HACIA LA CONSTRUCCIÓN ETNOGRÁFICA PARTICULARISTA EN ÁREA DE RIESGO DE LEISHMANIASIS VISCERAL.

TOWARDS BUILDING IN AREA PARTICULARISTIC ETHNOGRAPHIC RISK OF VISCERAL LEISHMANIASIS.

José Romero Palmera^{1,2}; Magalis Pérez Parada^{2,3}; Liz Rodríguez Romero⁴; Vita Calzolaio C.²; Glennys Praderes Cardenas¹; Marcos Hernández⁵

ABSTRACT

Visceral leishmaniasis is endemic in Venezuela and focal character pattern associated with zoonotic primary determinants, physical and social environment, which are associated with poverty and its immediate consequences, such as malnutrition, misinformation, poor room, etc. For this reason, the level of knowledge of specific content on measures aimed at the population at risk was estimated, aiming the active participation of people in the control and the development of habits, attitudes and healthy practices for individual protection and Community. The methodology used was a combination of methods and qualitative and quantitative techniques modifying the original ethnographic techniques proposed National Control Program, using a structured questionnaire and focus groups. Technological composition of control and intervention level was identified. The study population for the first year was 36 families, with 105 inhabitants, with shareholding ratio of 0.63 and the second from 42 to 132 people and 0.83, no statistically significant differences were found by gender and group age, for both years. In the first, once the technical implementation of the focus groups no relevant knowledge of the population on the natural history of disease transmission and prevention were identified. What contributed to significantly improve knowledge of the community in the care components, processing and transmission mode, positively influencing the increase in the proportion of adherence to prevention and control practices (0.52) and control Reservoir (0.26).

KEY WORDS: Visceral leishmaniasis, social and cultural codes, endemic disease.

RESUMEN

La leishmaniasis visceral en Venezuela es de carácter endémico y focal, con patrón zoonótico asociado a determinantes primarios, al ambiente físico y social, los cuales se relacionan con la pobreza y sus consecuencias inmediatas, como desnutrición, desinformación, habitación precaria. Por esta razón, se estimó el nivel de conocimiento de contenidos específicos sobre las medidas dirigidas a la población en riesgo, objetivando la participación activa de las personas en el control y en el desarrollo de hábitos, actitudes y prácticas saludables, para su protección individual y comunitaria. La metodología utilizada fue la combinación de técnicas cualitativas como técnicas cuantitativas modificando la propuesta etnográfica original del Programa Nacional de Control, aplicando una encuesta estructurada y grupos focales. Se identificó la composición tecnológica del control y nivel de intervención. La población estudio para el primer año, fue de 36 familias, con 105 habitantes, con proporción de participación de 0,63 y para el segundo, de 42 con 132 personas y 0,83, no se evidenciaron diferencias estadísticas significativas por género y grupo de edad, para ambos años. En el primero, una vez puesta en práctica la técnica de los grupos focales se identificaron conocimientos no pertinentes de la población sobre la historia natural de la enfermedad, la transmisión y la prevención. Lo que contribuyo a mejorar significativamente el conocimiento de la comunidad, en los componentes atención, tratamiento y modo de transmisión, influyendo positivamente en el incremento de la proporción de adherencia para prácticas de prevención y control (0,52) y de control de Reservorio (0,26).

PALABRAS CLAVE: Leishmaniasis visceral, códigos socioculturales, enfermedad endémica.

INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis Visceral (LV) como enfermedad endémica, se caracteriza por una transmisión persistente,¹ asociado, usualmente a la pobreza y a sus consecuencias inmediatas, como desnutrición, desinformación, habitación precaria, entre otras; adicional a esto la desorganización y/o el deterioro del medio junto a deficientes prácticas de saneamiento ambiental, conllevan a una relación desprotegida del hombre con el medio ambiente, sometiendo a la población que vive en estas condiciones a una exposición continua a los factores de riesgo.

En Venezuela desde la creación del actual Ministerio del Poder Popular para la Salud en 1936, la

Recibido: Junio, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Maracay estado Aragua, Venezuela. ²Departamento de Ciencias Morfológicas y Forenses - Escuela de Ciencias Biomédicas - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Carabobo. ³Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. Valencia. estado Carabobo. Venezuela. ⁴Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad del Zulia. Maracaibo estado Zulia. ⁵Departamento Clínico Integral del Sur - Escuela de Ciencias Medicas - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Carabobo.

Correspondencia: jromero114@gmail.com

educación para la salud y participación comunitaria forman parte de las políticas y programas de prevención y control de enfermedades endémicas, teniendo una base filosófica y conceptual orientada por el paradigma positivista de Educación Sanitaria, de naturaleza asistencialista y benéfica, vinculada a la interpretación de la salud con un enfoque biologicista y unicausal. Ahora bien, en la actualidad se rompe estructuralmente esta esencia filosófica y metodológica de este paradigma concentrándose en estrategias básicas de la calidad de vida y promoción de la salud para el desarrollo social sostenible del país.

