

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS ACERCA DE LA
LEISHMANIASIS EN LAS VEREDAS MEDIO ROBLAL Y LAS MERCEDES DEL
MUNICIPIO DE TELLO HUILA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2007**

**MARITZA CASTRO MEDINA
MIGUEL ARMANDO MOSQUERA GORDILLO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA**

NEIVA

2008

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA
LEISHMANIASIS EN LAS VEREDAS MEDIO ROBLAL Y LAS MERCEDES DEL
MUNICIPIO DE TELLO HUILA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2007**

MARITZA CASTRO MEDINA

MIGUEL ARMANDO MOSQUERA GORDILLO

**Tesis de Grado presentada como requisito para
Optar al título de Especialista en Epidemiología**

Director: Mag. DOLLY CASTRO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

NEIVA

2008

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Neiva, Agosto de 2008

DEDICATORIA

A nuestras familias por su constante y permanente apoyo para sacar adelante esta especialización

MARITZA CASTRO MEDINA
MIGUEL ARMANDO MOSQUERA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Comunidad de las veredas Bajo Roblal y Las Mercedes en el Municipio de Tello – Huila

A la Administración del Municipio de Tello – Huila, por el suministro de información relativa al proyecto

A la Directora de Tesis, Señora Dolly Castro, Jefe del Departamento de Epidemiología, por su colaboración y apoyo.

A todas las personas que nos colaboraron, por su constante apoyo y sus valiosas orientaciones.

A nuestras familias.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	16
1. ANTECEDENTES	18
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	22
3. JUSTIFICACION	24
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
5. MARCO TEORICO	28
6. DISEÑO METODOLOGICO	38
6.1 TIPO DE ESTUDIO	38
6.2 LUGAR	38
6.3 POBLACION Y MUESTRA	39
6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	39
6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION	46
6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
6.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46

	Pag
6.8 PRUEBA PILOTO	47
6.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACION	47
6.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO	48
6.11 FUENTES DE INFORMACION	48
6.12 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	48
6.13 ASPECTOS ETICOS	48
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
7.1 ANALISIS VARIABLES SIGNIFICATIVAS	60
8. DISCUSION	61
9. CONCLUSIONES	64
10.RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFIA	68
LISTA DE ANEXOS	78
Anexo A. Cronograma de trabajo del año 2006.	79
Anexo B. Cronograma de trabajo del año 2007.	80
Anexo C. Presupuesto	82
Anexo D. Ubicación Geofigura del Municipio de Tello (Huila)	83
Anexo E. Anexo de Tabla Actitudes por parte de las Poblaciones de Medio Roblal y las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis En los meses de octubre a noviembre del año 2007.	84

Anexo F. Anexo de Tabla Prácticas por parte de las Poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis En los meses de octubre a noviembre del año 2007. **86**

Anexo G. Anexo de medios de participación por parte De las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes Del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis En los meses de octubre a noviembre del año 2007
89

Anexo H. Encuesta de conocimientos actitudes y prácticas acerca de la Leishmaniasis; Veredas del Medio Roblal y Las Mercedes, Tello Huila Segundo Semestre 2007. **91**

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Caracterización de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) durante los meses de octubre y noviembre del 2007.	50
Tabla 2. Análisis conocimiento por parte de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis en los meses de octubre a noviembre del año 2007.	52

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. ¿Dónde encuentra información de salud?	57
Figura 2. ¿Cuándo tiene dudas a quién le pregunta?	58
Figura 3. ¿Cuándo fue la última vez que vio/leyó sobre la Leishmaniasis?	58
Figura 4. ¿Cuándo fue la última vez que escucho sobre la Leishmaniasis?	59
Figura 5. ¿En que lugar conversa usted sobre temas de salud?	59

ABSTRACT

Although the first descriptions can be traced from the Leishmaniasis to many hundreds of years, one of the first more important clinical descriptions dates of 1756 for Alejandro Russell that follows an exam of a Turkish patient. The Leishmaniasis is known for a lot of time in Colombia described as an illness that affects the natives, of the warm and humid areas, that it destroys the nose. In the year of 1872 it was described for the first time in Colombia by the Dr. Indalecio Camacho B, later to they were described it several clinical cases for different investigating Mateus and Franco 1883; Cadena 1885, Pinto 1899, the ministry of health informs around 6.500 annual cases of Leishmaniasis according to data given in the epidemiologic bulletin 2006. In the Department of the Huila the Leishmaniasis is a pathology of endemic character showing epidemic cycles with an each 10 year-old rhythm, it finishes it declared epidemic it happened approximately between 1993 and 1996 with a total of 1500 cases, the affected municipalities were Tello, Baraya, Rivera and Neiva, of agreement with this behaviour a new epidemic cycle was probably expected in the years 2003 and 2004; according to the Secretary's of Departmental Health registrations it was evident a slight increase of cases notifying a total of 195; in the year 2006 a marked decrease of these is denoted with regard to previous years due to this behaviour they were carried out actions of prevention and control of this pathology with the bednets supply impregnated with insecticide to avoid the sting of the mosquito transmitter.

In the Department of the Huila has been carried out the control of the vector by means of fumigation to the interior of the housings and the bednets implementation impregnated with insecticide, although they were carried out evaluations of type entomologic that seek to determine the residual time of the insecticides that they are used (lambdacyhalotrine), they had not been carried out studies on the knowledge, practical and attitudes on the part of the rural population's inhabitants, that can become a valuable tool in political of control of the illness to give sostenibility to the implementation of these types of programs.

Therefore with our investigation we are able to evaluate the basic knowledge of the illness, the practices for their prevention and attitudes toward the control methods on the part of the population of the villages Medio Roblal and Las Mercedes.

The survey KAP was used (knowledge, attitudes and practical), for the gathering of the information, and analyzed under Likert's scales. The variables

described in the survey understood aspects social-demographics, knowledge, attitudes, practical, communication and social participation.

The results of the KAP, show that a great percentage of those interviewed knows like it is transmitted, and the factors that increase the transmission.

This evidences that people of the study area have certain knowledge about presentation of the illness and cares, but they continue assuming behaviours of risk because they don't present attitudes of self-care.

Key words: *Lutzomyia longipalpis* - colombia - visceral leishmaniasis, Visceral Leishmaniasis; Risk Factors; Knowledge; Disease Prevention; Health Knowledge, Attitudes, Practice

RESUMEN

Aunque pueden rastrearse las primeras descripciones de la *Leishmaniasis* a muchos centenares de años, una de las primeras descripciones clínicas más importantes data del año 1756 por Alejandro Russell que registra un examen de un paciente turco. La *Leishmaniasis* es conocida desde hace mucho tiempo en Colombia, descrita como una enfermedad que afecta a los indígenas de las zonas cálidas y húmedas, que destruye la nariz. En el año de 1872 fue descrita por primera vez en Colombia por el Dr. Indalecio Camacho B, posterior a ello se describieron varios casos clínicos por diferentes investigadores: Mateus y Franco 1883, Cadena 1885, Pinto 1899; el ministerio de salud informó alrededor de 6.500 casos anuales de *Leishmaniasis* según datos suministrados en el boletín epidemiológico 2006.

En el Departamento del Huila la *Leishmaniasis* se ha convertido en una patología de carácter endémico mostrando ciclos epidémicos con una periodicidad de cada 10 años, la última epidemia declarada ocurrió entre 1993 y 1996 con un total de 1500 casos aproximadamente, los municipios más afectados fueron Tello, Baraya, Rivera y Neiva, de acuerdo con este comportamiento se esperaba un nuevo ciclo epidémico probablemente en los años 2003 y 2004; según los registros de la Secretaria de Salud Departamental se evidenció un ligero aumento de casos notificando un total de 195 casos; en el año 2006 se denota una marcada disminución de los casos con respecto a años anteriores debido a este comportamiento se realizaron acciones de prevención y control de esta patología con el suministro de toldillos impregnados con insecticida para evitar la picadura del mosquito transmisor de la *Leishmaniasis*.

En el Departamento del Huila se ha realizado el control del vector por medio de fumigación al interior de las viviendas y la implementación de toldillos impregnados con insecticida, aunque se han realizado evaluaciones de tipo entomológico que pretenden determinar el tiempo de residualidad de los insecticidas que se utilizan (lambdacyhalotrina), no se han realizado estudios sobre los conocimientos prácticos y actitudes por parte de los habitantes de la población rural que puede ser una herramienta valiosa en políticas de control de la enfermedad para dar sostenibilidad de la implementación de estos tipos de programas.

Por consiguiente con nuestra investigación podemos evaluar el conocimiento básico de la enfermedad, las prácticas para su prevención y actitudes hacia las medidas de control por parte de la población de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes.

El estudio CAP fue usado (los conocimientos, actitudes y prácticas), para la recolección de la información, y analizado bajo las escalas de Liker. Las variables descritas en el estudio abarcaron los aspectos sociodemográficos, conocimientos, actitudes, prácticas, la comunicación y la participación social.

Los resultados del CAP, muestra que un gran porcentaje de los encuestados conoce como se transmite la *Le*, y los factores que aumentan la transmisión.

Esto evidencia que las personas del área del estudio tienen cierto conocimiento sobre la presentación de la enfermedad y sus cuidados, pero continúan manifestando conductas de riesgo porque adoptan actitudes de auto cuidado.

Palabras claves: leishmaniasis visceral- leishmaniasis- Colombia- *Lutzomyia longipalpis*- factores de riesgo en leishmaniasis; conocimientos; prevención de la enfermedad. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud

INTRODUCCION

En los últimos años el panorama mundial ha estado enmarcado por la prevalencia de las enfermedades transmitibles las cuales afectan principalmente a los países subdesarrollados, en este ámbito se encuentran las llamadas enfermedades emergentes y re emergentes ocupando los lugares más importantes en dichos países.

El concepto de enfermedades infecciosas emergentes fue acuñado en 1992 por el instituto de medicina de los Estados Unidos.

Las enfermedades emergentes son aquellas recién descubiertas las cuales causan serios problemas de salud local o internacional. En los últimos 20 años se han descubierto más de 30 nuevos gérmenes productores de nuevas enfermedades o síndromes; en 1992, un informe publicado por el Instituto de las Naciones Unidas, evidenciaba que la lucha contra estas enfermedades distaba mucho de ser un éxito¹.

Como enfermedades reemergentes se consideran aquellas supuestamente controladas, en franco descenso o prácticamente desaparecidas, que vuelven a construir una amenaza para la salud pública y que reaparecen en proporciones endémicas. Entre las cuales tenemos la leishmaniasis, la tuberculosis; en parte asociado con la aparición de la infección con el VIH a nivel mundial, el dengue que se ha expandido a la mayoría de los países de América Latina, algunas dadas por problemas de orden social y otros por problemas de orden económico.

La emergencia o reemergencia está influenciada además por el deterioro de la infraestructura de la salud pública, los cambios demográficos, el crecimiento de la población, los cambios conductuales, crecimiento poblacional, las alteraciones ecológicas como lo son la deforestación, migraciones forzadas y no forzadas dando el traslado de microbios de una región a otra asociado al transporte de mercancías.

