



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO
SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA DE LA
POBLACIÓN DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO
CARABOBO. VENEZUELA.**

AUTORES:

**Abdel Karim, Nadra;
Hernández, Daniela;
Hidalgo, Oniel;
Hidalgo, Sol;
Hung, Fernando**

TUTOR CLÍNICO:

Gilberto Bastidas, MD, MSc, PhD.

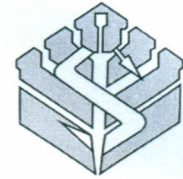
DOCENTE DE LA ASIGNATURA:

Cristina Lorenzo, MSc.

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2018



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE MEDICINA
 DPTO. DE SALUD PÚBLICA
 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Quienes suscriben, miembros del Jurado designado por la Coordinación de la asignatura Proyecto de Investigación Médica II de la Facultad de Ciencias de la Salud, para evaluar el trabajo titulado:

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO
 SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA DE LA
 POBLACIÓN DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO
 CARABOBO. VENEZUELA.**

Realizado por los estudiantes:

Abdel Karim Quintero, Nadra	C.I. V- 20.268.948
Hernández Villamediana, Daniela Carolina	C.I. V- 23.409.141
Hidalgo Andrades, Oniel Ernesto	C.I. V- 25.590.964
Hidalgo Galvis, Sol Natalia	C.I. V- 23.488.068
Hung Márquez, Fernando José	C.I. V- 21.030.537

Y tutorado por el profesor: **GILBERTO ANTONIO BASTIDAS PACHECO**, portador de la **C.I. V.-10.310.974**

Hacemos de su conocimiento que hemos actuado como jurado evaluador del informe escrito, presentación y defensa del citado trabajo. Consideramos que reúne los requisitos de mérito para su **APROBACIÓN**.

En fe de lo cual se redacta esta acta en Bárbula, a las 23 días del mes noviembre del año 2018.

Maria Elena *Mydis Fauzaro* *Cristina Benzo*
 Prof. C.I. V.-13150373 SALUD PUBLICA C.I. V-13.190.390 Prof. C.I. V.-15.900.013
 Jurado Principal Jurado Principal Jurado Principal



AVAL DEL TUTOR CLÍNICO

YO, DR. GILBERTO ANTONIO BASTIDAS PACHECO, PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N° 10.310.974, PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; EN MI CARÁCTER DE TUTOR CLÍNICO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA DE LA POBLACIÓN DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:

<u>ABDEL KARIM QUINTERO, NADRA</u>	C.I. <u>20.268.948</u>
<u>HERNÁNDEZ VILLAMEDIANA, DANIELA CAROLINA</u>	C.I. <u>23.409.141</u>
<u>HIDALGO ANDRADES, ONIEL ERNESTO</u>	C.I. <u>25.590.964</u>
<u>HIDALGO GALVIS, SOL NATALIA</u>	C.I. <u>23.488.068</u>
<u>HUNG MÁRQUEZ, FERNANDO JOSÉ</u>	C.I. <u>21.030.537</u>

CONSIDERO QUE DICHO TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REÚNE LOS REQUISITOS Y MÉRITOS SUFICIENTES PARA SER SOMETIDO A LA PRESENTACIÓN Y REVISIÓN POR PARTE DE LA COORDINACIÓN DE LA ASIGNATURA CORRESPONDIENTE, POR LO TANTO, **DOY MI AVAL COMO TUTOR CLÍNICO DEL MISMO.**

EN LA CIUDAD DE VALENCIA, A LOS 01 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2018.

Firma y Sello

DR.

C.I. V.-

Gilberto Bastidas Pacheco
10310974





UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO
SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA DE LA
POBLACIÓN DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO
CARABOBO. VENEZUELA.

Realizado por: Abdel Karim, Nadra; Hernández, Daniela; Hidalgo, Oniel; Hidalgo, Sol;
Hung, Fernando

Tutor Clínico: Gilberto Bastidas, PhD.

Docente de la asignatura: Cristina Lorenzo, MSc.

Resumen

Anualmente se registran 1,5 millones de casos nuevos de leishmaniosis tegumentaria americana, está presente en 88 países, lo que hace que ocupe el sexto lugar entre las enfermedades importantes del mundo y el segundo entre las enfermedades parasitarias únicamente detrás del paludismo. Sin embargo, en Latinoamérica son escasos los trabajos sobre conocimientos de LTA como sustento de programas sanitarios de control y la mayoría se enfocan en aspectos como: control químico y biológico de vectores, estudio de reservorios, seroprevalencia en áreas endémicas, tratamiento farmacológico e inmunoterapia. **Objetivo General:** describir las características clínicas epidemiológicas de la LTA en la población de las Trincheras y el conocimiento de la población sobre la patología. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo con diseño de investigación documental y de campo, con base en la revisión de registro epidemiológico y aplicación de un cuestionario. **Resultados:** la mayoría de los afectados son adultos entre 20-59 años (65,8%) del género masculino, obreros (27,4%) con lesiones en miembro superior (40,5%), generalmente únicas (53,4%) y tratadas (86,3%). El 80% de los entrevistados conoce la enfermedad, 83% al transmisor, y 38% conoce el tratamiento farmacológico. **Conclusiones:** los afectados con LTA son principalmente hombres, en edad económicamente productiva, obreros y agricultores, con niveles educativos no superiores a medio diversificado, ubicados en pobreza relativa como estrato socio-económico, con lesiones de piel únicas en regiones expuestas del cuerpo y tratadas farmacológicamente; que la población conoce la historia natural de la enfermedad y el transmisor, pero desconocen aspectos de la biología del insecto; que conocen y prefieren el tratamiento médico-farmacológico del sistema médico-científico y del servicio curativo público.

Palabras clave: Leishmaniosis tegumentaria americana, conocimiento, características clínicas-epidemiológicas, enfermedad parasitaria, piel.

Línea de Investigación: Parasitología, parásitos tisulares sanguíneos, epidemiología Leishmaniosis.

Introducción

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria originaria de las selvas tropicales de América, también presente en Asia y África. Realmente la leishmaniosis representa un conjunto de enfermedades producidas por más de 20 diferentes especies de un protozoo parásito del género *Leishmania*, las cuales desde el punto de vista de sus características clínicas se dividen en leishmaniosis superficial y profundas, la primera afecta principalmente piel y mucosas, y la segunda daña órganos internos (hígado, bazo, médula ósea), ésta última si no es tratada a tiempo puede causar la muerte (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leishmaniosis es una de las enfermedades más desatendidas en todo el mundo, y afecta predominantemente a los más pobres, especialmente en los países en desarrollo; se considera que hay 350 millones de personas en riesgo de contraerla, y cada año se producen 2 millones de casos nuevos(2-4).

Se registran 1,5 millones de nuevos casos de Leishmaniosis Tegumentaria Americana (LTA). Está presente en 88 países, haciendo que la LTA ocupe el sexto lugar entre las enfermedades importantes del mundo y el segundo entre las enfermedades parasitarias únicamente detrás del paludismo (2, 3).

