancia epidemiológica con participación comunitaria, a objeto de poder consolidar el conocimiento y las medidas de control de la enfermedad por parte de la comunidad, generando su efecto sobre el diagnóstico precoz de los casos, el tratamiento oportuno, monitoreo y evaluación.

En correspondencia se puede decir, que lo encontrado en relación a conocimiento sobre la leishmaniasis visceral estuvo muy por debajo de la hipótesis planteada para el cálculo del tamaño de la muestra, donde se estimó como rango mínimo que el 70% de los habitantes tendrían conocimiento sobre la enfermedad.

Se puede inferir que este estudio pone en evidencia, que uno de los nudos críticos en el limitado conocimiento de la leishmaniasis visceral y sus medidas de prevención por parte de las comunidades intervenidas, reposa en la visión de los modelos de epidemiología y de educación para la salud aplicados por parte de los equipos de trabajo, sin considerar la heterogeneidad de los perfiles socioculturales de las poblaciones. Esto amerita un llamado a las instituciones de salud a objeto de realizar una revisión crítica del diseño de las políticas, particularmente en cuanto a los programas de control de endemias.

En consecuencia, se debe generar espacios de discusión/reflexión para analizar las bases conceptuales de la salud y su articulación con los programas de prevención y control de endemias, considerando la apertura a nuevos métodos de investigación con la participación de equipos transdisciplinarios, donde se pueda definir los objetivos y estrategias de trabajo desde el perfil social y cultural de la población a riesgo de enfermarse de leishmaniasis visceral.

Por otra parte, sería importante fortalecer las alianzas estratégicas con el sector público y privado para garantizar sistemas de cooperación que sirva de plataforma para el desarrollo de investigaciones operacionales relacionadas a las representaciones sociales de la leishmaniasis visceral en cada uno de los focos en Venezuela, a objeto de viabilizar una línea base sólida desagregada por foco, insumo para el diseño de políticas y estrategias educativas sostenibles.

Se amerita además, la atención desde el diseño de políticas públicas en salud, la valoración de la inversión en programas de desarrollo social que contribuyan a la transformación de las formas de vida de la gente y su hábitat, factores esenciales en la presencia de las endemias. Ya está demostrado en publicaciones de organismos internacionales la dinámica del círculo vicioso de la pobreza, el subdesarrollo y la presencia de las endemias en países de América Latina (OPS, 2007) generando un impacto directo en su capacidad de desarrollo integral.

Quisiéramos concluir subrayando, sin ningún tipo de pretensión, que los resultados de este estudio puede contribuir a la revisión del paradigma de las actividades comunitarias en el marco de los programas de control integral de endemias en el estado Nueva Esparta y de otros estados endémicos del país. Igualmente, despertar la motivación para construir equipos transdisciplinarios para el diseño de iniciativas de investigaciones aplicadas en esta área de salud, que por sus características clínicas y epidemiológicas reviste un fuerte impacto humano y social, pero posiblemente una de las más olvidadas en Venezuela.

Referencias Bibliográficas

- FREIRE, P. (1990) **La naturaleza política de la educación**. Barcelona. España Editorial Paidós. Primera edición.
- GARCÍA GUEVARA, B. (2008) "Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela." **Cad. Saúde Pública**, Volumen 23 supl 1, 575-583.
- INSTITUTO DE BIOMEDICINA (2007) Registro Nacional de Leishmaniasis. Departamento de Informática. Caracas.
- MONTERO, M. (2006) **Hacer para transformar**. México: Editorial Paidós. Primera Edición.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992) **Epidemiología Sin Números**. Washington: Serie Paltex número 28.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002) **Boletín Epidemiológico**, Vol. 23 No. 3, consultado el 01/09/2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) Leishmaniasis Actualización. documento consultado el 01/09/2008 en **Tratamientos para Leishmaniasis Visceral**.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) Abordando las enfermedades desatendidas en América Latina. Vigilancia de la Salud y Atención de las Enfermedades/Enfermedades Transmisibles/ Enfermedades desatendidas, documento consultado el 01/09/2008) en **Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas Pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development**.
- SAMPIERE HERNÁNDEZ, R. (2003) "Definición del alcance de la Investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa". **Metodología de la Investigación**. México, Editorial Mc Graw Hill p. 115-117.
- ZERPA, O.; ULRICH, M.; NEGRÓN, E.; RODRÍGUEZ, N.; CENTENO, M.; RODRÍGUEZ, V. et al. (2000) "Canine visceral leishmaniasis in Margarita Island Nueva Esparta, Venezuela". **Trans R Soc Trop Med Hyg** Volume 94, Issue 5, Pages 484-487.
- ZERPA, O.; ULRICH, M.; BORGES, R.; RODRÍGUEZ, V.; CENTENO, M.; NEGRÓN, E. et al. (2003) "Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in Venezuela", **Rev Pan Am Sal Pub**. Volume 13 Issue 4 Pages 239-245.