En el pasado las enfermedades transmisibles fueron una importante causa de morbimortalidad, pero en el tercio del siglo XIX se descubrieron muchos de sus agentes causales, sus reservorios, fuentes de infección, mecanismos de transmisión con lo que condujo a desarrollar y adoptar medidas preventivas que

¹ OSTROFF S. Epidemiología global de las enfermedades infecciosas. En: Mandell G. Enfermedades infecciosas. Principios y prácticas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2002. p. 215-216

permitieron junto con el desarrollo económico y social, disminuir su incidencia y sobre todo su mortalidad en países en desarrollo.

Durante las dos últimas décadas la leishmaniasis ha ido creciendo con una notable extensión geográfica y un mayor número de casos notificados, creando en muchos países un problema de salud pública o empeorando el existente, en fechas recientes han ocurrido epidemias severas de leishmaniasis visceral frecuentemente mortales, en el este de África y en el subcontinente indio.

Las leishmaniasis cutánea y visceral son relacionadas con las modificaciones del medio ambiente y el desarrollo económico, en especial con los procesos de urbanización, los nuevos procesos agrícolas, la deforestación, las migraciones, las familias que viven en deficientes condiciones sanitarias con animales domésticos, los trabajadores deforestan la selva primaria para abrir nuevas vías de comunicación todos ellos se encuentran expuestos a la picadura de los vectores infectados².

En ausencia de vacuna, la OMS recomienda para la lucha contra la leishmaniasis un diagnóstico precoz seguido de el tratamiento inmediato, asociado a las medidas de para el control de los vectores y reservorios. Como la leishmaniasis presenta gran diversidad clínica y epidemiológica en lo que se refiere al parásito, el vector y al reservorio humano y/o animal, es de primera importancia un buen nivel de vigilancia difundiendo su conocimiento.

Para poder alcanzar un impacto importante en la reducción de la enfermedad se debe concientizar a las comunidades para que asuman un compromiso con el control y mantenimiento de bajos índices de infección, ya que lo más difícil en una comunidad es cambiar sus hábitos y estilos de vida.

Es de vital importancia el conocer que impacto han tenido la difusión de las características de la enfermedad, su agente etiológico, su forma de transmisión, los métodos de control y prevención de la enfermedad; conocer si los conocimientos son adecuados, sus prácticas se convierten en actitudes de auto cuidado, que medios de comunicación son los más ampliamente usados por la comunidad.

Con esta información poder enfocar políticas de control y prevención las cuales involucren aún más la comunidad y mejorar el perfil epidemiológico de la población logrando de una manera más directa llegar al control de esta enfermedad.

² GRIMALDI G, Tesh RB, MAHON-PRATT D.A. The geographic distribution and epidemiology Of leishmaniasis in the new world. Am J Tropic Medicine Hyg review (on line), 1989, vol. 41 No 6.687-723.

1. ANTECEDENTES

Hasta los años 70 los esfuerzos por la OMS y países desarrollados estuvieron dirigidos al control de las enfermedades transmisibles, obteniendo éxitos importantes entre los que se encuentran la eliminación del Paludismo en amplias zonas del planeta y la erradicación mundial de la Viruela, no siempre está claro si se trata de enfermedades nuevas, o de enfermedades que siempre han existido y que ahora han aumentado su frecuencia o extensión pero se trata de nuevos problemas de salud³.

El impacto de estas enfermedades es enorme, en el ámbito social, económico, dependiendo en muchas ocasiones de factores entre los que se destacan, problemas de ámbito social y de orden público como lo son desplazamientos forzados, marginación social, esto se suma que el agente infeccioso se introduce en una nueva población y se disemina en diferente espacio geográfico, este proceso ha ocurrido desde principios de la humanidad sumado a nuevos factores como los que se encuentran:

- ✓ Si el reservorio del agente es zoonótico, factores ecológicos favorecen su paso al hombre.
- ✓ Las migraciones desde el campo a las ciudades favorecen la diseminación de la infección.
- ✓ El rápido crecimiento de las ciudades hace que las infraestructuras de saneamiento y los servicios de salud pública resulten insuficientes, favoreciendo la diseminación de la nueva infección.
- ✓ Las ciudades como nudos de comunicaciones pueden facilitar la ulterior diseminación de la enfermedad, por vía terrestre, aérea o marítima.
- ✓ Viajes y comercio internacional, movimiento internacional de bienes y personas: Malaria de los «aeropuertos»; diseminación de los mosquitos vectores.
- ✓ Tecnología, industria, globalización de la alimentación.
- ✓ Cambios demográficos y del comportamiento como el crecimiento de población y las migraciones a las ciudades que en general generan pobreza, hacinamiento, drogadicción, etc.

³ OSTROFF S. Op.cit., p. 215-216.

- ✓ Las infecciones transmitidas por mosquitos y otros artrópodos se favorecen por la extensión de la superficie de aguas estancadas, donde crecen estos vectores.
- ✓ Los cambios climáticos también influyen en la emergencia de las enfermedades infecciosas. La leishmaniasis, La malaria, el dengue y las encefalitis víricas son algunas de las enfermedades más sensibles al aumento de las temperaturas, ya que acelera la tasa reproductiva, aumenta la distribución geográfica de los mosquitos vectores, y acorta el período de incubación de los patógenos.

Durante las dos últimas décadas la leishmaniasis ha ido creciendo con una notable extensión geográfica y un mayor número de casos notificados, creando en muchos países un problema de salud pública o empeorando el existente, en fechas recientes han ocurrido epidemias severas de leishmaniasis visceral frecuentemente mortales, en el este de África y en el subcontinente indio.

Las leishmaniasis cutánea y visceral son relacionadas con las modificaciones del medio ambiente y el desarrollo económico, en especial con los procesos de urbanización, los nuevos procesos agrícolas, la deforestación, las migraciones, las familias que viven en deficientes condiciones sanitarias con animales domésticos, los trabajadores deforestan la selva primaria para abrir nuevas vías de comunicación todos ellos se encuentran expuestos a la picadura de los vectores infectados.

En ausencia de vacuna, la OMS recomienda para la lucha contra la leishmaniasis un diagnóstico precoz seguido de el tratamiento inmediato, asociado a las medidas de para el control de los vectores y reservorios⁴. Como la leishmaniasis presenta gran diversidad clínica y epidemiológica en lo que se refiere al parásito, el vector y al reservorio humano y/o animal, es de primera importancia un buen nivel de vigilancia difundiendo su conocimiento.

Aunque pueden rastrearse las primeras descripciones de la Leishmaniasis a muchos centenares de años, una de las primeras descripciones clínicas más importantes data del año 1756 por Alejandro Russell que registra un examen de un paciente turco. La enfermedad, entonces normalmente conocida como "Aleppo boil"⁵, se describió como "Una cicatriz fea que permanece a través de la vida y durante muchos meses de color lívido. Raramente da dolor." Afecta a los nativos cuando ellos son niños, y generalmente aparece en la cara, aunque también tienen algunas lesiones en sus extremidades. En los extranjeros, aparecen normalmente algunos meses después de su llegada a un área

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Conclusiones y recomendaciones. En: Promoción de estrategias para el estímulo de la participación comunitaria y la educación popular en el control del dengue a través de la comunicación social. Lima: OPS; 2000. p. 51-52

⁵ Leishmaniasis; background information; WHO.com. 2002

endémica; Se han encontrado representaciones de lesiones superficiales y las deformidades faciales en las alfarerías pre-incas de Ecuador y Perú que fechan al primer siglo DC. Ellos son la evidencia de la presentación de la Leishmaniasis cutánea y mucocutánea⁶.

La Leishmaniasis es conocida desde hace mucho tiempo en Colombia, descrita como una enfermedad que afecta a los indígenas de las zonas cálidas y húmedas, que destruye la nariz. En el año de 1872 fue descrita por primera vez en Colombia por el Dr. Indalecio Camacho B, posterior a ello se describieron varios casos clínicos por diferentes investigadores: Mateus y Franco 1883, Cadena 1885, Pinto 1899⁷; el Ministerio de Salud informó alrededor de 6.500 casos anuales de Leishmaniasis según datos suministrados en el boletín epidemiológico 2006^{8,9,10}.

En Colombia se cuenta con algunos estudios donde se relacionan los conocimientos y prácticas de la población de Costa Pacífica como el realizado en 1997 por las doctoras Diana M Isaza y Berta N Restrepo, quienes tomaron población de ambos sexos, mayores de 14 años, en siete comunidades del departamento del Chocó, mediante una encuesta dirigida de 10 preguntas cerradas; tomando en cuenta el conocimiento básico de la enfermedad dando como resultados: un buen conocimiento en la enfermedad, adecuado conocimiento de su modo de transmisión y deficiente conocimiento del agente etiológico, adicionalmente se evidenciaron variedades de tratamiento entre las cuales priman los métodos caseros, y como último recurso, se dirigen al puesto de salud para manejo farmacológico.

En mayo del 2006, se realizó la evaluación de conocimientos en forma indirecta por medio de una evaluación del PAB¹¹ (Plan de Atención Básica), en las zonas rurales de Santander, realizado por los doctores Laura A Rodríguez-Villamizar, Luis C Orozco-vargas y Gerardo Muñoz-Mantilla, donde se evidenciaron los conocimientos, las actitudes y prácticas de esta población tomando como base los conocimientos suministrados por este programa; concluyendo que quienes conocen la enfermedad son los que la han padecido.

⁶ CEDILLOS RA, Walton BC. Leishmaniasis: special situations in other areas of the Americas. En: Research on Control Strategies for the Leishmaniasis. IDRC CDDI CIID Manuscript Report 184e. Ottawa. IRDC, 1988, p 156-61.

⁷BEAVER, Paul Ch., Rodney Clifton J, Eddie Wayne C. Parasitología Clínica;; 2a ed; Salvat editores; 1986; 67-87

⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Boletín epidemiológico 2006

⁹ Revista Panam Salud Pública/Pan Am J PublicHealth 6(3), 1999

¹⁰ Revista del Instituto Nacional de Salud; Colombia ; 2005; vol. 25; 167-168

¹¹ Revista Salud Pública V8. supl. 1 Bogotá; mayo 2006

Se encuentran artículos sobre descripción de programas y sus resultados a corto tiempo por el CIDEIM¹² (Fundación Centro Internacional de Entrenamiento en Investigaciones Médicas de Colombia) más el CIMDER¹³ (Fundación Centro de Investigaciones Multidisciplinaria en Desarrollo de la Universidad del Valle) donde se evidencia una reducción del impacto de la enfermedad en 30 veredas del Puerto de Tumaco, en el departamento de Nariño, donde la principal variable estudiada fue el conocimiento de la enfermedad el cual se adquirió por estrategias educativas dirigidas a la comunidad, donde enseñaron a los pobladores métodos tecnológicos para evitar el contacto con el mosquito, evidenciando una reducción del impacto de la enfermedad en estas comunidades.

La reaparición de brotes de leishmaniasis se relaciona con la falta de control de el vector, el crecimiento de las ciudades, la falta de agua potable y la eliminación inadecuada de desechos, el Municipio de Tello (Huila-Colombia) reúne las condiciones necesarias para la aparición de una epidemia, tales como la presencia de el vector, casos de leishmaniasis autóctonos e importados. Es por esto la necesidad de conocer cuán informadas se encuentran las comunidades, para realizar actividades de promoción y prevención, fortalecer la vigilancia epidemiológica, así como educar a la población; estrategias que son fundamentales para disminuir la incidencia de la enfermedad.