En América Latina, la LTA se conoce desde el período pre colombino (5). En Venezuela se ha registrado en 292 Municipios, distribuidos en 22 de las 23 entidades Político-Territoriales (6,7). En este sentido, para Venezuela el registro nacional de leishmaniosis muestra para el lapso comprendido entre 1.970 y 2.007 64.843 casos de leishmaniosis (fundamentalmente del tipo cutáneo) con mayor afectación de individuos con edades comprendidas entre 15 y 24 años de edad (edad promedio más afectada corresponde a los 28 años), analfabetas, del género masculino (a razón de 1,8 hombres por mujer) y dedicados a labores agropecuarias (6,19).

Las distribuciones de los focos endémicos de leishmaniosis en el país se ubican en los valles del sistema montañoso de la Costa, la depresión de Yaracuy, algunas regiones de los llanos, el sur del Orinoco, la zona montañosa y boscosa de Táchira, Mérida, Trujillo, Lara, Miranda y Sucre, además de los estados Carabobo y Aragua (6,19). Llama la atención que para el primer trimestre de 2015 (periodo hasta el cual se tienen registros oficiales) el Ministerio del Poder Popular para la Salud reporta solo 6.007 casos de leishmaniosis (sin discriminación entre las formas clínicas: visceral y tegumentaria americana), lo que pudiera interpretarse como disminución de la casuística o como subregistro (la morbilidad mundiales de la leishmaniosis

presentan una preocupante tendencia al aumento), por tanto, cobra valor la revisión de la casuística registrada en los servicios de dermatología de los centros de atención sanitaria de cada región, como medio disponible para la toma de datos epidemiológicos confiables, en lo que a esta patología se refiere (6, 20).

El incremento del número de casos de LTA, en muchos espacios de América Latina se debe, entre otros factores, al desconocimiento del conjunto variado de procesos en los que los usuarios de los servicios curativos de salud (pacientes) están inmersos. Son calificados de pasivos o sin cultura (21), a pesar de esto se elaboran y ejecutan programas sociales de control de infecciones endémicas (22), sin tomarse contacto social (23). A pesar que, con el paso del tiempo ha quedado claro que muchas de las diferencias en el estado de salud de las personas no están predeterminadas, que existen diferencias derivadas del entorno en el que viven y de los conocimientos y prácticas hacia la enfermedad (24).

En Venezuela, específicamente en el estado Carabobo, 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 diversas estrategias para fomentar la participación social, sin embargo muchas de ellas no miden el conocimiento que sobre esta enfermedad tienen las personas, situación a la que no escapa la comunidad de Las Trincheras del municipio Naguanagua objeto del presente estudio por la importante casuística de LTA que tradicionalmente reporta y porque de esta zona no se tienen estudios sobre el conocimiento que la población tiene de LTA (25). Indispensable como insumos de los lineamientos de los programas control de enfermedades endémicas estas variables: las características clínico-epidemiológicas y el conocimiento sobre LTA (26). Por tanto, el objetivo del presente estudio es, describir las características clínicas epidemiológicas de la LTA en la población de las Trincheras y el conocimiento de la población sobre la patología; objetivo alcanzado a través de la secuencia de caracterizar clínica y anatómicamente la localización de lesiones por LTA y la adherencia al tratamiento en pacientes procedentes de Las Trincheras evaluados en el Servicio de Dermatología Sanitaria del Edo. Carabobo; determinar las características socio-demográficas de Las Trincheras, Edo. Carabobo; identificar el conocimiento de la historia natural de la LTA que posee la población de las Trincheras, Edo. Carabobo; identificar los aspectos relacionados con la dinámica de transmisión como medidas para la prevención de LTA; y por último determinar el conocimiento de la población de Las Trincheras, Edo. Carabobo sobre el

tratamiento de la LTA y la tendencia de los servicios de salud a los que acuden los habitantes de Las Trincheras, Edo. Carabobo en casos sospechosos de LTA.

La LTA es una enfermedad endemo-epidémica en 88 países del mundo, considerada una de las enfermedades tropicales de mayor impacto en salud pública y forma parte de las enfermedades seleccionadas en el programa especial de la OMS por su impacto sanitario y socioeconómico: genera pérdidas de aproximadamente 350 millones de dólares al año, con una repercusión económica que se estima produce una merma aproximada de 100-200 días de productividad por cada enfermo, y con la misma deviene el deterioro de la calidad de vida del afectado, su familia y el Estado, problemática en la que está inmersa Venezuela, por ende el estado Carabobo (27). A esta influencia socioeconómica por la morbilidad se agrega la necesidad de describir las características clínico-epidemiológicas de la LTA en regiones con escasa información publicada y a los escasos reportes sobre conocimiento de la LTA radica la importancia de la presente investigación. Proporcionará una base de datos, que permitirá el diseño e implementación de programas de educación por dependencias de salud y/o educación, que en un futuro no muy lejano garantice el control adecuado de la enfermedad. Existen recomendaciones de la OPS que incluyen la evaluación de hábitos y actitudes respecto a una enfermedad (aspectos que serán objeto de investigaciones futuras) para la elaboración de programas de salud que permitan el control de enfermedades infecciosas y parasitarias.

En vista de que la LTA se extiende por todo el territorio nacional debido a la deforestación, el cambio climático y el desplazamiento forzado de familias a aéreas endémicas en busca de mejorar sus condiciones de vida y por el actual incremento de la afluencia turística a zonas endémicas para LTA (por ejemplo, a Las Trincheras por sus aguas termales) cobra vital importancia el estudio de la misma para proporcionar información que facilite la implementación de programas de control que vayan más allá del diagnóstico y tratamiento de la lesiones en los servicios de dermatología sanitaria creados para tal fin.

Por tanto, la investigación es un esfuerzo por actualizar la información sobre un problema de salud pública que ha avanzado en el tiempo y por supuesto en el espacio geográfico urbano y rural, con la firme intención de describir su condición epidemiológica local, para a los habitantes de la zona sobre los riesgos de contraer LTA y aportar información sobre la dinámica de transmisión y vulnerabilidad a los entes oficiales de salud del Edo. Carabobo.

En América Latina son pocos los trabajos realizados para investigar los conocimientos sobre leishmaniosis, las percepciones y prácticas asociadas al hecho de contraer la enfermedad. La mayoría de las investigaciones enfocan aspectos tales como: control químico y biológico de vectores, estudio de reservorios, sero-prevalencia en áreas endémicas, tratamiento farmacológico e inmunoterapia (28-30).

En 1978, Costa realizó un análisis de los efectos psicosociales de la leishmaniosis antes, durante y después del tratamiento; contrastando las actitudes y creencias de gente sana con pacientes en un área endémica de Brasil. Se observó dentro de los resultados que en los individuos afectados la enfermedad trae problemas psíquicos y estigmatizantes además de los problemas de salud, pues de los 15 los pacientes entrevistados, 9 (60%) indicaron que las personas se alejaban de ellos, mientras que 11 (73%) se sintieron marginados en su comunidad. Además la LTA es una enfermedad debilitante para el trabajo, pues 12 (80%) de los pacientes tuvieron dificultades para ejercer sus actividades, incluso después de la curación clínica; 10 (66%) de los entrevistados todavía no se reanudaron a sus trabajos, el comportamiento de la comunidad se observó que: 18 individuos (72%) de los entrevistados, eran capaces de identificar a un paciente con leishmaniosis; 20 (80%) creen que los pacientes se presentan deformidades y heridas en el cuerpo; 12 (48%) creen que los pacientes sienten vergüenza de su cuerpo; 20 (80%) buscarían a un médico, de inmediato, para su tratamiento si se les afecta, lo más resaltante es que si bien están en un foco endémico, la población, de un modo general, no está informada sobre la etiología y la prevención de la enfermedad (31).