El análisis de la multiplicidad de factores que inciden directamente en la presencia de LV, necesariamente debe considerar el papel del Estado y de las diferentes reformas sociales, políticas, económicas y sanitarias que están ocurriendo en Venezuela. En consecuencia, el Programa Regional de la OMS, con el apoyo del Programa Global elaboró un plan de acción para el año 2007, el cual contemplo: 1) conocer la carga de enfermedad; 2) estandarizar las técnicas diagnósticas; 3) fortalecer el talento humano; 4) promover la descentralización de las actividades de los programas de prevención y control de los países a los servicios de atención primaria; 5) fortalecer el sistema de vigilancia; 6) empoderamiento de la comunidad y 7) buscar alianzas estratégicas.

En concordancia a los dos últimos puntos de este programa global, es necesario colocar, 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.¹ Todo ello a fin de profundizar en el estudio de las inequidades y desigualdades sociales, aspectos considerados básicos para el desarrollo humano y la justicia social, la igualdad de oportunidades de los individuos y comunidades en tener acceso y utilización oportuna a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades; ausencia de políticas sostenibles en el control integral de las endemias; poca capacidad de coordinación transectorial; insuficientes investigaciones operacionales en epidemiología, educación y participación comunitaria; déficit o ausencia de un sistema básico de servicios públicos; y el deterioro progresivo del medio ambiente, entre las más importantes.

A partir de este planteamiento, el propósito del presente estudio fue construir una modalidad etnográfica particularista² en una comunidad en riesgo de LV localizada en el Estado Aragua, Venezuela, con el fin de mejorar el conocimiento de la colectividad, en los

componentes atención, tratamiento y modo de transmisión de esta enfermedad, de manera de ir aumentando la proporción en la adhesión a las prácticas para la prevención y control de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

El uso de la Metodología Etnográfica del Programa Nacional de Control de Leishmaniasis Visceral (PNCLV),³ modificada por la etnografía particularista de Morse,² permitió combinar técnicas cualitativas y cuantitativas, considerando los componentes: perfil integral comunitario (Indicadores sociales, económicos, y educativos); conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en relación a la enfermedad; estimación de capacidades y potencialidades para el control de LV.³

Para el estudio se establecieron dos momentos de Intervención:

Momento de Intervención I: Mes siguiente a la fecha del reporte epidemiológico de un caso índice que dio inicio a la intervención del PNCLV.

Momento de Intervención II: Durante dos años consecutivos posteriores a la Intervención I.

Se llevó a cabo en el área de riesgo "Barrio Brisas del Maguey del Municipio Jose Félix Rivas del Estado Aragua", definida así, por la Unidad Programática de Dermatología Sanitaria de CORPOSALUD Aragua.

La población estuvo constituida por la totalidad de los núcleos familiares para cada momento de intervención; en el primer momento 36 familias y 42 en el segundo.

Fue seleccionada una muestra no probabilística e intencional constituida a partir de los jefes de familia, cuyos criterios de inclusión fueron: a) Residir en la comunidad, con duración mínima de un año. b) Tener la mayoría de edad (18 años) y, como criterios de exclusión a) No tener menos de un año de residencia. b) ser menor de 18 años.

Técnicas de recolección de datos

Como recursos para la recolección de los datos se recurrió a las notas de campo observacionales, las cuales constituyeron el registro primario del trabajo tratándose de anotaciones que se relacionaron con las situaciones vividas en la escucha y observación directa

del contexto, lo que permitió registrar los eventos considerados de importancia, in situ, en el momento de ocurrencia.⁴

Por otra parte, se utilizaron la grabadora, cámara fotográfica y el diario. La grabadora como dispositivo mecánico de registro, que permitió captar con fidelidad todas las interacciones verbales que se produjeron entre el entrevistador y los entrevistados, la cámara fotográfica se utilizó para captar los momentos de la interacción entre investigador y actores, lo cual constituye "un relato narrativo descriptivo que presenta los episodios vividos habitualmente".⁴ El diario fue utilizado como un instrumento donde se plasmaron las reflexiones originadas en la experiencia de investigación y consecuentemente buscando las conexiones entre las realidades vividas.