En la actualidad se tiende a la intersectorización, asociada a la participación comunitaria en los programas de prevención, control de las enfermedades transmisibles; los programas de comunicación son fundamentales en todo plan de acción y están basados en la educación para la salud; los cuales han mejorado los conocimientos de las personas frente a la leishmaniasis; no han logrado cambios en el comportamiento.

Cabe anotar la pobre referencia bibliográfica con respecto a estudios de conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la leishmaniasis, se encuentra una amplia variedad de estudios pero referentes a otras enfermedades transmisibles¹⁴.

¹² www.cideim.org.co/leishmaniasis; 2006

¹³ www.cimder.org.co/leishmaniasis; 2006

¹⁴ BENITES-LEITE S, Machi ML, Gilbert E, Rivarola K. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. Rev Chil Pediatr 2002; 73 (1): 4-11

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Departamento del Huila la Leishmaniasis se ha convertido en una patología de carácter endémico mostrando ciclos epidémicos con una periodicidad de cada 10 años, la última epidemia declarada ocurrió entre 1993 y 1996 con un total de 1500 casos aproximadamente, los Municipios más afectados fueron Tello, Baraya, Rivera y Neiva, de acuerdo con este comportamiento se esperaba un nuevo ciclo epidémico probablemente en los años 2003 y 2004. Según los registros de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, se evidenció un ligero aumento de casos notificando un total de 195 casos¹⁵ en el departamento. En el año 2006 se denota una marcada disminución de los casos con respecto a años anteriores.

Debido a este comportamiento se realizaron acciones de prevención y control de esta patología con el suministro de toldillos impregnados con insecticida por parte de la Secretaria Departamental del Huila, para evitar la picadura de la mosca responsable de la transmisión de la Leishmaniasis

El control químico de vectores es una valiosa alternativa para las poblaciones especialmente en casos de epidemias, lo cual se realiza mediante el uso de adulticidas y/o larvicidas en intervenciones colectivas y simultáneas, por el esquema tradicional de aspersiones residuales intra y peri domiciliarias o mediante el uso de mosquiteros impregnados.

En el año 2005¹⁶ se aprecia una ligera disminución en la incidencia registrando un total de 87 casos en el departamento de Huila reporte dado por la Secretaría de Salud Departamental.

En el 2006¹⁷ en las veredas Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello del Departamento del Huila se presentaron 70 casos, esto probablemente como consecuencias de las acciones de control desarrolladas, las veredas mencionadas se consideran endémicas, así mismo se implementaron estrategias de control social de la Leishmaniasis con el uso adecuado de ropa de mangas largas y la utilización de humazos (quema de productos naturales) en los sectores rurales de esos Municipios.

Debido a la disminución de casos las veredas de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello se cree que los medios de control son ampliamente usados y

¹⁵ Boletín entomológico del Huila; Colombia; 2004; 1;14-15

¹⁶ GOBERNACION DEL HUILA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, AREA DE SALUD PUBLICA. Programa de Entrega de Toldillo. 2006

¹⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. Op.cit.

aceptados, pero se desconoce el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad, sus creencias, las actitudes ante la misma y prácticas por parte de la población, para lograr la disminución de la incidencia y prevalencia de la Leishmaniasis en esta zona rural.

Entre otras medidas de control se encuentra el uso de ropa de mangas largas, en el momento de desplazarse y su utilización continúa cuando las personas habitan cerca de una zona de plantación cafetera o de siembra de cacao; la utilización de humazos los cuales se queman en sitio peri domiciliario o intra domiciliario con el fin de desplazar los vectores de lugar donde se enciende este elemento; además de las medidas ambientales como lo son de eliminación de plantas o rastrojos los cuales se encuentren en los alrededores de la vivienda, con el fin de eliminar posibles reservorios.

En el departamento del Huila se han desarrollado campañas de tipo educativas teniendo como fin primordial el reconocimiento de la enfermedad y en algunas de ellas se han realizado entrega de métodos de control como lo son el toldillo impregnado con insecticida y la entrega de insecticida de acción residual para utilización peri domiciliario, tomando como base el conocimiento por parte de la población sobre la enfermedad, su método de transmisión, vector y forma de presentación; por ende se toma la base sobre los conocimientos adquiridos para el buen uso de los métodos de prevención y control en las áreas endémicas de nuestra región.

La finalidad de la investigación es conocer las características de la comunidad, sus conocimientos acerca de la leishmaniasis; así como sus actitudes y prácticas relacionadas con el desarrollo de la enfermedad, conocer la participación por parte de la comunidad; el personal de salud y contribuir a la realización de posteriores políticas y/o acciones para mejorar el perfil epidemiológico.

3. JUSTIFICACIÓN

Durante la última década en Colombia se presentó una tendencia creciente en el número de casos de Leishmaniasis.

Las pérdidas ocasionadas por este evento a la sociedad colombiana en términos de años de vida saludable se estimaron en 198 años por discapacidad y en 168 años por mortalidad, para un total de 366 años perdidos, donde el porcentaje de hombres con la enfermedad es mayor que en las mujeres y es mayor en la población rural comparada con la urbana¹⁸. Existe una tendencia al aumento de la incidencia de la enfermedad en Colombia, con tasas que varían desde 18,3 x 100.000 habitantes en 1985 a 60.92 x 100.000 habitantes en 1995¹⁹; lo cual se explica porque el hombre cada vez penetra más al nicho ecológico propio de los vectores y los reservorios de la Leishmaniasis.

Durante los últimos años se presenta una tendencia al incremento en los casos cutáneos en el país, son principalmente relacionados con la movilidad de la población susceptible causada por el conflicto social que afecta al país, inseguridad y pobreza en el campo, limitada capacidad institucional para la resolución y la sostenibilidad de las acciones de prevención y control, reducida participación intersectorial. Agregando los casos presentados en la población de las Fuerzas Armadas para el 2004 se registraron cerca de 15.000 casos y para el 2005²⁰, 22,000 casos; 99% de la forma cutánea, en el grupo de edad de 15 a 44 años se registro cerca del 80% de los casos; el sexo más afectado es el masculino y el grupo ocupacional los agricultores.

La Leishmaniasis visceral es un problema de Salud Pública que afecta a regiones de características socio ecológicas específicas de 8 departamentos del País; durante el 2004 se registraron 96 casos y durante el 2005 54 casos comprometiendo en orden de frecuencia los departamentos de Córdoba, Bolívar, Sucre, Tolima, Huila, Cundinamarca, Santander y Norte de Santander; sin embargo se considera un subregistro importante relacionado principalmente con las dificultades de acceso al diagnóstico de la enfermedad²¹.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO; Sivigila, 1994 p.18-24

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO; Sivigila, 1995 p.19-25

²⁰ Boletín entomológico del Huila; Op.cit., p.14-15

²¹ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO; Sivigila, 2005; p.19-23

En el Departamento del Huila durante el año 2005 se han reportado un total de 87 casos confirmados por el Laboratorio de Salud Pública de Leishmaniasis de los cuales el 90.5% (67 casos) corresponden a la forma cutánea y 9.5% (7 casos) corresponden a mucocutánea, los Municipios más afectados son: Rivera 31 casos de cutánea mostrando una incidencia de 192.6 x 100.000 habitantes, seguido de Baraya con 11 casos y una incidencia de 119.8 x 100.000 habitantes, Neiva con 11 casos y una incidencia 2.9 x 100.000 habitantes, Campoalegre con 9 casos e incidencia de 29.5 x 100.000 habitantes, Tello con 5²² casos y una incidencia de 30.1 x 100.000 habitantes. Con respecto a la forma mucocutánea se reportaron 7 casos confirmados, 2 provenientes del municipio de Baraya, 2 de Rivera, 1 del municipio de Tello, y 1 del municipio de Campoalegre. Para el año 2006 se denota una marcada reducción en casos con respecto a los años anteriores llegando a una incidencia de 70 casos confirmados²³.

En el Departamento del Huila se ha realizado el control del vector por medio de fumigación al interior de las viviendas y la implementación de toldillos impregnados con insecticida, aunque se han realizado evaluaciones de tipo entomológico que pretenden determinar el tiempo de residualidad de los insecticidas que se utilizan (lambdacyhalotrina), no²⁴ se han realizado estudios sobre los conocimientos, prácticas y actitudes por parte de los habitantes de la población rural que puede ser una herramienta valiosa en políticas de control de la enfermedad para dar sostenibilidad de la implementación de estos tipos de programas.

Por estas razones hemos considerado que aunque se han implementado políticas de control integrado y selectivo de vectores de las Leishmaniasis, no se han realizado evaluaciones de las prácticas y conocimientos de la población para el manejo de las medidas de control y por lo tanto, la problemática sigue latente y es menester conocer el impacto de dichas medidas de control con el fin de dar recomendaciones para implementar programas educativos a la comunidad, para así mismo establecer la sostenibilidad de las medidas y acciones preventivas locales que deben ser adoptadas por la comunidad con el fin de disminuir la morbilidad de este evento en el municipio en estudio y en miras de ser un modelo para implementación de medidas en los demás municipios afectados generando nuevas estrategias que se adapten a sus necesidades.

Nuestro estudio pretende identificar el real impacto de estas campañas, la concepción, los mitos y creencias que prevalecen de la enfermedad por parte de estas comunidades, para mostrar el enfoque al cual próximas capacitaciones y/o campañas deben dirigirse con el objetivo claro de lograr un mayor control de la enfermedad; así mismo se pretende identificar aquellos líderes de la comunidad,

²² Boletín epidemiológico Huila; Colombia; No 4; 19-23; ETV;2006

²³ Ibid., p.19-23

²⁴ Ibid., p.19-23

para capacitarles y facilitarles herramientas vitales para su comunidad, haciendo que la misma tome parte activa, pasando de ser entrevistados a entrevistadores, de hacer una vigilancia pasiva a una activa, dada por sus protagonistas.

Aunque las veredas Medio Roblal y las Mercedes no son las más afectadas por la enfermedad las características socio demográficas nos permitirán extrapolar la información recolectada y las conclusiones, la población por su constante migración la hace disminuir el riesgo de sesgo de selección, además el orden público en el momento de la realización del presente proyecto, no nos permitió acercarnos a otra regiones afectadas por esta patología, principal limitante que encontramos en el departamento del Huila; puesto las áreas más afectadas por la enfermedad son también las más afectadas por el orden público; (autores armados), por este motivo y con ayuda de las autoridades civiles y militares del municipio de Tello (Huila) se planeo y ejecuto el presente estudio en estas veredas que son las más afectadas por esta patología.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de la comunidad; conocimientos, actitudes, prácticas, relacionadas con la Leishmaniasis; y la participación de la comunidad de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) proporcionando posibles recomendaciones para la prevención de la leishmaniasis durante el segundo semestre del 2007.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las condiciones socio demográficas de la población en las veredas de Medio Roblal y las Mercedes.
2. Determinar las prácticas, el tiempo y forma de uso de los métodos de control por parte de los habitantes de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del área rural del Municipio de Tello, Huila.
3. Identificar las actitudes hacia el uso de los mismos por parte de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del área rural del Municipio de Tello, Huila.
4. Establecer el conocimiento sobre la enfermedad, prevención y medidas de control generales por parte de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del área rural del Municipio de Tello, Huila.
5. Identificar los medios de comunicación y difusión más utilizados por la comunidad en las veredas Medio Roblal y las Mercedes.
6. Establecer los medios de participación social y comunitaria más usados por las comunidades de Medio Roblal y las Mercedes.