Otro estudio similar fue realizado por Magalhaes durante 1990 en otra área endémica de Brasil (Bahía), a través del cual logró identificar falsas creencias sobre la enfermedad, y una marcada tendencia al rechazo hacia pacientes mutilados entre la población por miedos falaces de contagio. Se identificó que 20% de los portadores y 7,1% de los habitantes ignoraban cómo se transmite la enfermedad; el 16,4% de los portadores y 27,5% de los habitantes creían que la LTA es contagiosa, a su vez, 3,1% de los portadores y 20,4% de los habitantes creían que el contagio se da por contacto íntimo con el enfermo; en cuanto a la recidiva, el 50% de los portadores y el 6,1% de los pobladores la ignoraban y el 27,6% de los pobladores afirmaron que la enfermedad no vuelve (32).

En 1991 se realizó un estudio enfocado en aspectos socioculturales, hábitos y costumbres de poblaciones colombianas afectadas por LTA, con especial atención sobre los conocimientos,

concepciones y reacciones de la población afectada. Se halló un desconocimiento marcado de la génesis y desarrollo de la leishmaniosis; las personas consultadas de la ciudad de Buenaventura, desconocían la enfermedad, mientras los individuos de las zonas rurales en su totalidad la conocían bajo los nombres del “ya te vi” o “*bejuco*”; todos los entrevistados que conocían la enfermedad la atribuían a castigo divino, brujería o de la naturaleza; con respecto a la causa inmediata de la LTA (33). El enfoque de Vásquez y cols. es considerado valioso, prestó atención al conocimiento existente entre la población lo cual es de vital importancia para realizar campañas informativas adecuadas y desmontar mitos y conceptos erróneos existentes respecto a la LTA e incentivar asistencia a consulta médica y adherencia a tratamientos apropiados.

En 1992, Camino realiza un estudio sobre lenguaje y tradiciones mitológicas locales, para investigar conocimientos y prácticas referidas a LTA en comunidades andinas de Perú, encontrando que los ancianos de la localidad relacionan las enfermedades de la piel y leishmaniosis con felinos e infidelidad (34).

Se pueden encontrar también investigaciones que buscan identificar la influencia de una serie de factores denominados de riesgo debido a su posible correlación con el desarrollo o contagio de la patología en cuestión, entre ellos la influencia de factores como la ubicación de la vivienda, el tipo y condiciones de la residencia, la geografía y fauna circundante y datos como la ocupación en relación a el aumento del riesgo de transmisión de leishmaniosis cutánea en un poblado de Cajamarca en el Perú, a través de la entrevista a 727 personas; aportó un precedente sobre la importancia de la determinación de la situación de una población con respecto a su estatus como foco activo de leishmaniosis así como las características de la patología en el foco descrito, resultando en una determinación específica de las lesiones por LTA predominante para la población. En pesquisas diagnósticas a afectados por registrar, la distribución entre grupos etarios y sexos que termino siendo similar e todos los grupos y se encontró relación entre los factores de riesgo estudiados (viviendas precarias, geografía montañosa, ubicación rural, animales domésticos y comportamiento humano) en el aumento de los casos de leishmaniosis, situación que se busca plantear en la investigación actual pero en el territorio venezolano. Puede verse que son pocos los trabajos sobre determinación del conocimiento y factores de riesgo existente en la literatura científica mundial y aún más deficitaria en la literatura venezolana (34).

Materiales y métodos

La investigación se realizó en la población de Las Trincheras, municipio Naguanagua, perteneciente al estado Carabobo. En la caracterización del fenómeno de investigación se empleó el estudio descriptivo y los diseños de investigación documental y de campo (35-37). El diseño de investigación se distribuyó en las siguientes etapas: en la primera se registraron las características clínico-epidemiológicas de la LTA empleando para ello los archivos del servicio de Dermatología Sanitaria del estado Carabobo del periodo 2013-2017 (fase retrospectiva). En la segunda etapa mediante encuestas, específicamente un cuestionario, se determinó el conocimiento que sobre LTA posee la población objeto de estudio (fase transversal) (38).

La población de Las Trincheras corresponde a 9.600 habitantes según censo local aportado por el consejo comunal, el n muestral a 100 individuos, la frecuencia esperada de LTA fue de 2% tomada como referencia de estudios realizados en el estado Carabobo. Para esta investigación se aceptó un error estándar del 5% y un nivel de confianza del 95%. La muestra estudiada (n) se determinó sobre la base de la frecuencia esperada de LTA y el tamaño de la población de Las Trincheras.

Se aplicó directamente un cuestionario, donde se solicitó asentimientos, desacuerdos y escogencia a una serie de preguntas cerradas y abiertas. Se empleó como instrumento el cuestionario de Bastidas (39), aplicable a poblaciones venezolanas con endemia para LTA. Este instrumento consta de 2 secciones. En la primera se registran los datos de identidad y filiación, tales como; edad (la población se estratificó en cuatro grupos: infancia de 0-11 años, adolescencia entre 12-19 años; adultez entre 20-59 años y adulto mayor aquellos que tienen 60 o más años), género, ocupación y grado de instrucción del encuestado. En la segunda sección se explora mediante preguntas cerradas y abiertas los conocimientos del individuo sobre LTA. Finalmente se indagó por familia las características socioeconómicas de las mismas con el Método de Graffar modificado (40).

Las casas se seleccionaron mediante la tabla de número aleatorios o tabla de Roddin. En promedio la encuesta duró 20 minutos por individuo y la realizaron los investigadores. Se aplicó a todas las personas mayores de 11 años que están 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. Se obtuvo el consentimiento informado previa explicación de los objetivos de la investigación, en caso de ser menor de edad el mismo se solicitó a los padres o representantes legales la aprobación.

Los datos se registraron y analizaron mediante el programa estadístico EpiInfo 5.0 (41), el programa recomendado por la OMS para realizar estudios estandarizados y reportes de investigaciones de modo uniforme y comparable para cada uno de sus países miembros, igualmente es la base de los registros que lleva el MPPS en Venezuela. Además de estadísticas descriptivas se utilizaron 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.

Resultados

La mayoría de los afectados son adultos jóvenes (20-59 años) (65,8%) (con diferencia significativa entre este grupo y la sumatoria de los demás, $p < 0,00001$) y del género masculino (66,3%) ($p < 0,00001$ en relación con el género femenino). Los afectados con LTA eran obreros (26,3%), se dedicaban a oficios del hogar (21,3%), eran estudiantes (20,0%) o agricultores (18,8%) (sin diferencia significativa entre ninguna de las ocupaciones señaladas), residenciados principalmente en los sectores Las Marías (37% [27/73]) y La Unión de Las Trincheras (30,1% [22/73]) ($p = 0,31$) (tabla 1).