Para conocer los componentes, perfil integral comunitario y CAP, se diseñó un instrumento estructurado para la obtención de datos por observación directa. Para ello se utilizaron procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas de variables cualitativas.⁵ Este cuestionario fue conformado por 44 preguntas, cerradas dicotómicas y categorizadas con respuestas espontáneas o sugeridas; según su contenido las preguntas se dividieron en cinco componentes: Identificación, relacionado con la estructura demográfica y socioeconómica, incluyendo el censo poblacional. Información, con el fin de analizar el grado de conocimiento sobre LV. Intención, para indagar sobre la actitud de los encuestados. Acción, conocer sobre las acciones o prácticas. Motivos, saber cómo percibe la población la enfermedad.

La redacción del cuestionario fue conservadora, con "efecto embudo" en el ordenamiento de las preguntas; primero la pregunta más general o menos restringida y posteriormente las preguntas más restrictivas o específicas. Para determinar la comprensión y verificar el contenido del instrumento, fue validado por expertos y mediante prueba piloto a nivel de campo, se evaluó la capacidad/facilidad para la comprensión de las preguntas y determinar así la confiabilidad del cuestionario en términos de consistencia.

Para la intervención I, a 36 representantes de familia se solicitó su participación en el estudio, de los cuales solo 23 aceptaron voluntariamente, lo que arroja una PP de 0,64; luego del desarrollo de las actividades para la prevención y control de LV, a los 24 meses (Intervención II) se estimó una PP de 0,83 (35/42). Los renunciantes fueron 36,11% y 16,67% para la intervención I y II respectivamente, según sus

declaraciones, se debe a diversas razones, como la poca credibilidad en los entes del Estado e instituciones de investigación, a la delincuencia y por falta de tiempo para participar, entre otros.

Con el objetivo de identificar las capacidades y potencialidades existentes en el área de estudio, para enfrentar la enfermedad e implementar o fortalecer un programa de control de LV, se aplicaron dos instrumentos, que se describen a continuación:

Lista de chequeo

Este instrumento fue diseñado para indagar de manera más específica entre los componentes del ambiente que son de interés para la epidemiología ambiental,⁴ evaluando los componentes agua, suelo, aire, alimentos y microambiente doméstico. La información fue recolectada mediante la observación en el sitio.

Conocimiento de los encuestados sobre LV

Para estimar el grado de conocimiento sobre LV, se consideraron ocho preguntas dicotómicas ¿Ha oído hablar de LV? ¿Sabe Ud. cómo es la LV?, ¿Sabe Ud. quién la provoca?, ¿Conoce Ud. los síntomas?, ¿Conoce Ud. cómo se transmite?, ¿Sabe Ud. qué hacer ante la LV? y ¿Conoce Ud. qué hacer ante un caso de LV?, ¿Conoce Ud. como se trata la LV? y seis preguntas categorizadas con respuestas sugeridas.

Encuesta semi-estructurada

La aplicación de este instrumento semi-estructurado de contenido tipo opinión,⁶ tuvo como objetivo conocer las acciones oficiales de prevención y control de LV, acceso a la red de servicios de salud y participación comunitaria; se aplicó a cinco informantes claves, que son personas vinculadas al sector salud a nivel municipal. Estuvo conformada de 12 preguntas abiertas, sin establecer categorías de respuesta. El entrevistado respondió lo que creyó adecuado y se extendió todo lo que deseó, posteriormente se cerraron y estandarizaron por el investigador.

Grupos focales

Se conformaron cuatro grupos con siete participantes cada uno.

- Personal médico, adscritos a los servicios de salud del área de influencia donde se ubica la comunidad.

- Personal no médico del primer nivel de atención en salud, adscrito a los servicios de salud.
- Líderes comunitarios y promotores de salud, con un año o más de gestión.
- Habitantes. con duración mínima de un año de residencia.

El papel del Investigador en los grupos focales es externo, actuando como director, guía, facilitador, o animador. No participó en la producción de las ideas, ni en evaluar, aprobar o desaprobar el contenido; sólo guió la reunión dando la palabra, cuando fue necesario, orientando la conversación hacia la temática en cuestión si hay digresiones serias, pidiendo que concreten o integren sus ideas si hay dispersión, etc. Se construyeron doce frases generadoras de discusión. La duración de la sesión por cada grupo, fue entre una o dos horas.

De cada participante se obtuvo el consentimiento Informado, luego de explicar la razón, utilidad y beneficios del estudio.

Análisis de datos

Se utilizó la técnica de la triangulación temporal y personal, que a su vez posee varios niveles: agregado, interactivo y colectivo, de los cuales se usó específicamente el nivel interactivo, fundamentándose además, en la triangulación de actores, triangulación teórica y triangulación intramétodo.⁶

Para el análisis de datos cuantitativos, se realizó en el primer momento indicadores estadísticos descriptivos y en un segundo momento se categorizaron los resultados de los grupos focales. Previamente los datos obtenidos de la encuesta CAP, fueron revisados asegurando que el porcentaje de las respuestas para todas las variables fuera mayor de un 95%. Las preguntas abiertas fueron categorizadas a posteriori.