5. MARCO TEORICO

Se conoce como Leishmaniasis (Le) a un conjunto de manifestaciones clínicas producidas por diversas especies del género *Leishmania*, se considera que al menos 20 especies del género Le, son responsables de las diferentes formas clínicas con las cuales puede presentarse la enfermedad, cutánea (generalizada o difusa)²⁵, mucocutánea y visceral, cada una de ellas con sus distintas peculiaridades.

La identificación de las especies de *Leishmania* ha estado clásicamente basada en el cuadro clínico provocado²⁶, su distribución geográfica y al comportamiento en el laboratorio en cultivo de material biológico o inoculado a animales de experimentación²⁷.

Desde el año 2001 se han diseñado estudios en donde se pretende evaluar la eficacia de la impregnación de toldillos con insecticidas; fue probado por el ejército Británico durante ejercicios militares²⁸, dicho estudio fue dirigido hacia el control del vector transmisor de la malaria donde se evidenció la reducción en el número de picaduras y por ende una forma efectiva del control de éste²⁹.

En India se realizó un estudio similar, el cual proponía el uso de insecticida intra domiciliario en el control del vector transmisor de la Leishmaniasis. como medida peri domiciliaria, sus puntos a mención son la relación costo-efectividad y la resistencia natural de algunos vectores a los insecticidas, puesto que algunos de los insecticidas usados muestran una disminución de la efectividad en su eliminación, en algunos casos se ve la necesidad de reimpregnación de los Domicilios³⁰ y los sitios de viviendas donde se asientan los vectores; pero la

²⁵ RESTREPO, Angela y ROBLED, Jaime. Fundamentos de medicina; enfermedades infecciosas quinta edición; 1999 p.563-568.

²⁶ BOTERO, David. Parasitosis Humana. Tercera edición, 1998. p. 228-239

²⁷ CENINI P, Berhe N, Hailu A, McGinnes K, Frommel D. Mononuclear cell subpopulations and cytokine levels in human visceral leishmaniasis before and after chemotherapy. J Infect Dis 1993; 168 p. 986-93.

²⁸ A. M. croft, D. Baker, M. J. Von Bertele; Med Trop 2001; 61. p.91-98

²⁹CELLA M, Scheidegger D, Palmer-Lehmann K, Lane P, Lanzavecchia A, Alber G. Ligation of CD40 on dendritic cells triggers production of high levels of interleukin-12 and enhances T cell stimulatory capacity: T-T help via APC activation. J Exp Med 1996; 184. p.742-52.

³⁰ CROFT SL, Coombs GH. Leishmaniasis – current chemotherapy and recent advances in the search for novel drugs. Trends Parasitol 2003; 19: p.502-508.

aceptación por parte de la población no es la adecuada puesto que el olor que ellos despiden no es agradable, lo cual conlleva a que la población no lo use³¹³².

En Colombia contamos con un estudio que pretende evaluar la aceptación por parte de la población, el cual se realizó en Boyacá³³ por las Doctoras Cristina Ferro, Erika Santamaría y Cristina Carrasquilla; donde tomaron 30 días posterior a la entrega de toldillos impregnados con insecticida, evidenciando una adecuada aceptación por parte de la población; en el 88% de las visitas a las viviendas se registro que los toldillos se encontraban puestos y eran usados más de 5 noches por semana y se evidenció una alta mortalidad o repelencia de los mosquitos, adicional 10% de las personas presentaron reacciones adversas dadas por irritación ocular, estornudos, flujo e irritación nasal y de piel.

La Leishmania es un parásito protozoario que presenta las siguientes formas:

- ✓ **AMASTIGOTA:** inmóvil, se presenta en el microscopio óptico y tras la tinción con colorantes habituales, se observa un cuerpo oval, de longitud y anchura que oscilan respectivamente entre 3-5 μm y de 1,5- 2,5 μm . En su citoplasma, teñido de un color azulado, se observa un núcleo voluminoso y esferoidal, generalmente excéntrico, un kinetonúcleo próximo al núcleo de aspecto basilar o bastoniforme, este kinetonúcleo es la observación conjunta, al microscopio óptico, del blefaroplasto del flagelo y de una mitocondria modificada o kinetoplasto, siendo esta ultima estructura la que dé el nombre al grupo de protozoos de los kinetoplastida. Tanto en el núcleo como en el kinetonúcleo presenta una coloración violácea.
- ✓ **PROMASTIGOTE:** fusiforme, extracelular y móvil, presenta un tamaño superior, su talla varía entre los 10-30 μm de largo y los 1,5- 3 μm de ancho. Si bien en el examen en fresco solo puede observarse un largo flagelo libre en su región anterior, su tinción permite observar, además, la presencia de un núcleo oval central y un kinetonúcleo bastoniforme claramente pre nuclear, además en 1979 se demostró que el parásito presenta en el tubo digestivo del vector otro estadio flagelado, distinto al promastigote, al que se le denomino paramastigota debido a la situación lateral del kinetoplasto respecto al núcleo.

Su ciclo de vida se da en el paso del parásito al vector; el cual tiene lugar cuando las hembras de los Phlebotomos los cuales se dirigen al hospedador vertebrado

³¹CRUZ, Israe;, NIETO, Javier y MORENO, Javier. Leishmaniasis/HIV co-ifeccion in the second decade. Indian Journals of Medicine.(online) march 2006 (cited 10 december 2007). Avialbe Indian J Med res 123.

³² CHRISTENSEN H.A., HERRERA. actracctivensess of sentimel´s animals of leishmaniasis in Panama. American Journal of Tropic medicine. (online). Mayo 2005. (cited 4 sept/06). Avialbe from www.Ajtm.com.

³³ Revista del Instituto Nacional de Salud; Colombia; 2005; v 25. p. 167-168

con el objeto de ingerir sangre para alimentarse y poder desarrollar sus huevos, la Le se multiplica bajo la forma amastigota tras la llegada al tubo digestivo del vector y pasa rápidamente a la forma promastigota, la cual se multiplica activamente en el estomago e intestino del vector, finalmente y después de pasar por la forma paramastigota que también sufre procesos de división binaria, los promastigotes metacíclicos, se sitúan en la región bucal o trompa del vector, desde donde pasarán al hospedador vertebrado ^{34, 35, 36, 37} .

Los únicos que transmiten la Leishmaniasis en el nuevo mundo son los dípteros diminutos pertenecientes a la familia Phlebotominae y al género Lutzomyia, La especie debe picar al hombre (antropofilia) y además al hospedero reservorio (zooofilia), el vector debe encontrarse naturalmente en contacto con la misma especie de Leishmania encontrada en el hombre³⁸.

El género Leishmania se ha separado en dos subgéneros: Leishmania y Vianna cada subgénero comprende varios complejos separados por características bioquímicas y moleculares ³⁹

El subgénero Leishmania tiene varios complejos de especies: leishmania donovani especies donovani, infantum y chagasi; leishmania trópica especies trópicas y killicki, leishmania major especies major, leishmania aethiopica especie aethiopica, leishmania mexicana especie mexicana, amazonensis, garnhami, pifanoi, venezuelensis. El subgénero Vianna tiene complejos: braziliensis, peruviana, colombiense, complejo guayanensis especies guayanensis, panamensis, especies lainsoni ^{40, 41, 42}.

Hace poco más de 100 años se describió el papel de los insectos hematófagos como transmisores (vectores) de enfermedades, los únicos insectos que transmiten la Leishmaniasis en el nuevo mundo son dípteros diminutos pertenecientes a la familia Phlebotominae y al género Lutzomyia. La especie debe

³⁴ BMJ 2003; 326: p.377-382

³⁵ Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas; Quinta Edición; 1999. p.563-568

³⁶ BOTERO, Op.cit. p.228-239

³⁷ PASSOS, VMA; BARRETO, SM; ROMANHA, AJ y col. Leishmaniose tegumentar na Região Metropolitana de Belo Horizonte: aspectos clínicos, laboratoriais, terapêuticos e evolutivos (1989-1995). Rev Soc Bras Med Trop 2001; 34. p.5-12

³⁸ SALOMON, OD. Leishmaniosis: vectores y brotes epidémicos en Argentina. En: Salomón OD (ed). Actualizaciones en Artropodología Sanitaria Argentina. Buenos Aires: Fundación Mundo Sano, Buenos Aires, 2002 (en prensa)

³⁹ BASUALDO, M; MURACCIOLE D.; RODRIGUEZ C. Leishmaniosis y la información. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60 (supl III): 65.

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. Plan Nacional de Control; Normas Técnico administrativas; 1994

⁴¹ BOTERO, Op.cit. p.228-239

⁴² Fundamentos de Medicina. Op.cit. p.-568

picar al hombre (antropofila) y además al hospedero reservorio (zoofilia). El vector debe encontrarse naturalmente en contacto con la misma especie de le encontrada en el hombre ^{43,44}.

Los mosquitos son insectos con un ciclo de vida típico de este tipo de organismos, inicia con un huevo que se deposita sobre la superficie del suelo húmeda, cuando la incubación del huevo termina sale una larva en forma de gusano segmentado que se alimentan de microorganismos del suelo, la larva se alimenta activamente y crece por “muda” lo cual consiste en que se quita su esqueleto externo para crecer y genera uno nuevo más grande que le dura hasta la siguiente muda, este proceso se repite cuatro veces al cabo de las cuales la larva se mete en un “capullo” (pupa) el cual es extraordinario por varias razones, no se alimenta y en él se realiza la metamorfosis; en él la mayor parte de los tejidos de la larva son digeridos para que unos pequeños grupos de células (discos imaginales guardados en el cuerpo de la larva) se nutran y desarrollen dando lugar al adulto, que al salir del capullo en unos minutos empiezan a volar. Las moscas adultas presentan varias diferencias entre los sexos, por una parte los machos presentan antenas plumosas que sirven para localizar señales químicas (feromonas) presentes en el aire, secretadas por la hembra y que les permiten localizarlas para la reproducción, otra diferencia muy importante es que las hembras además de néctares, también puede alimentarse de sangre, por lo que su aparato chupador y sus glándulas salivales, entre otras cosas son diferentes a los machos. Las hembras necesitan consumir sangre, sin la cual la mayoría de las especies de moscas no son capaces de poner huevos o bien pueden poner unos cuantos de “menor calidad” solo para que la especie sobreviva^{45, 46, 47, 48}. Durante la alimentación de los moscas hembras puede ocurrir que si el huésped tiene sangre infectada por algún agente infeccioso pasa a la mosca, transitando por el tubo digestivo, se desarrolla y/o multiplica primero en el intestino medio (estomago) y viajará por la cavidad del cuerpo del insecto hasta llegar a las glándulas salivales. Ya en este órgano se prepara para ser inyectado al huésped vertebrado durante la siguiente picadura, en la búsqueda de alimento. Las glándulas salivales producen

⁴³ CHRISTENSEN, H.A; HERRER, A. Atractiveness of sentinel's animals of leishmania in Panama, American Journal of Tropical Medicine; 22. p.578-584

⁴⁴ SOSA, Estani S; SALOMON, OD. Aspectos clínicos, epidemiológicos y entomológicos de la transmisión de la leishmaniosis en la República Argentina. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). 2002; (<http://www.siicsalud.com/main/expinv.htm>).16. Yadón ZE , Quigley MA, Davies CR

⁴⁵ CLEMENTS ,1992.