Tabla 1. Características epidemiológicas de la Leishmaniosis tegumentaria americana en la comunidad de Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

Características epidemiológicas	F	%
Grupo de edad*		
Infancia (0-11 años)	5	6,8
Adolescencia (12-19 años)	11	15,1
Adulto jóvenes (20-59 años)	48	65,8
Adulto mayor (≥ 60 años)	9	12,3
Género**		
Femenino	24	32,9
Masculino	49	67,1
Ocupación		
Dependiente del cuidado de la madre y/o el padre	1	1,4
Estudiante	15	20,5
Oficios del hogar	15	20,5
Obrero	20	27,4
Agricultor	15	20,5
Comerciante	1	1,4
Empleado	5	6,8
Profesional	1	1,4
Sector de Las Trincheras***		
Casco Central	0	0,0
La Unión	22	30,1
La Ceiba	1	1,4
El Salto	7	9,6
Las Marías	27	37,0
Las 3 Marías	7	9,6
La Colina	4	5,5
La Belén	5	6,9
San Juan Las Terrazas	0	0,0
La Porfía	0	0,0

Fuente: Registro del Servicio de Dermatología Sanitaria del estado Carabobo.

χ^2 : *Con diferencia significativa entre los pacientes adultos jóvenes y los demás grupos de edad ($p < 0,00001$).

** Con diferencia significativa entre géneros ($p < 0,00001$).

*** Con diferencia significativa entre la sumatoria de los casos reportados en las Marías y La Unión y cada uno de los otros sectores ($p < 0,0000000$).

Las lesiones se localizaron principalmente en miembros superiores (40,5%) e inferiores (38,1%) sin diferencia significativa entre ambos ($p = 0,15$), además 33,3% de las lesiones en Cabeza/cara se presentaron en adultos mayores y 25% de las ubicadas en cuello en niños entre 0-11 años de edad. Las lesiones cutáneas fueron únicas en 53,4% (54/80) de los afectados y múltiples en 45,2% (con diferencias significativas entre ambas, $p < 0,005$) de los mismos, cerca a 90% de los afectados con LTA cumplieron el tratamiento con Glucantime® (antimoniato de metilglumina) (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de la Leishmaniosis tegumentaria americana en la comunidad de Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

Características clínicas	F	%
Localización de la lesiones		
Cabeza	3	3,6
Cuello	4	4,8
Miembros superiores	34	40,5
Tórax	3	3,6
Abdomen	8	9,5
Miembros inferiores	32	38,1
Número de lesiones		
Única*	39	53,4
Múltiple	33	45,2
No registrado	1	1,4
Tipo de lesión		
Ulcerativa	72	98,6
No registrado	1	1,4
Tratamiento		
Cumplido	63	86,3
No cumplido	10	13,7

Fuente: Registro del Servicio de Dermatología Sanitaria del estado Carabobo

χ^2 : *Con diferencia significativa entre pacientes con lesión cutánea única y múltiple ($p < 0,005$).

La mayoría de los entrevistados tenían entre 20 y 59 años de edad (76% [$p < 0.0001$, con diferencia significativa entre quienes son adultos jóvenes y cada uno de los demás grupos]), pertenecían al género masculino (53% [$p = 1$]), eran obreros (31%) o se dedicaban a los oficios del hogar (25%) ($p = 0.25$), tenían como grado de instrucción el diversificado incompleto (23%) o completo (22%) y pertenecían al estrato socio-económico IV (pobreza relativa) (73% [$p < 0.000000$, con diferencia significativa entre quienes están en pobreza relativa y cada uno de los demás estratos socio-económicos]) (tabla 3).

Tabla 3. Características socio-demográficas de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

Características	F	%
Grupo de edad*		
Adolescencia (12-19 años)	7	7,0
Adulto joven (20-59 años)	76	76,0
Adulto mayor (≥ 60 años)	17	17,0
Género		
Femenino	47	47,0
Masculino	53	53,0
Ocupación		
Estudiante	9	9,0
Oficios del hogar	25	25,0
Obrero	31	31,0
Agricultor	7	7,0
Militar	1	1,0
Jubilado y(o) pensionados	4	4,0
Empleado	3	3,0
Profesional	5	5,0
Comerciante	15	15,0
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	5	5,0
Primaria completa	10	10,0
Secundaria completa	19	19,0
Secundaria incompleta	7	7,0
Diversificado completo	22	22,0
Diversificado incompleto	23	23,0
Técnico completo	3	3,0
Técnico incompleto	2	2,0
Superior incompleto	2	2,0
Superior completa	7	7,0
Estrato socioeconómico**		

Estrato I (alta calidad de vida)	0	0,0
Estrato II (moderada calidad de vida)	3	3,0
Estrato III (baja calidad de vida)	23	23,0
Estrato IV (pobreza relativa)	73	73,0
Estrato V (pobreza crítica)	1	1,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

χ^2 : *Con diferencia significativa entre adultos jóvenes y cada uno de los demás grupos de edad (p<0.0001).

**Con diferencia significativa entre quienes están en pobreza crítica y cada uno de los demás estratos socio-económicos (p<0.000000).

Más de 80% de los entrevistados, sin distinguir de género (p=0.27) conocen la enfermedad, 63% ([63/100], p=0.37, entre géneros) reconocen la sintomatología, y 62% saben que esta enfermedad no se transmite por contacto directo entre afectado y sano (p=0.28, entre géneros), sin embargo, solo 37% saben que la enfermedad puede prevenirse y 38% conocen que los animales pueden enfermar (p<0.01 con diferencia significativa entre mujeres y hombres) (tabla 4).

Tabla 4. Conocimiento sobre la historia natural de la leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

Historia natural de la enfermedad	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Conoce la enfermedad	38	80,9	45	84,9	83	83,0
Conoce la sintomatología que presentan las personas	29	61,7	34	64,2	63	63,0
Sabe que no se transmite por contacto directo entre personas	28	59,6	34	64,2	62	62,0
Sabe que la enfermedad puede prevenirse	21	44,7	16	30,2	37	37,0
Sabe que los animales pueden infectarse*	15	31,9	23	43,4	38	38,0
Total	47	100	53	100	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

χ^2 : *Con diferencia significativa entre mujeres y hombres que saben que los animales pueden infectarse (p<0.01).

En la muestra estudiada 61% sabe que la enfermedad se relaciona con insectos, a pesar de lo hallado anteriormente, 83% conoce que insecto transmite la LTA, no obstante, únicamente 8,0% saben cómo se infectan los insectos (p<0.05 con diferencia significativa entre mujeres y

hombres). Así mismo 36% saben de qué se alimentan los insectos, 46% a qué hora se alimentan, 32% que los atrae y 40% donde se esconden (tabla 5)

Tabla 5. Conocimiento sobre el transmisor de leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

El transmisor de Leishmaniosis tegumentaria americana	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sabe que la enfermedad se relaciona con insectos	31	66,0	30	56,6	61	61,0
Sabe qué insecto transmite LTA	39	83,0	44	83,0	83	83,0
Sabe cómo se infectan los insectos*	6	12,8	2	3,8	8	8,0
Sabe de qué se alimentan los insectos	15	31,9	21	39,6	36	36,0
Sabe a qué hora se alimentan los insectos	22	46,8	24	45,3	46	46,0
Sabe qué atrae a los insectos	15	31,9	17	32,1	32	32,0
Sabe dónde se esconden los insectos	18	38,3	22	41,5	40	40,0
Total	47	100	53	100	100	100

Fuente: Datos propios de la investigación.