La significancia de las diferencias entre proporciones se determinó utilizando la prueba de X^2 , considerando un $p < 0,05$ y estimándose el OR con un intervalo de confianza (IC) de 95%.

Así mismo, utilizando los principios de Moreno-Altamirano et al.,⁷ se estimó la Proporción de Participación (PP), definida como el peso (frecuencia) relativo del número de personas que aceptaron participar en el estudio respecto al número de personas que fueron contactados casa por casa, este último incluye los

participantes y renunciados, y la Proporción de Adherencia a prácticas de prevención y control (PAPPC) que es el peso (frecuencia) relativo del número de personas que expresaron conocer y aplicar o aceptar las actividades individuales y/o comunitarias para la prevención y control de LV, respecto al número de personas participantes. El peso (frecuencia) relativo del número de personas que declararon conocer y aplicar o aceptar las actividades individuales y/o comunitarias para el control de reservorios de LV, respecto al número de personas participantes, se definió como Proporción de Adherencia a prácticas para el control de reservorios (PAPCR).

RESULTADOS

Análisis del perfil integral comunitario

El área de estudio "Barrio Brisas del Maguey", se encuentra ubicada en el ejido urbano de la parroquia capital del municipio Jose Félix Rivas del Estado Aragua; clasificada como área marginal con gran concentración de viviendas clase IV, escaso urbanismo y grandes problemas de saneamiento ambiental. Su origen se remonta al 2000 con 27 grupos familiares, como consecuencia de movimientos migratorios sucesivos a la catástrofe natural del estado Vargas en 1999. Para el momento de la intervención I (Enero 2007) se evidenciaron 36 hogares o viviendas, y 42 para la intervención II (Marzo 2009), con una población total de 147 y 195 habitantes respectivamente.

Se evidenció, que este grupo poblacional tiene una tendencia exponencial al crecimiento, (tabla 1), con incremento del grupo de edad de menores de 18 años, cuyas proporciones son 0,4 jóvenes por cada adulto para la intervención I, y 0,48 para la segunda. De allí que, esta población incrementa su vulnerabilidad a contraer la enfermedad, debido que los menores de 18 años tienen mayor riesgo de infección, principalmente niños de 1 a 5 años de edad.

El promedio de edad de los jefes de familia fue de 34,95 y 35,62 años, con desviaciones estándar de 11,41 y de 11,46 años, para primera y segunda intervención respectivamente.

Las viviendas presentan una infraestructura sanitaria pobre; las condiciones de saneamiento básico son deficientes en lo relacionado con la disposición de excretas, aunque el abastecimiento del agua se realiza por el acueducto en la totalidad de las viviendas. Otro aspecto valorado fue la tenencia de caninos domésticos, censando 43 y 46 animales, en las viviendas

Tabla 1. Distribución poblacional por grupo de edad y sexo

Grupo	Primera intervención						Segunda intervención											
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino			Total					
	nº	%	IC	nº	%	IC	nº	%	IC	nº	%	IC	nº	%	IC			
De																		
Edad																		
(año)																		
< de 18	23	15,65	9.433-21.859	19	12,93	7.162-18.688	42	28,57	20.928-36.214	35	17,95	12.305-23.591	28	14,36	9.181-19.537	63	32,31	25.488-39.128
18 o +	58	39,46	31.215-47.697	47	31,97	24.094-39.852	105	71,43	63.786-79.072	73	37,44	30.387-44.485	59	30,26	23.552-36.960	132	67,69	60.872-74.512
Total	81	55,10	4.721-63.483	66	44,90	36.517-55.279	147	100,00	46.593-61.100	108	55,38	46.593-61.100	87	44,62	37.382-51.849	195	100,00	

encuestadas, con edades menores a cinco años. Además, 100% de las familias contaban con animales domésticos en áreas contiguas a las viviendas.

Conocimiento de los encuestados sobre LV

La población encuestada no tiene conocimiento claro de la enfermedad en lo relacionado con síntomas, etiología, forma de transmisión, vectores involucrados, medidas de control y tratamiento. Solo 26,09% y 34,29% de los jefes o representantes de familias para la intervención I y II respectivamente (Tabla 2), conocen la LV como enfermedad parasitaria causada por un agente llamado "Leishmania", que provoca fiebre prolongada, pérdida de peso progresivo, anemia y afecciones viscerales como la hepatoesplenomegalia; esta última principalmente representada por la declaración de "abultamiento del abdomen porque crecen los órganos como el hígado y el bazo".