⁴⁶ JHA TK, Sundar S, Thakur CP, Bachmann P, Karbwang J, Fischer C, et al. Miltefosine, an oral agent, for the treatment of Indian visceral leishmaniasis. N Engl J Med 1999; 341: 1795-800.

⁴⁷ KAGER PA, Rees PH, Welde BT, Hockmeyer WT, Lyerly WH. Allopurinol in the treatment of visceral leishmaniasis. Trans R Soc Trop Med Hyg 1981; 75 : 556-9.

⁴⁸ KARPLUS TM, Jeronimo SMB, Chang H, Helms BK, Burns TL, Murray JC, et al. Association between the tumor necrosis factor locus and the clinical outcome of Leishmania chagasi infection. Infect Immun 2002; 70: 6919-25.

sustancias bioactivas al menos de tres tipos, anticoagulantes, antiplaquetarios y vasodilatadores; las cuales son mezcladas con la sangre para facilitar la alimentación, además se producen otras sustancias, que modifican la conducta de las células del sistema inmune de los vertebrados (tipo citocinas), algunas aglutinan a las bacterias y que podrían infectarlas (lecitinas), otras destruyen la pared celular de los microorganismos (pépticos antimicrobianos) y otras que aun no sabemos sus funciones^{49, 50, 51, 52}.

En Colombia las medidas de control contra la Leishmaniasis dependen de los hábitos de alimentación y de reposo de los vectores que son de distintos tipos, entre ellas se encuentran las aspersiones de insecticidas de tipo residual en el interior de las viviendas, la utilización de anjeos en puertas y ventanas para evitar el ingreso del vector al domicilio, el uso de repelentes y el uso de toldillos impregnados con insecticida^{53,54} de acción residual donde se tiene como ingrediente activo la lambda-cyhalotrina, el cual es un piretroide semisintético creado y desarrollado en Inglaterra siendo el más efectivo a dosis muy bajas, la lambda-cyhalotrina ha sido evaluada muy exitosamente por la OMS en usos ocupacionales contra el Dengue, La Enfermedad de Chagas, y otras enfermedades transmitidas por vectores, registrado y utilizado por más de 100 países incluido Colombia, Ecuador, Perú, EEUU, Francia, Reino Unido y también muchos países tropicales de ASIA, África y América Latina.

Un estudio comparativo sobre eficacia de varios piretroides en impregnación de toldillos demostró que en telas de Nylon son más efectivos que la deltametrina y 200 veces más potente que la permetrina a nivel CI50⁵⁵, la liberación gradual del ingrediente activo prolonga la eficacia residual por muchos meses sobre todo tipo de telas, la micro cápsula protege el ingrediente activo sobre las telas permitiendo su permanencia después de cinco ciclos de lavado; la tecnología de

⁴⁹ RODRIGUEZ Y HERNANDEZ HERNANDEZ; 2005

⁵⁰ FRANK FM , FERNANDEZ MM, CAFFARO CE et al. Caracterización de la infección por Leishmania pp. en el Chaco salteño: respuesta humoral, infección doble con T. cruzi y especies de Leishmania involucradas. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60 (Supl.III): P.86-87

⁵¹KURTZHALS JA, Hey AS, Theander TG, Odera E, Christensen CB, Githure JI, et al. Cellular and humoral immune responses in a population from the Baringo. District, Kenya to Leishmania promastigote lipophosphoglycan. Am J Trop Med Hyg 1992; 46. P.480-488.

⁵²KUHLENCORD A, Maniera T, Eibl H, Unger C. Hexadecylphosphocholine: oral treatment of visceral leishmaniasis in mice. Antimicrob Agents Chemother, 1992; 36. P.1630-1634.

⁵³ Boletín epidemiológico Huila; Op.cit, p.19 24

⁵⁴ Fundamentos de Medicina. Op.cit., p.563 568

⁵⁵ JHA TK, Sundar S, Battacharya SK, Shinha PK, Thakur CP, paranomicyn as a new cure for visceral leishmaniasis; preliminary result of a phase III randomized controlled trial of efficacy and safety. Third world. Congress on leishmaniasis. Palermo-Terrasini, Sicily (Itali) 10-15 april, 2005. p.2205-2233.

microcapsulación reduce la toxicidad y la irritación, manteniendo una excelente actividad insecticida.

Esta última medida ha sido ampliamente utilizada para el control de la Leishmaniasis en los departamentos endémicos, como en el departamento del Huila se han generado estudios pilotos para el control de esta enfermedad utilizando la fumigación intra domiciliaria y el uso de toldillos impregnados con insecticida de tipo piretroide, mostrando resultados favorables en la disminución de la densidad del vector al ingresar a la vivienda.

Los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública⁵⁶ en el anexo de control de enfermedades transmitidas por vectores hace énfasis en la capacitación de las comunidades⁵⁷, el estudio de los casos confirmados y en el manejo que se debe realizar en cuanto a saneamiento ambiental, fortalecimiento para el fácil acceso a los servicios de detección temprana, atención y tratamiento, introducción a nuevos esquemas de tratamientos y seguimiento de la resistencia a medicamentos; jornadas de capacitación al personal de salud para la implementación de nuevos esquemas de tratamientos de vectores; implementación de la estrategia de movilización y comunicación social (COMBI), ampliación red de microscopia en zona rural dispersa y estrategia de entrenamiento a promotores; fortalecimiento de la estrategia de control selectivo de vectores en los Municipios a riesgo mediante la caracterización de la población, fortalecimiento y estratificación del riesgo en la localidad, levantamiento del índice vectorial, y planificación del control selectivo⁵⁸; es decir las medidas de prevención y control, para disminuir su impacto. También se hace mención sobre la intersectorización, desarrollando un Plan Nacional de Asistencia Técnica para Implementación de las Acciones de Inspección, Vigilancia y Control de los Riesgos Sanitarios del Ambiente y Saneamiento Básico en los Departamentos y Distritos, al igual que la reglamentación, regulación y formulación de las políticas, normas jurídicas y técnicas, planes, proyectos, guías o modelos integrales que contribuyan con el logro de la salud y calidad de vida⁵⁹.

Al igual que disponer de diagnóstico adecuado y tratamiento para así lograr un control integral e integrado de la enfermedad.

Las encuestas CAP brindan información básica para la planeación y evaluación de programas educativos. Sin embargo, sus resultados se enriquecen con los estudios de enfoque cualitativo y de estudios epidemiológicos.

⁵⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA; Ley 112 del 2007

⁵⁷ Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia, Bogotá D.C., 2004

⁵⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA. LEY 112 del 2007

⁵⁹ Ibid

- Conocimientos: Implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero, también como comprensión y análisis.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada. El conocimiento brinda un significado a las actitudes y prácticas (Bond, 2003).

- Actitudes: Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada.

Serie de conceptos (valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones y otros). Las actitudes son adquiridas y no heredadas; El nivel socio- económico y/o educacional, la ocupación, la edad, tienen influencia sobre las actitudes (Bond, 2003)

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales.

Conociendo las actitudes de una persona con respecto a algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes son dinámicas y que existen más de una para cada situación.

Las definiciones se agrupan en tres categorías:

1. Las que acentúan el aspecto afectivo de una actitud. Es un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objeto.
2. Las definiciones que sostienen que una actitud constituye una predisposición o tendencia a actuar de una manera determinada.
3. Las definiciones que toman en cuenta que una actitud tiene tres diferentes tipos de componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual.
4. Las actitudes no son directamente observables, sino que tienen que ser inferidas a partir de las respuestas de los individuos. Las actitudes pueden ser confundidas fácilmente con hábitos y motivos. La diferencia fundamental es que aquéllas, además de ser una disposición de conducta, incluyen también el conocimiento y la visión del mundo de una persona.

En la medición de actitudes, los cuestionarios y las escalas son adecuados cuando las personas investigada; capaz de comprender las preguntas que se les hacen, tienen suficiente conciencia de sí mismos y del tema como para comunicar

la información necesaria, responden con honestidad a las preguntas sin distorsionar deliberadamente sus respuestas.

Los tipos de preguntas más frecuentemente utilizadas en cuestionarios son las cerradas y las abiertas.

Las cerradas con posibilidades predeterminadas de respuesta tienen la ventaja de permitir mayor uniformidad y confiabilidad, así como de mayor facilidad de codificación.

Las abiertas son más flexibles y posibilitan obtener una más amplia información sobre aspectos tan diversos como ambigüedad, ausencia de conocimiento e intenciones verdaderas del entrevistado, a la vez que permiten detectar y aclarar falsas interpretaciones. Sus claras desventajas son su baja economía temporal y la eventual dificultad de su codificación.

Otro instrumento metodológico para medir actitudes son las escalas.

Se denomina escala a un conjunto de preguntas a las que un individuo puede responder expresando grados de acuerdo o desacuerdo. Las preguntas o reactivos de una escala tienen un número predeterminado de respuestas, las cuales resultan en un puntaje que coloca al individuo en un lugar del continuo de intensidad del acuerdo o desacuerdo.

Las escalas para medir el grado de acuerdo o desacuerdo son las más utilizadas en la investigación de actitudes. Ellas contienen una serie de afirmaciones positivas o negativas acerca de un objeto o situación y una gradación de opciones de respuesta. Las opciones de respuesta reciben un puntaje escalonado de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La suma de los puntos obtenidos en cada pregunta da como resultado el puntaje total de un individuo en la escala. Así, puntajes altos reflejarán una actitud favorable; puntajes bajos, una actitud desfavorable.

Estas escalas, están expuestas a ciertas desventajas, tales como la tendencia de algunas personas a responder siempre de una manera determinada; por ejemplo, a dar respuestas extremas o a estar siempre de acuerdo

Otro procedimiento metodológico para medir actitudes por escala, es el diferencial semántico.

Objeto. Consiste de una serie de adjetivos y sus antónimos (con su respectiva gradación de cinco o siete posiciones), con los que se evalúa el objeto actitudinal, el cual puede ser una palabra o una frase.

La persona marca con una X su respuesta, la cual es un indicador de la intensidad de su impresión sobre el objeto actitudinal. Las respuestas reciben puntajes de 1 (polo negativo) a 5 (polo positivo). Los pares de antónimos deben invertirse al azar para evitar cansancio y la tendencia a responder solo en una dirección. El promedio de los puntajes es considerado una expresión de la actitud de una persona hacia un objeto. Cada concepto aparece en una hoja separada con el mismo conjunto de adjetivos. Las posibilidades de análisis son múltiples. Ya que se tienen conceptos, escalas y sujetos, los puntajes pueden ser analizados para indagar diferencias entre conceptos, entre escalas y sujetos, o bien entre combinaciones de estas variables.