χ^2 : *Con diferencia significativa entre mujeres y hombres que saben cómo se infectan los insectos ($p < 0.01$).

De los encuestados, 51% conocen sobre el tratamiento de la LTA, 28% mencionan al farmacológico como el indicado y 13% muestran preferencia por el tradicional o casero ($p < 0.000000$ con diferencia significativa entre ambos). Con respecto al sistema de salud al cual acudir en búsqueda de cura para la LTA, 94% señalan al médico-científico ($p < 0.000000$, con diferencia significativa entre quienes empelan el sistema de salud medico-científico y el tradicional), finalmente en más de 80% de los encuestados refieren preferencia por el servicio curativo público ($p < 0.000000$, con diferencia significativa entre público y privado) (tabla 6).

Tabla 6. Conocimiento sobre el tratamiento de leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, Venezuela. 2013-2017.

Curación	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	F	%	f	%
Conoce el Tratamiento*						
Farmacológico indicado por médico	18	38,3	20	37,7	38	38,0
Métodos tradicionales o caseros	6	12,8	7	13,2	13	13,0
Sistema de salud al que acude en búsqueda de cura para LTA**						
Médico-científico	43	91,5	51	96,2	94	94,0
Tradicional	3	6,4	2	3,8	5	5,0
Ninguno	1	2,1	0	0,0	1	1,0

**Servicio curativo que utilizó para tratarse
la LTA*****

Privado	4	8,5	12	22,6	16	16,0
Público	43	91,5	41	77,4	84	84,0
Total	47	100,0	53	100,0	100	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación.

χ^2 : *Con diferencia significativa entre tratamiento farmacológico y tradicional ($p < 0.0000000$).

**Con diferencia significativa entre sistema de salud medico-científico y tradicional ($p < 0.0000000$).

***Con diferencia significativa entre servicio curativo público y privado ($p < 0.0000000$).

Discusión

Quienes se encontraban en edad económicamente productiva fueron los principalmente infectados (en consecuencia impedidos en el desenvolvimiento habitual de su trabajo) y entre estos los hombres los más afectados, en el entendido que en la zona se desempeñaban, entre otras labores, a la agricultura, que les obliga a estar en mayor contacto con el nicho ecológico de transmisión natural de la LTA. Asimismo, la característica de cadena montañosa y de piedemonte con bosque húmedo y vegetación frondosa que es propia de Las Trincheras define de seguro la casuística de LTA encontrada en esta zona, pues se constituye en el ecosistema que habitualmente marca a los brotes de LTA en el país y el mundo, vegetación más acentuada en los sectores Las Marías y Unión, de donde proviene la mayoría de los casos de LTA registrado de la zona (viviendas ubicadas en áreas rurales sin medidas de interceptación o dispersión del transmisor y cercanas a cultivos y bosques), y donde sus habitantes se dedican fundamentalmente a labores del campo inmersos en pobreza relativa y con educación diversificada como el más importante grado de instrucción.

Como era de esperar las lesiones se ubicaron fundamentalmente en regiones del cuerpo expuestas o no cubiertas con prendas de vestir, y generalmente las úlceras fueron únicas y tratadas con fármacos específicos. Es de hacer notar que en la prevalencia de LTA en Las Trincheras, como en otras zonas endémicas, destaque la presencia de reservorios naturales del parásito que invade el área rural y semiurbana, con efectos, en relación con la transmisión de la infección, aún no determinados sobre el turismo, pues esta es una región, que por sus aguas termales tiene un importante movimiento de visitantes en busca de descanso y relajación, esto es particularmente relevante en áreas endémicas para LTA, como Las Trincheras, en que pueden aparecer brotes epidémicos con apreciables números de casos cuando los factores condicionantes se den, sin que se disponga de vacunas efectivas para proteger a susceptibles que entran o viven en el área.

La LTA, por su alta incidencia, es un problema de salud pública de gran impacto en la población, en zonas rurales y selváticas y, en los últimos años, por el progreso de la urbanización, en las ciudades (4, 42). Además, es una enfermedad que tiene tendencia a la cronicidad y difícil tratamiento, por los efectos secundarios de los medicamentos (43). El mantenimiento de la endemia de LTA se debe a múltiples factores, entre los que se mencionan las características ecológicas propicias para el desarrollo y preservación del vector y

reservorio, la posibilidad de contacto entre parásito y hospedador susceptible; la urbanización rápida y desorganizada; y la intervención oficialista netamente vertical, a través del diseño de programas de control esencialmente curativos que ignoran los conocimientos y prácticas de la comunidad sobre esta enfermedad (44).

En este sentido, la población estudiada conoce la historia natural de la enfermedad en términos de reconocer la sintomatología, la forma de transmisión y la prevención, hecho similar a lo encontrado en una comunidad del estado Cojedes (39), pero en contraste con otros estudios realizados en el país, entre los que destaca el ejecutado en poblaciones rurales de la Cordillera de los Andes, pues en ellos se detectó bajo nivel de conocimiento global sobre LTA (45). También en países como Brasil y Colombia con poblaciones expuestas a contraer LTA la carencia de información sobre la enfermedad es lo común, en detrimento del hecho que todos estos aspectos son elementos fundamentales de los programas socio-sanitarios destinados a combatir la enfermedad, de allí la importancia de realizar intervenciones y evaluaciones sobre las características clínicas-epidemiológicas y conocimientos que sobre la LTA poseen los pobladores de zonas endémicas (46-49).

Sin embargo, y en la línea de lo hallado en este estudio, conocimientos de la LTA en términos de la historia natural de la misma, se encuentra lo obtenido por Isaza (49) en Colombia quien describe que 94% de la población que estudio reconocía la LTA como una enfermedad de la piel. Es importante resaltar que al igual que lo reportado por Nieves (13) en poblaciones de la Cordillera Andina venezolana el conocimiento sobre la LTA se restringe a quienes han padecido la enfermedad, eran familiares o vecinos de los mismos.

En relación con el transmisor de LTA más de 80% de los encuestados en Las Trincheras conoce el vector (resultados son similares a los reportados en el estado Cojedes), pero desconocen en su mayoría muchos de los aspectos de la biología del insecto, sin embargo, esto resulta prometedor en términos del establecimiento de medidas sanitarias para el control de la LTA en relación con lo hallado en la Cordillera Andina venezolana donde únicamente 35% relaciona la enfermedad con picadura de insecto, así como también con el 43% reportado en el estado Miranda (13, 11). Es probable que el conocimiento sobre el transmisor de la LTA, aunque parcial, hallado en la población de Las Trincheras se deba a las continuas intervenciones del sector salud, y también del universitario, que transmiten información al

respecto, aunque de forma vertical, pero que han incidido positivamente en la mejora del conocimiento que la población posee sobre tan importante problema de salud pública (9).