A los 24 meses (Intervención II) el nivel de conocimientos sobre modo de transmisión, vector y reservorios se incrementó significativamente (28,57% versus 4,35% de la intervención I). Con respecto al modo de transmisión se identificó como vectorial por picadura de mosquito; sin embargo, los encuestados no conocían su nombre, ni los identifican por sus características. Por otra parte, los entrevistados perciben que algunas de las condiciones del entorno favorecen el establecimiento de la parasitosis, como la presencia del mosquito.

También los encuestados identificaron a los perros como fuentes de contagio (reservorio). Sin embargo, no expusieron que adoptan alguna medida para proteger a los caninos. Tienen libre acceso a la calle y casas vecinas.

Con respecto al conocimiento sobre la atención y tratamiento de LV, este se incrementó significativamente en la segunda intervención (42,86%) comparado con la baja proporción al inicio del estudio (Tabla 2). Se percibe que los representantes de familias saben que es una enfermedad de cuidados delicados y que demanda ser atendida en centros de salud a la brevedad posible, siendo la red hospitalaria su principal preferencia por la garantía de la respuesta. No obstante, no tienen conocimiento específico de ¿Cómo se trata la LV? corroborado por sus principales afirmaciones "Con antibióticos para eliminar el parásito", "Vitaminas y Hierro para la anemia" y "Para bajar la fiebre".

Cuando se indagó ¿Si Ud. o un familiar tiene LV, dónde acude? El servicio público (Hospital) fue el seleccionado por 88,57% de la población para tratar LV.

En cuanto a la intencionalidad para atender al enfermo sin prejuicios social ni temores a riesgos infecciosos y búsqueda de atención médica oportuna, considerando que la población de mayor riesgo es la infante, se estimó mayor disponibilidad para actuar en

Tabla 2. Conocimiento, actitudes y prácticas en representantes de familia.

Aspecto Cognoscitivo	Intervención I				Intervención II			
	SI	No	% SI	IC	SI	No	% SI	IC
Concepto, Clasificación, Síntomas y Etiología	6	17	26,09	10.229-48.405	12	23	34,29	17.132-51.440
Conocimiento Transmisión, Vector y Reservorio	1	22	4,35	0.110-21.949	10	25	28,57	12.177-44.966
Atención y Tratamiento	2	21	8,70	1.071-28.038	15	20	42,86	25.034-66.681
Enfermo	4	19	17,39	4.951-38.781	13	22	37,14	19.707-54.579
Actitudes Comportamiento Social	4	19	17,39	4.951-38.781	14	21	40,00	22.341-57.659
Vector y Reservorio	4	19	17,39	4.951-38.781	11	24	31,43	14.620-48.237
Reservorio	1	22	4,35	0.110-21.949	9	26	25,71	9.806-41.622
Prácticas Prevención	3	20	13,04	2.775-33.589	19	16	54,29	36.353-72.218
Control	5	18	21,74	7.460-43.703	18	17	51,43	33.442-64.415

la intervención II (Tabla 2), luego de las continuas intervenciones del sector salud y de centros de investigación y/o universidades, que difunden mensajes educativos, aunque de forma vertical, pero que han contribuido de alguna manera a mejorar el conocimiento de la población.

Fueron obtenidos valores de 0,18 y 0,04 de PAPPC y PAPCR respectivamente en la intervención I lo que indica, una baja adherencia a las prácticas individuales y/o comunitarias de prevención y control de LV. Sin embargo, en la Intervención II la adherencia se incrementa significativamente con valores estimados de 0,53 y 0,26 para PAPPC y PAPCR respectivamente. Ante la infestación a casas por vectores, expresaron que adoptan como prácticas el uso de repelentes, insecticidas y ropa adecuada para autoprotección.

En la Tabla 3, se observa el conocimiento, actitudes y prácticas sobre LV en el personal de salud no médico, médico, líderes comunitarios y promotores de salud. En cuanto al conocimiento relacionado con el concepto, clasificación, síntomas y agente causal, no se encontró diferencias estadísticas significativas entre el tipo de personal ($X^2=0,6508$; $p 0,6870$). Igualmente para los componentes forma de transmisión, vectores y reservorios involucrados y para la atención y tratamiento.

Los médicos tienen mayor intencionalidad para atender al enfermo sin prejuicio social ni temores a riesgos infecciosos (88,89%) demostrado por su declaración "*Es mi deber con los pacientes*", al compararlo con los otros dos tipos de personal encontramos diferencias estadísticas altamente significativas, con un valor calculado de X^2 de 10,7725 ($p 0,0046$). Al evaluar cómo relacionarse con un enfermo de LV y las sugerencias emitidas al enfermo y familiares, también los médicos manifestaron mejor actitud, evidenciando significancia estadística respecto a otros tipos de personal ($X^2=9,1509$; $p 0,0103$). Igual significancia, arrojó al averiguar sobre el modo de actuar ante la evidencia de vectores; el uso de repelentes, insecticidas, medidas de higiene, lámparas para eliminar insectos y cortinas fueron las principales sugerencias formuladas.