- Prácticas: El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se definen como una respuesta establecida para un situación común (Bond, 2003).

El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimento algo, está desarrollando una actitud de modo correcto o incorrecto.

El campo de estudio de las encuestas CAP lo constituyen los factores cognoscitivos, psicológicos y de comportamiento que determinan los factores de riesgo.

Los estudios epidemiológicos a su vez, estudian los factores de riesgo asociados a la adquisición de la infección, aquellos que determinan que las personas infectadas progresen hacia la enfermedad, y probablemente las características de la enfermedad misma.

Desde la perspectiva de las CAP, el conocimiento de los factores de riesgos asociados a la enfermedad, es importante puesto que son los que determinan la probabilidad de un individuo infectarse.

Las encuestas CAP investigan el proceso por medio del cual, los conocimientos y habilidades se transforman en comportamientos de auto-cuidado constantes a lo largo del tiempo.

La interrelación entre actitudes y conocimientos determinará las prácticas, lo que no ocurre necesariamente en forma secuencial debido a que estas últimas pueden anteceder a las actitudes o a los conocimientos.

La presencia de actitudes o conocimientos favorables tampoco asegura comportamientos de auto-cuidado. También es importante mencionar que este proceso estará determinado por el contexto demográfico y sociocultural, los medios de comunicación, la estructura comunitaria y la estructura individual.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta el problema planteado se diseñó un estudio de carácter descriptivo de corte transversal, donde no existe manipulación del factor de exposición, por ende se describen los conocimientos existentes acerca de la etiología o de las características de la enfermedad; se toman variables de conocimientos básicos de la enfermedad, actitudes hacia la enfermedad y prácticas de control y erradicación de la enfermedad; el vector causante de la Leishmaniasis por parte de las poblaciones rurales de las veredas Medio Roblal y las Mercedes del Municipio de Tello; generando una hipótesis por medio de los hallazgos encontrados.

6.2 LUGAR

Tello se encuentra ubicado a 22 Km. de Neiva con una altitud de 575 metros sobre el nivel del mar, su temperatura es de 26 grados centígrados, limita al norte con Baraya y Villa vieja, al oriente con Meta y Caquetá, occidente con Aipe y Neiva, al sur con Neiva, tiene una extensión de 557.19 km² siendo mayor la extensión del área rural que la urbana, albergando 16.854 habitantes de los cuales el 23% viven en área urbana (4.926) y el 70.77% viven en el área rural (ANEXO D).

Su población es predominantemente masculina, residen en casas las cuales el 89% cuentan con energía eléctrica, el 67% con acueducto, 44% con alcantarillado, el promedio de habitantes por casa es de 4.5, la edad promedio de los habitantes es de 5 a 24 años de los cuales el 51% tienen escolaridad primaria, 21% secundaria y el 18% no tienen escolaridad, se presentan movimientos poblacionales por migraciones definitivas, laborales, desplazamientos forzosos, el municipio es netamente ganadero y agricultor y en menor proporción artesanal.

La vereda Roblal se divide en Alto, Medio y Bajo; la cual se ubica en la zona de montaña, encontrándose diferentes niveles de humedad y pluviosidad; se cuenta con una población distribuida de la siguiente manera Alto 413,62 hectáreas 47 predios los cuales albergan a 321 habitantes; Medio 677,68, hectáreas 54 predios los cuales albergan a 358 habitantes y Bajo 498 hectáreas 53 predios los cuales albergan a 249 habitantes.

La vereda Las Mercedes presenta una población de 266 habitantes, distribución geográfica similar.

6.3 POBLACION Y MUESTRA

Tomando en cuenta la población de las veredas Medio Roblal y las Mercedes se calcula la muestra necesaria para la realización del presente proyecto con base en staticcal de EPI INFO 3.3.2.

El tamaño de la población 624 habitantes comprendiendo las veredas Medio Roblal y Las Mercedes, dividiendo el porcentaje en cada una de ellas con una frecuencia esperada de la enfermedad del 50% y una confiabilidad del 95%; peor resultado 40, se tomara una muestra de la vereda Medio Roblal de 47 Habitantes, y de Las Mercedes de 38 habitantes los cuales son distribuidas al azar tomando su distribución geográfica dentro del mapa de cada una de estas veredas; se entrevistará a la persona mayor de 15 años que se encuentre en el domicilio en el momento de la encuesta .

6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION (indicador)
SOCIODEMOGRÁFICAS.	Son las que permiten identificar y ubicar a la persona encuestada.	Vereda.	Medio Roblal Las Mercedes	Nominal.
		Ocupación.	Ama de casa Jornalero Vaquero Mayordomo Cuidador Otro	Nominal
		Edad.	Años	Razón
		Genero.	Femenino Masculino Analfabeta Primaria completa	Nominal

		Nivel escolar.	Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta Universitario Otros	Ordinal
		Número de personas por casa.	Número	Razón
		Tiempo de residencia en la vereda.	Días Meses Años	Nominal
		Fecha de la encuesta.	Día Mes Año	Nominal
CONOCIMIEN TOS.	Son las que permiten evaluar el entendimiento adquirido a partir de la información recibida por parte del encuestado.	Conocimiento de la enfermedad.	SI NO	Nominal.
		Factores que contribuyen a la presentación de la leishmaniasis.	Viaja constantemente a Baraya, Rivera Campoalegre. Personas enfermas. Presencia de la mosca. Otros. No sabe no responde. Malestar General Brotos	Nominal
		Síntomas presentados por la leishmaniasis.	Dolor de Cabeza Ulceraciones en la Piel Todas Ninguna No Sabe No Responde	Nominal
		Prevención de la enfermedad.	Vacuna Matar la Mosca Fumigando Uso de Humazos Desyerbe Todos No sabe No responde	Nominal
		Características del vector	Conoce usted donde nace el vector	Nominal

CONOCIMIENTOS.	Son las que permiten evaluar el entendimiento adquirido a partir de la información recibida por parte del encuestado.	Si la respuesta es afirmativa donde y como se cría		Nominal
		Métodos de control	Uso de Toldillo Uso de Insecticida Uso de Ropa de Mangas Largas	Nominal
PRÁCTICAS.	Son las que permiten evaluar el uso continuado, su periodicidad a partir de la información recibida por el encuestado.	Realiza usted el lavado de los canales.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
		Usted realiza Desyerbe y Poda de Jardines.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Práctica de métodos de control	Fumiga usted la casa y su entorno.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Práctica de métodos de control	Usted utiliza toldillos al dormir.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
		Usted utiliza toldillos durante el día.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Practica métodos de prevención	Su familia (Padre, Madre, Hijos) utiliza toldillos al dormir.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
		Su familia	Nunca	Ordinal

PRÁCTICAS.	(Padre, Madre, Hijos) utiliza toldillos durante el día.	Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	
	Usted utiliza ropa de mangas largas para realizar trabajos.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Usted utiliza ropa de manga larga al dormir.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Usted utiliza ropa de manga larga a toda hora.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Su familia (Padre, Madre, Hijos, Hermanos) utilizan ropa de manga larga durante jornadas de trabajo.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Su familia (Padre, Madre, Hijos, Hermanos) utilizan ropa de manga larga durante el día.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
	Su familia (Padre, Madre, Hijos, Hermanos) utilizan ropa de manga larga durante la noche.	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal

		Si el equipo de salud desea revisar su casa para comprobar que no hay criaderos de moscas ¿usted aceptaría?	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuente Siempre	Ordinal
ACTITUDES.	Son las que permiten evaluar las actitudes hacia la enfermedad y hacia la forma de prevención de la enfermedad.	Las medidas de control de la Leishmaniasis son útiles	Totalmente desacuerdo. en Desacuerdo. de Medianamente acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		El desyerbe funciona para la eliminación de criaderos.	Totalmente desacuerdo. en Desacuerdo. de Medianamente acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		El uso de ropa de mangas largas es útil para prevenir la Leishmaniasis	Totalmente desacuerdo. en Desacuerdo. de Medianamente acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		La fumigación es útil para el control y la eliminación de la Leishmaniasis	Totalmente desacuerdo. en Desacuerdo. de Medianamente acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		El usar toldillo previene la Leishmaniasis	Totalmente desacuerdo. en Desacuerdo.	Ordinal

ACTITUDES			Medianamente de acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	
		Realizar campañas de capacitación es útil para prevenir la Leishmaniasis	Totalmente desacuerdo. Desacuerdo. Medianamente de acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		La información que ha recibido de las campañas de capacitación de la Leishmaniasis es completa.	Totalmente desacuerdo. Desacuerdo. Medianamente de acuerdo. De acuerdo Totalmente de acuerdo.	Ordinal
		Si algún familiar fuese diagnosticado de Leishmaniasis debe ser tratado en primera instancia por Medico Farmaceuta Remedios caseros.	Totalmente desacuerdo. Desacuerdo. Medianamente de acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo	Ordinal
	Son las que permiten evaluar el uso continuado, su periodicidad a partir de la información recibida por el encuestado.			
	Práctica de métodos de control	Si a usted le diagnostican Leishmaniasis; otras personas deberían enterarse	Totalmente desacuerdo. Desacuerdo. Medianamente de acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	Ordinal
	La Leishmaniasis	Totalmente desacuerdo.	Ordinal	

		es una enfermedad que requiere un cuidado minucioso	Desacuerdo. Medianamente de acuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.	
COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		En donde encuentra información de salud en su vereda.	Puesto de salud Tienda Farmacia Salón comunal Parque/plaza Iglesia Otros Ninguno	Nominal
	Son las que permiten determinar los patrones de consumo de medios masivos, las redes de comunicación y espacios de encuentros de las personas con líderes comunitarios, médicos y personal experto sobre la leishmaniasis	Cuando tiene dudas sobre temas de salud a quien le pregunta	Médico Familiares Esposo Vecina Promotora Compañeros de trabajo otros	Nominal
		Cuando fue la ultima vez que vio/leyó en medios de comunicación sobre una campaña de la Leishmaniasis	Hace una semana Dos semanas Un mes Seis meses Un año No recuerda Nunca	Ordinal
		En qué lugar conversa sobre temas de salud generalmente	Casa Puerta de la casa Sala de la casa Parques Puesto de Salud Iglesia Salón Comunal Tienda Hospital Trabajo Nunca No Sabe No Contesta	Nominal

6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION.

Puesto que se trata de un estudio descriptivo no se encontrarán variables de confusión puesto no hay exposición- efecto el cual pueda crear dichas variables.

6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se utilizó la encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), a través de la cual se realizó la recolección de la información.

La recolección de la información se realizó por medio de una encuesta dirigida cerrada; la cual se realizó en viviendas de las veredas de Medio Roblal y las Mercedes del municipio de Tello por el personal que conforma el equipo de trabajo; las cuales fueron aleatorizadas previamente encuestando a la persona de mayor edad (mayor de 15 años) que pueda dar respuestas a las preguntas definiendo hogar a la conformación dada por padre, madre, hijo(s) y/o hermanos dado el caso que el se encuentre en ese momento sea una persona mayor de 15 años, los cuales se analizaron bajo las escalas de Liker, para conocimientos, actitudes y prácticas bajo la supervisión de un psicólogo el cual no tendrá ninguna vinculación con el proyecto.