Del total de personas que refirieron conocer el tratamiento de la LTA, la mayoría indica que el médico-farmacológico del sistema de salud médico-científico y del servicio curativo público es el indicado, esto en total sintonía con la data reportada en 2008 para Cojedes un estado llanero venezolano, esto a pesar de ser instituciones burocráticas y de trato frío, según comentan los entrevistados. Es corriente indagar sobre el acceso a los servicios de salud porque, como se señala en la literatura, estos se constituyen en elementos centrales en la producción de resultados satisfactorios en términos del control de enfermedades (39, 50). En América Latina, y por supuesto en Venezuela, son pocos los trabajos realizados para investigar los conocimientos asociados al hecho de contraer la LTA, la mayoría de las investigaciones enfocan aspectos tales como: control químico y biológico de vectores, estudio de reservorios, seroprevalencia en áreas endémicas, tratamiento farmacológico e inmunoterapia, por tanto la información aquí aportada será de gran utilidad para los planes y programa de control de esta patología con la participación comunitaria y con datos obtenidos desde quien está en riesgo o padece la enfermedad (51-53).

Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye finalmente que los afectados con LTA son principalmente hombres, en edad económicamente productiva, obreros y agricultores, con niveles educativos no superiores a medio diversificado, ubicados en pobreza relativa como estrato socio-económico, con lesiones de piel únicas en regiones expuestas del cuerpo y tratadas farmacológicamente; que la población conoce la historia natural de la enfermedad y el transmisor, pero desconocen aspectos de la biología del insecto; y que conocen y prefieren el tratamiento médico-farmacológico del sistema médico-científico y del servicio curativo público.

Los hallazgos de esta investigación tienen la finalidad de aportar datos valiosos de elementos necesarios en programas de prevención primaria de acuerdo con las directrices de la OPS.

La actual política del MPPS con lo que respecta a enfermedades infecciosas se limita a la compra de tratamiento para su atención y pruebas diagnósticas, relegando el valor de la prevención primaria e inclusive posponiendo peligrosamente la publicación de boletines epidemiológicos durante meses (hasta la fecha de la culminación de la investigación no han sido publicados los boletines epidemiológicos correspondientes al 2017 ni las semanas vencidas del 2018). Imposibilitando de entrada el enfoque cuantitativo para la estructuración de programas de prevención y su seguimiento: el análisis epidemiológico.

Las investigaciones cuantitativas revelan números indispensables para el diseño de políticas y programas frente a enfermedades, sin embargo el enfoque cualitativo es insustituible para proveer a los datos numéricos de un contexto evaluable. El contexto social y cultural origina conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la prevalencia de enfermedades (54). El diseño de intervenciones educativas para prevención primaria debe tener individualizarse con respecto a los sistemas de valores y creencias de cada población para lograr la resonancia deseada en la conducta, este puede ser un enfoque valioso para investigaciones futuras en Las Trincheras.

Se recomienda la elaboración de programas de prevención primaria para LTA de acuerdo a los paradigmas de la OPS sobre enfermedades desatendidas, todo esto bajo el seguimiento epidemiológico y contextualización social y cultural de la población de Las Trincheras sobre la LTA.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. Centro de prensa Nota descriptiva. [citado 18 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/> 2016.
2. OMS. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el control de las leishmaniasis, Ginebra, 22-26 Mar 2010. Ser InfTéc. 949.2010. [citado 14 Mar 2017]. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf.
3. Feliciangeli M. Leishmaniosis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial, 2014. Bol Mal SaludAmb 2014; 54(1):1-5
4. Marinkele C. The control of leishmaniasis. Bull WHO 1980; 58(6):807-818.
5. OMS. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Control de la leishmaniasis. Informe de la Secretaria; Resolución N° A60/10; Ginebra, Suiza. 2007. [citado 25 May 2017]. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/.../WHA60-Rec1/.../WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf.
6. Pifano F. Algunos aspectos en la ecología y epidemiología de las enfermedades endémicas con focos naturales en el área tropical, especialmente en Venezuela. MSAS. 1969.
7. Torrealba J. 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. 1980.
8. Scorza J, Valera M, Moreno E, Jaimes R. Encuesta epidemiológica sobre Leishmaniasis Cutánea. Un estudio en Mérida, Venezuela. Bol of SanitPanam 1983; 95(2):118-131.
9. Scorza J. Protocolo para la investigación epidemiológica de Leishmaniasis tegumentaria en Venezuela. Bol Mal Salud Amb 1988; 28:83-90.
10. Ortega J, Zerpa O, Sosa A, Rodríguez N, Aranzazu N. Estudio Clínico, Epidemiológico y Caracterización Taxonómica de Leishmaniasis Cutánea en el Estado Vargas, Venezuela. Dermatología Venezolana 2004; 42(4):10-16.
11. Cirocco P, Bolívar A, Vilé J, Cirocco A. Leishmaniasis: Evaluación de los Conocimientos en poblaciones pertenecientes al Distrito Sanitario N° 3 del Estado Miranda, Venezuela. [citado 22 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.svm.org.ve/documentos/volumen.2000>.
12. González R, Devera R, Madrid C, Zghayer S. Evaluación de un brote de leishmaniasis tegumentaria americana en una comunidad rural del Estado Bolívar, Venezuela. RevSocBrasMedTrop 2000; 33(1):31-37.
13. Nieves M, Díaz E, Romero A, Machuca C, Sucre A. Valor pronóstico de los cambios fisiológicos asociados a la quimio-resistencia en Leishmania. VITAE AcadBiomedDigit 2008; 33:2-5.
14. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2008.
15. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2009.

16. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2013.
17. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2014.
18. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2015.
19. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2011.
20. MPPS. Boletín epidemiológico semana 52. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2012.
21. OMS. Serie de Informes Técnicos No. 793. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. p. 1-7. [citado 17 Sep 2017]. Disponible en: www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf.
22. De Lima H, Borges R, Escobar J, Convit J. Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: un análisis clínico epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007. *Bol Mal Salud Amb* 2010; 50(2):283-299.
23. Valla V. A crise da interpretacaoénossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ Real* 1996; 21:177-190.
24. Wong-un J. Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. *CadSaúde Pública* 1998; 14(2):91-100.
25. Kliksberg B. Diez falacias sobre los problemas económicos y sociales en América Latina. Conferencia del 24 de noviembre de 2000. Caracas, Venezuela. 2000.
26. Alleyne G. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *RevPanam Salud* 2001; 10(6):371-375.
27. OMS. Lucha contra la Leishmaniasis. Informe de un comité de Expertos de la OMS. *Ser InfTéc.* 793. 1990.
28. Deane L. Leishmaniose visceral no Brasil. Estudios sobre reservatorios e transmisores realizados no Estado do Ceara. Tesis Doctoral. Fac. Med. Sao Paulo, Brasil, 162. 1956.
29. Recacoechea M. Estado de conocimiento sobre Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Bolivia. *Bol Inf CENETROP* 1983; 9(1):6-12.
30. Barberino S, Lauand L, Santos G, De Oliveria M. Factores socio – económicos e atitudesemrelacao a prevencao domiciliar da LeishmanioseTegumentar Americana, emumaarea endémica do Sul da Bahia, Brasil. *CadSaúdePublica* 2000; 16(3):701-708.
31. Costa J, Vale K, Cecilio I, Osaki N, Netto E, Tada M, et al. Aspectos psicossociais e estigmatizantes da leishmaniose cutáneo-mucosa. *RevSocBrasMed Trop.*1987; 20(2):77-82.
32. Magalhaes H, Costa J, Costa R, Franca F, Vale K, Marsden P, et al. Mudanca do componente cognitivo da atitude de umapopulacao de regioa endémica do sul da bahiadiante da leishmaniosetegumentar. *RevSocBrasMedTrop.* 1990; 23(1):49-52.