Para el personal médico, las prácticas para el control de reservorios son la herramienta básica para disminuir la frecuencia de aparición de la enfermedad (66,67%), sin embargo, no arrojó discrepancias estadísticas al contrastarlos con el personal no médico de salud y líderes comunitarios y promotores de salud. Este punto, está influido por la relación afectiva de los habitantes con los caninos domésticos.

Para las prácticas de prevención y control no se evidenció significancia estadística por tipo de personal. Sin embargo, el grupo de mayor representación (66,67%) son los líderes comunitarios y promotores de salud quienes declararon conocer y aplicar o aceptar las actividades individuales y/o comunitarias.

Aproximación diagnóstica de capacidades y potencialidades locales para el control de LV

La estandarización del discurso de los cinco informantes claves, permitió conocer que actualmente, el programa aplicado en el Estado, no es capaz de satisfacer todas las demandas de la comunidad porque las estrategias nacionales de mejoramiento ambiental no contemplan el nivel local como un espacio de intervención preferencial. Más bien, la tendencia es resolver los problemas ambientales desde una perspectiva macro, sin desarrollar suficientemente las soluciones en el nivel local, especialmente por la debilidad institucional y la falta de gestión ambiental del nivel municipal.

A nivel regional existe capacidad y potencialidades para el control de LV, en el área de estudio, se identificaron los "mecanismos o instrumentos de control", para el conjunto de medidas de prevención (Tabla 4). De allí que, las estrategias de educación y comunicación sobre la enfermedad son de particular interés para el empoderamiento comunitario y adherencia a las prácticas sanitarias requeridas.

La prevención de nivel secundario, para la reducción del daño y mortalidad, las medidas de uso corriente comprenden fundamentalmente el diagnóstico, el tratamiento oportuno de los casos y la eliminación de reservorios animales (caninos) posibilitando la reducción de las fuentes de infección. Otras actividades como educación para la salud son cumplidas en forma incidental e insuficiente, del mismo modo que el manejo del ambiente domiciliario para la eliminación de basureros que sirvan de criaderos para los vectores.

En la intervención II, mediante la aplicación de la herramienta de conformación de "Grupos Focales de Discusión", se logró integrar la estructura del pensamiento de los cuatro conjuntos sobre "Cómo educar y cómo participar en el control de LV". De esta manera, se incentiva la construcción de aprendizaje y estímulo al trabajo que involucre transformación social, a partir de la revisión de los significados que se le asignan a determinados elementos de LV.

Se logró la comprensión integral del proceso salud-enfermedad, a partir de un análisis espacial

Tabla 3. Conocimiento, actitudes y prácticas en personal de salud, líderes comunitarios y promotores de salud.

Aspecto Cognoscitivo	Tipo de Personal	Intervención I					
		SI	No	% SI	IC 95%	X ²	p
Conocimiento Transmisión, Vector y Reservorio	Concepto,	PS	7	9	43,75	19.793-70.122	0,6508 0,6870
	Clasificación,	M	5	4	55,56	21.201-86.300	
	Síntomas y Etiología	LCyPS	2	4	33,33	4.327-77.722	
	Reservorio	PS	6	10	77,50	15.198-64.565	
		M	6	3	66,67	29.930-92.915	
	Atención y Tratamiento	LCyPS	2	4	33,33	4.327-77.722	
		PS	6	10	37,50	15.198-64.565	
		M	5	4	55,56	21.201-86.300	
		LCyP	2	4	33,33	4.327-77.722	
	Actitudes	Enfermo	PS	4	12	25,00	
M			8	1	88,89	51.750-99.719	
Comportamiento Social		LCyP	2	4	33,33	4.327-77.722	
		PS	5	11	31,25	11.017-58.662	
		M	8	1	88,89	51.750-99.719	
		LCyP	2	4	33,33	4.327-77.722	
Vector		PS	5	11	31,25	11.017-58.662	
		M	8	1	88,89	51.750-99.719	
		LCyP	2	4	33,33	22.278-95.673	
		PS	3	13	18,75	4.047-49.646	
Prácticas	Reservorio	M	6	3	66,67	29.930-92.915	5,7863 0,0554
		LCyP	2	4	33,33	4.327-77.722	
	Prevención	PS	5	11	31,25	11.017-58.662	
		M	5	4	55,56	21.201-86.300	
		LCyP	4	2	66,67	22.278-95.673	
		PS	5	11	31,25	11.017-58.662	
	Control	M	5	4	55,56	21.201-86.300	
		LCyP	4	2	66,67	22.278-95.673	

M= Médico, PS= Otros personal de la salud, LCyP= Líderes comunitarios y promotores de salud

Tabla 4. Composición tecnológica del control de LV y nivel de importancia atribuido a las intervenciones (Nivel Regional) .