6.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las encuestas CAP investigan el proceso por medio del cual, los conocimientos y habilidades se transforman en comportamientos de auto-cuidado constantes a lo largo del tiempo.

La encuesta CAP consta de 5 grupos de variables: aspectos socio demográficos (permiten la identificación y caracterización de la persona encuestada) presenta 7 ítems; conocimientos (evalúan el entendimiento adquirido) además con 9 ítems; sobre prácticas 14 ítems (evalúan el uso continuado, y la destreza adquirida para su uso) y 11 ítems sobre actitudes (evalúan la disposición de la persona encuestada) adicional se destinan 5 ítems los cuales hacen énfasis en los medios de comunicación y participación de la comunidad sobre temas de salud en general.

Se diseñó y se aplicó el instrumento de recolección de información denominado “Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas la Leishmaniasis en las veredas Medio Robal y las Mercedes del Municipio de Tello 2007”. El cual consta de un protocolo para su diligenciamiento. Se establecieron variables descritas en la encuesta como:

- Aspectos Socio demográficos.
- Conocimientos.
- Actitudes.
- Prácticas.
- Comunicación y participación social

La encuesta fue elaborada por un médico, una bacterióloga, un odontólogo con el apoyo de un psicólogo. Este es el único instrumento elaborado para la recolección de la información que aporta la comunidad (Anexo H).

6.8 PRUEBA PILOTO

Se realizó en la población de Tello en un período comprendido en un día (fin de semana) a 20 personas tomadas al azar en la plaza central del Municipio de Tello, donde toda la población es homogénea puesto que la mayoría de personas de las veredas se desplazan a esta localidad en el fin de semana; se realizó por el grupo investigador en su totalidad.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto, el grupo investigador analizó los resultados y procedió a hacer los ajustes necesarios para que la encuesta fuese entendible a toda la comunidad.

6.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACION.

Se realizó por medio del programa EPI INFO 3.3.2.

Se crearon plantillas de acuerdo con el formato de la encuesta. Se realizó un análisis de frecuencia, comparación de las variables expuestas en forma de tablas o gráficas, los cuales son descritos más adelante.

6.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Los datos recolectados y tabulados; fueron organizados sistemáticamente, permitiendo la interpretación de los resultados obtenidos, mediante un análisis descriptivo, se analizan en tablas donde las variables más representativas de los conocimientos, actitudes y prácticas, obteniendo resultados donde buscan posibles asociaciones de la presentación de la enfermedad y los datos obtenidos.

6.11 FUENTES DE INFORMACION

Se utilizaron fuentes primarias; por medio de encuesta dirigida cerrada a través de entrevistas a las personas de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello.

6.12 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Se conto con el apoyo de los entes civiles y militares de la localidad se dialogo con el señor alcalde y se obtuvo el permiso para la realización del presente estudio, además de contar con la colaboración para la seguridad durante la movilización de los encuestados por parte de la Policía Nacional.

La socialización de los resultados se llevará a cabo cuando la publicación de el presente estudio se realice, dejando consignada la entrega del material publicado a la alcaldía del Municipio de Tello (Huila), y su difusión se dará en las veredas encuestadas; realizando una reunión en el salón comunal para la divulgación de los resultados obtenidos, para lograr concientizar e involucrar aun mas a la comunidad para que vean las falencias en las que más recurren las comunidades.

6.13 ASPECTOS ETICOS.

Desde el punto de vista ético ésta es una investigación sin riesgos para los participantes, para las instituciones de Salud del Municipio, ni para la Universidad.

Se cuenta con el permiso de las autoridades civiles y militares para la realización del presente estudio habiendo entendido que no pondrá en peligro la integridad física de los participantes.

Se emplearon técnicas y métodos de investigación en donde no se realizaron intervenciones intencionales en los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos o sociales de las personas que participaron en el estudio. Se utilizó la encuesta voluntaria para la adquisición de la información, se respetó la dignidad y la privacidad de la población encuestada. Las personas estaban en uso de sus condiciones mentales adecuadas.

Se obtuvo la aprobación de las autoridades de salud municipal.

Se publicarán los resultados de la investigación manteniendo la exactitud de los datos y resultados.

7 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En los meses de octubre a noviembre del 2007 se aplicó una encuesta CAP a los habitantes de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila). A continuación se presentan los aspectos generales obtenidos.

Tabla 1. Caracterización de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) durante los meses de octubre y noviembre del 2007.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	39	45,90%
Masculino	46	54,10%
Edad		
15- 20	7	8,20%
21-25	12	14,10%
26- 30	10	11,90%
31-35	7	8,30%
36-40	20	23,60%
41-45	11	13,00%
46-50	7	8,30%
51-55	3	3,60%
56-60	5	5,90%
61-75	3	3,60%
Actividad que realiza		
Ama de casa	31	36,50%
Cocinero	2	2,40%
Cuidador	5	5,90%
Jornalero	22	25,90%
Mayordomo	4	4,70%
No contesta	1	1,20%
Otro	14	16,50%
Vaquero	6	7,10%

Número de personas por hogar		
01—3	21	25,70%
04—06	50	59,00%
7—10	14	15,30%
Tiempo de residencia en años		
1—5	4	4,80%
6—10	18	21,30%
11—15	12	14,20%
16—20	16	18,90%
21-25	6	7,10%
26-30	11	12,90%
31-35	6	7,10%
36-40	7	8,20%
41-45	2	2,40%
46-50	2	2,40%
> 50	1	1,20%
Nivel de escolaridad		
Analfabeto	2	2,40%
No Contesta	3	3,50%
Primaria	13	15,30%
Primaria Incompleta	34	40,00%
Sabe Leer y Escribir	16	18,80%
Secundaria	7	8,20%
Secundaria Incompleta	10	11,80%
Total	85	100,00%

En la población muestreada se encuentra una distribución por género en frecuencias similares en las dos veredas. Promedio encontrado en la población estudiada logramos determinar cómo rango de edad 36 – 40 años, núcleos familiares que oscilan de 4 – 5 integrantes por hogar, cuya escolaridad predominante en ellos fue la primaria incompleta, siendo la ocupación más frecuente ama de Casa.

También se estudio el tiempo de residencia: el rango de predominio fue de 6 – 10 años/residencia (21.3%), datos consignados en la Tabla 1.

Tabla 2. Análisis Conocimiento por parte de las poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis en los meses de octubre a noviembre del año 2007.

CONOCE UNA ENFERMEDAD LLAMADA LEISHMANIASIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	1	1,20%
Si	84	98,80%
Total	85	100,00%
SITUACIONES QUE CONTRIBUYEN		
Viaja Constantemente a Rivera, Campoalegre o Baraya	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	59	69,40%
No	26	30,60%
Total	85	100,00%
Presencia de Personas enfermas		
SI	44	51,80%
No	41	48,20%
Total	85	100,00%
Presencia de la mosca		
SI	49	57,60%
No	36	42,40%
Total	85	100,00%
Otros		
No	85	100,00%
Total	85	100,00%

SINTOMAS		
	Frecuencia	Porcentaje
Malestar general		
SI	7	8,20%
No	78	91,80%
Total	85	100,00%
Brotes en la piel		
SI	73	85,90%
No	12	14,10%
Total	85	100,00%
Dolor de cabeza		
SI	6	7,10%
No	79	92,90%
Total	85	100,00%
Ulceras en la piel		
SI	43	50,60%
No	42	49,40%
Total	85	100,00%
Todas		
SI	8	9,40%
No	77	90,60%
Total	85	100,00%
MEDIDAS DE PREVENCIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
Vacuna		
SI	51	60,00%
No	34	40,00%
Total	85	100,00%
Matar la mosca		
SI	10	11,80%
No	75	88,20%
Total	85	100,00%
Fumigación		
SI	26	30,60%
No	59	69,40%
Total	85	100,00%
Uso de humazos		
SI	17	20,00%
No	68	80,00%
Total	85	100,00%
Desyerbe		
SI	8	9,40%
No	77	90,60%
Total	85	100,00%
No responde		
SI	1	1,20%
No	84	98,80%
Total	85	100,00%
MEDIDAS DE CONTROL		
	Frecuencia	Porcentaje
Toldillo		
SI	42	49,40%

No	43	50,60%
Total	85	100,00%
Insecticida		
Si	4	4,70%
No	81	95,30%
Total	85	100,00%
Ropa manga larga		
No	85	100,00%
Total	85	100,00%
Todos		
Si	40	47,10%
No	45	52,90%
Total	85	100,00%
No sabe		
No	85	100,00%
Total	85	100,00%
Conoce dónde nace y se cría la Mosca		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	51,20%
No	41	47,80%
no responde	1	1%
Total	85	100%

Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento nos permite inferir que en la población estudiada es conocida la existencia de la Leishmaniasis; la patología es ocasionada por una mosca, de la cual el 57,6% de la población estudiada desconoce su ciclo vital, cobrando gran importancia la exposición a zonas endémicas; el 69.4% de los encuestado la relacionan con la presencia de úlceras en la piel. Conocen los métodos de control y prevención de la enfermedad en proporciones similares.

Los encuestados conocen la existencia de la enfermedad, el 98.8%. El 91.1 % consideran que el malestar general, las úlceras y/o brotes en la piel guardan relación con los signos y síntomas de la Leishmaniasis entre el 85 y 91%, el dolor de cabeza lo asocian en un 93%. El 60 % consideran la vacunación como un método de prevención de la enfermedad. El 60- 80% de la población encuestada conoce algún método de prevención de la enfermedad; dentro de las medidas de control reconocidas por la población encuestada el 50% coincidieron en el uso del toldillo, entre el 40 y 50 % conocen ningún método de control. Reconocen el vector causante de la leishmaniasis el 51% de la población encuestada

ÁCTITUDES POR PARTE DE LAS POBLACIONES DE MEDIO ROBLAL Y LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE TELLO (HUILA) SOBRE LA LEISHMANIASIS EN LOS MESES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2007.

La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem, si tiene una dirección positiva la puntuación es (+ 2) totalmente de acuerdo (+1) de acuerdo (0) medianamente de acuerdo (-1) en desacuerdo (-2) totalmente en desacuerdo; en caso de que el ítem posea una dirección negativa, la calificación se invierte. Los ítems se presentan en forma de enunciados en cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita la unidad de análisis.

Las actitudes fueron evaluadas con base en la escala de LIKER encontrándose en términos generales que las personas entrevistadas presentan una actitud positiva con respecto a las creencias de control y/o prevención de la enfermedad (Datos obtenidos tabla de actitudes en anexo).

Analizando los datos con base en la calificación obtenida en la escala de liker se encuentra que las actitudes con respecto a los métodos de prevención como lo son el desyerbe (+2) uso de ropa manga larga (+2) uso del toldillo (+2) fumigación (+2) la realización de campañas es útil (+2) las medidas de control y/o prevención son útiles (+2) la leishmaniasis es una enfermedad que requiere cuidado (+2) la información recibida en las campañas es útil (+1); En donde se evidencia una actitud positiva por parte de la población, en los siguientes ítem llama la atención que las creencias con respecto a ellas siguen estando vigentes sobre los nuevos conocimientos como por ejemplo al indagar si una persona debe ser tratada por el médico y/o farmacéuta oscila entre (-1 y +1) al igual que si a usted le diagnostican la leishmaniasis le gustaría que otras personas se enteraran oscilan en puntuaciones similares dentro de la población encuestada, con respecto a si debe ser tratado con remedios caseros (+2).