33. Camino L, Anderson A. Lenguaje, conocimiento y mito: análisis del saber empírico sobre Leishmaniasis en minorías étnicas y grupos mestizos. Lima. Rev. peru. epidemiol. 1992; 5(1):32-35.
34. Zorrilla V, Agüero M, Cáceres A, Tejada A, Ticlla J, Martínez R. Riskfactorsthat determine leishmaniasistransmission at Llaucanovalley, Chota-Cajamarca. An. Fac. med. [Internet]. 2005 Mar [citado 2017 Oct 26] ; 66(1): 33-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000100006&lng=es.
35. Clifford J. Parcial truths: introduction. In: On Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography (J. Clifford & G. Marcus, ed), pp.1-26, Berkeley: University of California Press.1986.
36. Arias F. El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración. Tercera Edición. Editorial Espíteme. Caracas, Venezuela. 1999.
37. Fayal-Camel V. Estadística de Investigación Social. Tercera reimpresión. Producciones Karol CA. Mérida, Venezuela. 2001
38. Pallela, S.; Martins, F. Metodología de la investigación cuantitativa. 2a. Edición. Caracas. 2006. p. 104.
39. Bastidas G, Díaz B. 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. Fermentum 2008; 18(53):634-655.
40. Méndez C, López B, Landaeta J, Gónzales T. Estudio transversal de Caracas. Arch VenezPuer Ped 1983; 49:111-155
41. Dean A, Dean J, Burton A. Epi Info, versión 5: word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Stone Mountain, Georgia: USD, Inc.; 1990.
42. Samaniego E, Escalera T. Farmacología y medicina tropical. En Samaniego, E.; Escalera, T. Eds. Fundamentos de farmacología médica. Tercera edición. Editorial Universitaria. Quito, Ecuador. 1987
43. Quezada H. Factores de riesgo asociados a la infección por Leishmania 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. 2000.
44. Gama M, Barbosa J, Pires B, Cunha A, Freitas A, Ribeiro I, et al. Avaliaçao do nivel de conhecimento de pupolações residentes em áreas endêmicasstêm sobre leishmaniose visceral; Estado do Maranhão, Brazil. CadSaude Pública 1998; 14:381-390.
45. García B. 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. CadSaude Pública 2007; 23(Supl.1):S75-83.
46. Antunes C, Barrientos C, de Melo C, Macedo R, Pinto L, Antunes C, et al. Health education: teaching about American tegumentaryleishmaniasis. Cad SaudePública 2004; 20:935-941.

47. dos Reis D, Gazzinelli A, Silva C, Gazzinelli M. Educação em saúde e representações sociais: uma experiência no controle da leishmaniose tegumentar americana endêmica de Minas Gerais, Brasil. *CadSaude Pública* 2006; 22:2301-2310.
48. Saravia N, Nicholls R. Leishmaniasis: un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y esfuerzos. *Biomédica* 2006; 26(Supl.1):1-3.
49. Isaza D, Restrepo B, Arboleda M. 1999. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública* 2000 6(3):177-184.
50. Deane L. Leishmaniose visceral no Brasil. Estudos sobre reservatórios e transmisores realizados no Estado do Ceará. Tesis Doctoral. FacMed Sao Paulo, Brasil, 162. 1956.
51. Pifano F. La evaluación de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana en el Valle de Aroa, Estado Yaracuy, mediante índice alérgico (intradermoreacción con *Leishmania braziliensis*). *ArchVenezMedTropParasitMed* 1962; 4:25-35.
52. Recacoechea M. Estado de conocimiento sobre Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Bolivia. *Bol Inf CENETROP* 1983; 9(1):6-12.
53. Barberino S, Lauand L, Santos G, De Oliveria M. Factores socioeconômicos e atitudes em relação a prevenção domiciliar da leishmaniose tegumentar americana, em uma área endêmica do Sul da Bahia, Brasil. *CadSaúde Pública* 2000; 16(3):701-708.
54. OPS, Programa Nacional de malaria. Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP): Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria. Panamá 2008. [citado 29 Sep 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=73-encuesta-sobre-conocimientos-actitudes-y-practicas-cap-abordaje-intercultural-de-la-malaria&Itemid=224

Anexos



Copia

Valencia, 22 de marzo de 2018

DPS/TI/001

Ciudadano(a):
DR. EUSEBIO PLACENCIA
Jefe del Servicio de Dermatología Sanitaria
Hospital Dr. Rafael González Plaza

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en la oportunidad de solicitar la colaboración que pueda prestar a los alumnos, abajo mencionados, a fin de autorizar REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS; con el objetivo de recolectar información requerida y así desarrollar su trabajo de investigación, titulado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN LA POBLACION DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO 2015-2017."

Los bachilleres integrantes del Trabajo de investigación son:

HERNANDEZ DANIELA	CI 23.409.141
HIDALGO ONIEL	CI 25.590.954
HIDALGO SOL	CI 23.488.068
HUNG FERNANDO	CI 21.030.537

Esperando su apoyo, quedo de usted.

Atentamente,

PROF CRISTINA LORENZO
Coordinadora de Asignatura
Trabajo de Investigación



Eusebio Placencia
Dermatología Sanitaria
del Edo. Carabobo



40 años

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud

Unir nuestras manos
Construir nuestra historia



Formulario para consentimiento informado para participación en investigación:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTO SOBRE LA LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIA AMERICANA DE LA POBLACIÓN DE LAS TRINCHERAS, MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA.

Lugar y Fecha: _____

El/la que suscribe: _____ Fecha de Nacimiento: _____

C.I: _____ Domicilio: _____

Otorgo mi consentimiento informado con respecto a mi participación explícita y autorización a los estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina Facultad Ciencias de la Salud de la ilustre casa de estudios Universidad de Carabobo quienes se encuentran realizando una investigación con respecto a la incidencia y curso clínico-epidemiológico de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Trincheras, Edo. Carabobo, por ello le invitamos a participar en nuestra investigación.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido a cabalidad la importancia del estudio, la relevancia con respecto a mi salud la comprensión del curso de la patología en Trincheras, Edo. Carabobo donde hago vida/ resido.