Mecanismos/Instrumentos de Control		
Agotamiento infección	Control vectorial	Educación/Participación Comunitaria
Acciones con el Hombre 1. Detección pasiva de casos 2. Vigilancia médica activa 3. Diagnóstico precoz 4. Tratamiento de casos Control de hospederos y reservorios 1. Evaluación serológica de animales domésticos 2. Eliminación perros callejeros 3. Vigilancia fauna doméstica y sinantrópica	Bionomía Rociamiento con Insecticidas residuales Vigilancia entomológica	Educación Participación Comunitaria Autoprotección 1. Repelentes 2. Mosquiteros 3. Mallas 4. Espirales
Nivel de Intervención		
ALTO en el hombre MEDIO en hospedadores y reservorios	MEDIO A BAJO	BAJO

Tabla 5. Aspectos integradores de capacitación y el nivel de importancia atribuido.

Aspectos Integradores	Importancia atribuida				Total	
	Escala 1 a 7 puntos				Puntos	%
	M	PS	LCyP	H		
Concepto	7	7	6	5	25	89,29
Clasificación y Síntomas	7	7	6	6	26	92,86
Etiología	7	7	6	5	25	89,29
Modo de Transmisión	7	7	5	5	24	85,71
Vector	7	7	5	5	24	85,71
Reservorio	6	6	4	4	20	71,43
Atención	7	7	6	6	26	92,86
Tratamiento	7	7	7	6	27	96,43
Control	7	7	6	5	25	89,29

M= Médico, PS= Otros personal de la salud, LCyP= Líderes comunitarios y promotores de salud, H= Habitantes

estratificado de la comunidad sujeta de estudio, que pudo plasmarse objetivamente en mapas básicos o temáticos (Tabla 5), evidenciando los aspectos integradores de capacitación y el nivel de importancia atribuido por cada grupo. Por otra parte, se identificaron los factores generadores de problemas para la implementación del control de LV, enmarcados fundamentalmente en el paradigma biologicista unicausal, descritos a continuación:

- Poca difusión de normativas y procedimientos del PNCLV.
- Un programa de capacitación, control de calidad de diagnóstico, vigilancia y control con recursos humanos, físicos y financieros adecuados.
- Deficiente sistema de notificación que permita tomar decisiones para la acción, efectivas en tiempo.
- Poco impacto de la investigación operacional adaptada a los escenarios nacionales con rigor metodológico, y rápida difusión de resultados y transferencia al Programa Nacional.
- Ausencia de estrategia de comunicación eficaz, atenta a la diversidad cultural
- Poco consenso con los actores, que priorice los puntos comunes en lugar de señalar las diferencias, para lograr el objetivo programático y responsabilidad indelegable del estado.
- Necesidad de enfatizar en la curricula de pregrado y post-grado el tema de Leishmaniasis.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la idea de la multi-causalidad ha enriquecido el abordaje de los problemas de salud y ha favorecido que los investigadores sanitarios adopten paulatinamente métodos y técnicas que hasta ahora eran de uso exclusivo de los sociólogos. Incluso las propias agencias de investigación sanitaria y los planes de promoción de la investigación amplían sus prioridades hacia dimensionar de manera amplia los problemas que van desde lo conductual a lo social o lo cultural, lo cual favorece tanto la formación de equipos transdisciplinarios como la polivalencia de los investigadores en cuanto al uso de métodos y técnicas. El método de investigación etnográfica particularista, se fundamentada en el enfoque complejo, este último

signado por un mundo global que interconecta pensamientos y fenómenos, sucesos y procesos y donde los contextos físicos, biológicos, psicológicos, lingüísticos, sociales, económicos, ambientales son recíprocamente interdependientes, representando una vía alternativa para combinar métodos de investigación tanto de corte cualitativo como cuantitativos.

Entonces ¿Se podría pensar que la teoría, de la complejidad puede dar respuestas sobre la LV que todavía no tenemos? La medicina, hoy empieza a contemplar a la naturaleza, al hombre y a la sociedad en forma integral, bajo la óptica de la biología evolutiva, los sistemas complejos adaptativos.⁸ Especialmente en el campo de la salud pública, que hoy es encauzado desde la amplia perspectiva social. Entonces proponemos ver la salud pública, desde la perspectiva compleja, concertando métodos que proveen entendimiento adicional y abre posibilidades diferentes de manejo de la realidad social y comunitaria.

La aproximación intersubjetiva y construcción de escenarios socioculturales en el área de riesgo de LV, sirvió para describir patrones de interacción entre iguales y extrapolar esos patrones a procesos sociales, a contextos específicos de generar nuevas categorías de análisis con el fin de poder conocer la LV desde "otra mirada" e incentivar la participación en las actividades de vigilancia y control. De allí que, en concordancia a García^{9,10} y García y Borges¹¹ la aplicación de diferentes métodos para prevenir la enfermedad es reportada en ambos momentos de intervención con diferencias proporcionales, si este dato es analizado solamente desde la perspectiva numérica podría no significar una señal positiva en el marco de un programa de educación comunitaria del PNCLV, pero si se compara desde el enfoque complejo, con las formas de vida de la misma gente entrevistada guarda relación, y representa una señal positiva de la intervención. Estas apreciaciones no guardan relación con el esfuerzo del equipo de salud local en la ejecución de diferentes programas de control. Ya que todas las actividades actualmente se centran en el paradigma biologicista, es necesario que el paradigma de educación para la salud propuesto tiene su orientación filosófica en la promoción y calidad de vida de la población, sustentado en un marco de políticas públicas y de salud, es la clave que conlleva aproximación intersubjetiva, y así se puede internalizar y aplicar acciones de educación para la salud desde la comprensión de los diferentes indicadores de desarrollo social que favorecen la presencia de LV en las diferentes comunidades.

Se concluye que este método etnográfico particularista, permitió una aproximación intersubjetiva

y oportuna en la construcción de escenarios socioculturales, sirvió para describir patrones de interacción entre iguales de manera de trasladar esos patrones a procesos sociales, a contextos específicos a fin de generar nuevas categorías de análisis y así poder conocer la LV desde "otra mirada"; considerando los factores socioeconómicos y ambientales, mas la percepción de los integrantes de la comunidad sobre el proceso de enfermedad.

La población incrementa su vulnerabilidad a contraer la enfermedad, debido que los menores de 18 años tienen mayor riesgo de infección, principalmente niños de 1 a 5 años de edad. Las viviendas presentan una infraestructura sanitaria pobre; las condiciones de saneamiento básico son deficientes en lo relacionado con la disposición de excretas, teniendo en cuenta que hasta la segunda intervención el 100% de las viviendas no cuentan con este servicio y disponen sus heces a campo abierto o vierten a un río cercano.

Otro aspecto valorado es la tenencia de caninos domésticos, censando 43 y 46 animales, en las viviendas encuestadas, con edades comprendidas entre algunos meses y cinco años. Además, el 100% de las familias contaban con animales domésticos en áreas contiguas a las viviendas.

Por último, debemos asumir que el desafío hacia el cambio de esta realidad, es caminar hacia la perspectiva de de políticas integrales de promoción, educación y calidad de vida de las poblaciones endémicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Silveira C. Principios del control de endemias, con especial referencia a las enfermedades de transmisión vectorial (ETVs). *Biomedicina*. 2005; 1 (1): 28-37.
- 2) Morse J. *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia: Antioquia. Colombia. 2003.
- 3) Zerpa O, Ulrich M, Convit J. Programa control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela. MSDS-UCV- Instituto de Biomedicina. Caracas- Venezuela. 2003; 64.
- 4) McKernan J. *Investigación-acción y currículum*. Ediciones Morata., S. L. Primera edición. 1999; 36.
- 5) Izasa D, Restrepo N, Arboleda M, Casas E, Ineztroza H & Yugarqui T. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la Costa del Pacífico de Colombia. *Boletín Epidemiológico OPS*. 1999; 6: 177-184.
- 6) Ander-Egg E. *Método y Técnicas de Investigación Social IV. Técnicas para la recogida de datos e información*. Buenos Aires. Argentina: Lumen. 2003.
- 7) Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública de México*. 2000; 42(4): 337-348.
- 8) Curiel A. *Investigación socioambiental: Paradigmas aplicados en salud ambiental y educación ambiental*. Universidad de Guadalajara, Instituto de Medio Ambiente y Comunidades Humanas, Cuerpo Académico de Salud Ambiental y Desarrollo Sustentable. México. 2008.
- 9) García J. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México DF: Interamericana McGraw-Hill/ Organización Panamericana de la Salud. 1990.
- 10) 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. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 23(1): 575-583.
- 11) García B, Borges R. Evaluación de conocimientos de la Leishmaniasis visceral en comunidades intervenidas con el programa de control. Municipios Díaz y Gómez -Isla de Margarita de Estado Nueva Esparta. Venezuela. *Espacio Abierto*. 2010; 19(1): 79-92.