De ser parte de la muestra consultada, llenaré un cuestionario de dos (02) secciones:

La primera, registrará datos de identidad y filiación relevantes para el estudio, entre ellos: Edad, sexo, estado civil, ocupación y grado de instrucción.

La segunda parte consiste en una exploración a través de preguntas cerradas y abiertas sobre el conocimiento individual sobre la Leishmaniasis Tegumentaria Americana.

Cuyos datos serán recopilados y analizados resguardando mi anonimato, de los cuales los resultados interpretados obteniendo conclusiones la cuales serán presentadas en el momento correspondiente.

De igual manera también se me ha hecho entender que tengo pleno derecho a retirarme en cualquier momento de la investigación sin que ello incurriese algún tipo de consecuencia para mi persona.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Responsables:

Br. _____

Firma:

Br. _____

Firma:

Br. _____

Firma:

Br. _____

Firma:

Br. _____

Firma:

CUESTIONARIO PARA MEDIR CONOCIMIENTOS SOBRE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA (LTA).

Localidad: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Nº de cuestionario: _____ **Casa Nº:** _____ **Familia:** _____

Encuestador: _____

IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO

1.1 Apellidos y Nombres: _____

1.2 Lugar y fecha de nacimiento: _____

1.3 Edad: _____ 1.4 Género: Femenino (1): _____ Masculino (2): _____

1.5 Tiene amparo de seguridad social: No (2): _____ Si (1): _____ Especifique: _____

1.6 Ocupación: _____

1.7 Grado de Instrucción: Analfabeta: _____

Alfabeta:

Grado de Instrucción / Código	Completa (1)	Incompleta(2)
Primaria (A)		
Secundaria (B)		
Diversificada (C)		
Técnico (D)		
Superior (E)		
Otro (F), Especifique		

CONOCIMIENTOS SOBRE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

2.1 ¿Conoce Usted una enfermedad que llaman leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____

2.2 ¿De ser afirmativa la respuesta. Podría decirnos que le da a la persona con Leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique:

2.3 ¿Se pega la Leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique:

2.4 ¿Sabe usted por qué da o qué es lo que produce la Leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique:

2.5 ¿Si lo relaciona con insectos? ¿Sabe usted qué insecto la transmite?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique:

2.6 ¿Conoce al flebótomo, palomilla, tarrallita, angoleta o Coco Julián?

Si (1): _____ No: _____ Descríbalo:

2.6.1 De ser afirmativa su respuesta:

¿Sabe cómo se infectan?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique:

2.6.2 ¿Sabe de qué se alimentan?

No: _____

Si: _____ Especifique: _____

2.6.3 ¿Sabe a qué hora del día se alimentan?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.6.4 ¿Sabe que los atrae?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.6.5 ¿Sabe dónde se esconden?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.7 ¿Los animales pueden enfermarse de Leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.8 ¿Sabe cuáles animales pueden enfermarse de Leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.9 ¿Sabe cuáles son las complicaciones más comunes que se producen durante la enfermedad (Leishmaniosis)?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.10 ¿Se puede prevenir la Leishmaniosis?

¿Si responde que NO, pregunte por qué?. De ser afirmativa la respuesta. ¿Sabe que hacer para no enfermarse?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.11 ¿Sabe cómo se trata la leishmaniosis?

Si (1): _____ No (2): _____

De ser afirmativa la respuesta anterior especifique el tratamiento:

2.11.1 Tratamiento indicado por médico:

2.11.2 Métodos tradicionales o caseros:

a. Plantas (1): Cual (es) _____ b. sustancias excretadas por animales o algunas de sus partes

(2): _____ c. Sustancias químicas (3): Cual (es) _____

d. Antibióticos (4): Cual (es) _____ e. Ácidos (5): Cual (es) _____

f. Agua u objetos calientes (6): _____ g. Combinaciones (7): _____

2.12 ¿Se está aplicando otras cosa (s) en la (s) para ayudarse a curar más rápido (solo si hay lesiones activas)?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.13 ¿Conoce algún alimento que la persona enferma con leishmaniosis le convenga evitar para que no se agrave la enfermedad?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.14 ¿Habrá otras cosas que la persona enferma con leishmaniosis le convenga evitar para curar más rápido?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.15 ¿Después de curarse de la leishmaniosis debe continuar en control médico periódico?

Si (1): _____ No (2): _____ Especifique: _____

2.16 ¿A qué sistema de salud acude Usted en busca de cura para LTA?

Sistema de salud / Código	Respuesta seleccionada por el entrevistado
Ninguno (1)	
Tradicional (2)	
Médico-científico (3)	
Otro (4), Especifique:	

2.17 ¿Qué servicio curativo utilizo para tratar la Leishmaniasis?

Servicio / Código	Respuesta seleccionada por el entrevistado
Privado (1)	
Publico (2)	
Otro (3), Especifique:	

MÉTODO DE GRAFFAR (MODIFICADO).

Número de cuestionario:

Número de casa o familia:

Profesión del Jefe de Familia	Valor	Selección
Universitaria, alto comerciante, oficial de las Fuerzas Armadas	1	
Técnicos o medianos comerciantes o productores	2	
Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores (peritos, secretarías, mecanógrafos)	3	
Obreros especializados (tractoristas, choferes, pintores, agricultores especializados, pescadores especializados)	4	
Obreros no especializados (jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, buhoneros, servicios domésticos, trabajadores de aseo urbano)	5	
Nivel de Instrucción de la Madre		
Enseñanza universitaria o su equivalente (egresados de universidades, politécnicos y pedagógicos)	1	
Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa (egresados de bachillerato, escuelas normales o institutos de formación docente con título)	2	
Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior (las que han cursado al menos 2do año de educación media o normal. Se consideran con técnica inferior completa los que han realizado cursos técnicos en instituciones como INCE y han obtenido su título)	3	
Educación primaria o alfabeto (aquellos que han estudiado algún grado de educación primaria y que saben leer y escribir o aquellas que solo han cursado 1ero o 2do año incompleto de educación media)	4	
Analfabetas	5	
Principal Fuente de Ingreso de la Familia		
Fortuna heredada o adquirida	1	
Ganancias, beneficios, honorarios profesionales (médicos, incluir peloteros y boxeadores profesionales con alta remuneración)	2	
Sueldo mensual (empleados)	3	
Salario mensual (trabajo diario, semanal, tarea a destajo, beneficios provenientes de negocios pequeños)	4	
Donaciones de origen público o privado	5	
Condiciones de alojamiento		
Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo	1	
Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin exceso de lujo, espaciosa.	2	
Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos	3	
Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y con deficiencias en las condiciones sanitarias.	4	
Rancho o vivienda con espacio suficiente y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	5	

Fuente: Méndez (1986).

PUNTAJE

4, 5, 6
7, 8, 9
10, 11, 12
13, 14, 15, 16
17, 18, 19, 20

ESTRATO

I
II
III
IV
V

ESTRATO I: Indica alta calidad de vida.

ESTRATO II: Moderada calidad de vida.

ESTRATO III: Baja calidad de vida.

ESTRATO IV: Pobreza relativa.

ESTRATO V: Pobreza crítica.