El análisis de los datos obtenidos revela una población dispuesta a conocer, a ampliar los conocimientos de la enfermedad, resolver dudas, reconocer la utilidad de las campañas de salud y la importancia de la información transmitida.

Es importante señalar que en la población encuestada conservan actitudes que ponen en riesgo la vida del individuo que ha adquirido la enfermedad, esto es evidenciado por la tendencia de las personas a no consultar al personal médico capacitado, al recurrir a remedios caseros para tratar la enfermedad y sobre todo a no considerar la leishmaniasis como una enfermedad importante la cual es incapacitante dejando secuelas importantes en quien la padece.

Aunque se evidencian cambios favorables con respecto a las creencias sobre el control y/o prevención de la enfermedad, el análisis de la información revela que

aunque han interpretado de una forma favorable los conocimientos impartidos por los profesionales de salud encargados de estas áreas, sus creencias están en proceso de cambio. Conservando comportamientos que ponen en riesgo la salud, evidenciando que no consideran importante los cuidados de la enfermedad, el manejo con medicamentos, y sobre todo la consulta oportuna.

PRÁCTICAS POR PARTE DE LAS POBLACIONES DE MEDIO ROBLAL Y LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE TELLO (HUILA) SOBRE LA LEISHMANIASIS EN LOS MESES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2007.

Con respecto a las prácticas o comportamientos para la prevención de la Leishmaniasis el análisis arrojó los siguientes resultados:

La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem, si tiene una dirección positiva la puntuación es (+ 2) totalmente de acuerdo (+1) de acuerdo (0) medianamente de acuerdo (-1) en desacuerdo (-2) totalmente en desacuerdo; en caso de que el ítem posea una dirección negativa, la calificación se invierte. Los ítems se presentan en forma de enunciados en cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita la unidad de análisis.

Analizando los datos con base en la calificación obtenida en la escala de liker se encuentra que las prácticas con respecto a los métodos de control como la recolección y quema basuras (+2) lavado de canales oscila, entre (-2 y 0) poda y desyerbe, oscila entre (-1 y +1) fumiga la casa y su entorno (-1 y 0) utiliza toldillo al dormir, oscila entre (0 y +1) utiliza toldillo durante el día, oscila entre (0 y -1) su familia utiliza toldillos al dormir (0) su familia utiliza toldillos durante el día, oscila entre (0 y -1); usted utiliza ropas de manga larga para realizar trabajos, oscila entre (0 y +2); utiliza ropas de mangas largas para dormir, oscila entre (0 y -2), utiliza usted ropas mangas largas a toda hora, oscila entre (0 y -1) su familia utiliza ropas mangas largas durante jornadas de trabajo, oscila entre (0 y -2) su familia utiliza ropas mangas largas durante el día, oscila entre (-1 y -2) su familia utiliza ropas mangas largas durante la noche, oscila entre (0 y -1) si el equipo de salud desean revisar su casa usted aceptaría, oscila entre (+1 y +2). En donde se evidencia una actitud positiva por parte de la población.

Las poblaciones encuestadas practican de una forma esporádica los métodos de prevención y/o control de la enfermedad, adoptando nuevas actitudes en pro del mejoramiento de su ambiente tanto intra como peri domiciliario.

Aunque el estudio arrojó que la población los conoce ampliamente, es decir su conocimiento es bueno, las actitudes muestran un cambio positivo, pero en el momento la personas de estas comunidades no presentan un uso regular.

En cuanto a la aceptación de los funcionarios, dentro de la comunidad se evidencia que son ampliamente consultados en ambas veredas, son recibidos por la gran mayoría de los habitantes, y se encuentra una buena disposición hacia la realización de campañas/visitas informativas por parte de estas poblaciones.

MEDIOS Y METODOS DE COMUNICACIÓN MAS USADOS POR PARTE DE LAS POBLACIONES DE MEDIO ROBLAL Y LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE TELLO (HUILA) SOBRE LA LEISHMANIASIS EN LOS MESES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2007.

Cuando se indago sobre elementos que posibilitan una comunicación entre las diferentes personas para obtener información sobre problemáticas de salud

Figura 1. ¿Dónde encuentra información de salud?

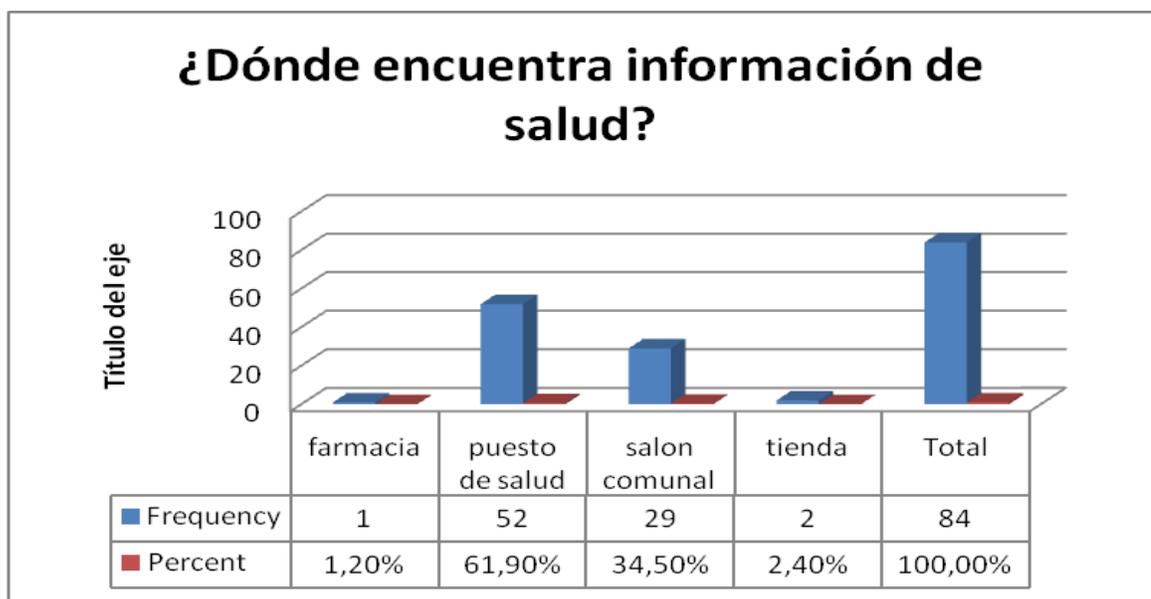
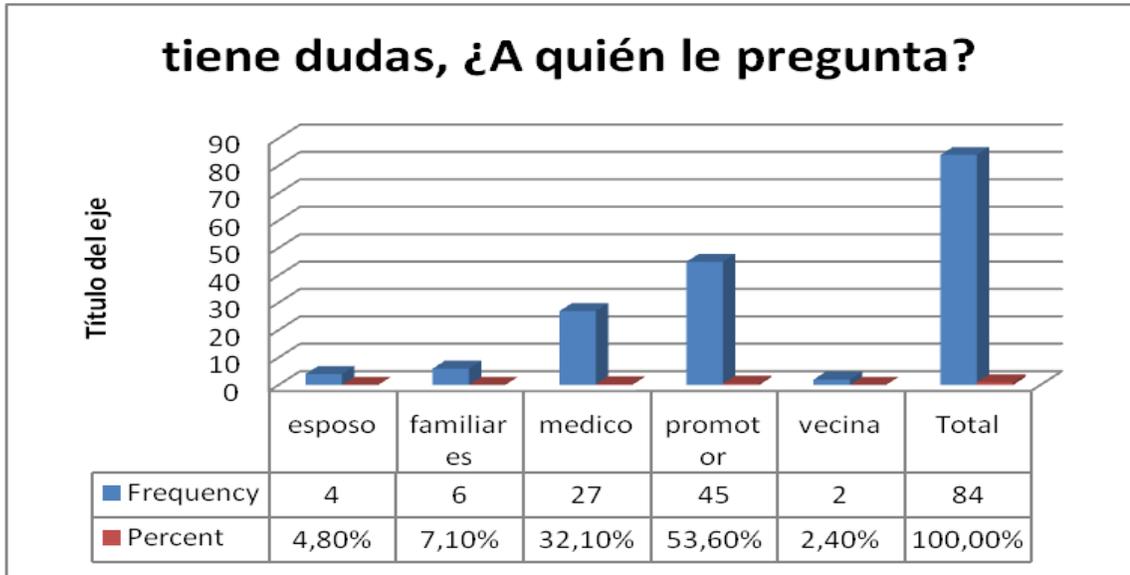


Figura 2. Cuando tiene dudas, ¿A quién le pregunta?



Cuando las personas tienen dudas con respecto a problemáticas de salud el profesional de salud es la persona más consultada en la comunidad.

Figura 3. ¿Cuándo fue la última vez que vio/ leyó sobre la Leishmaniasis?

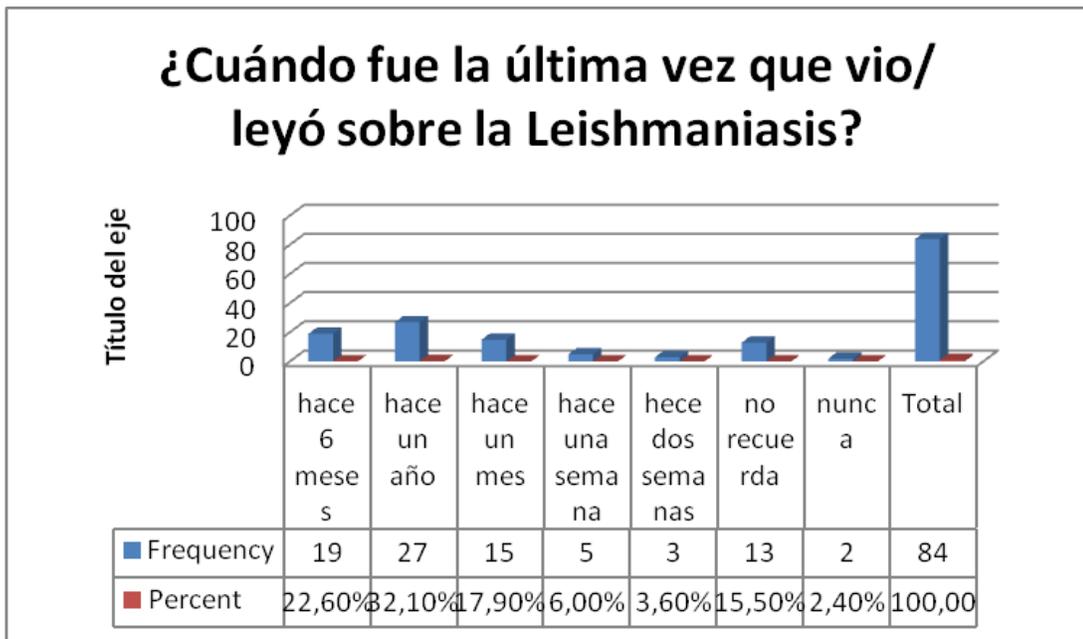
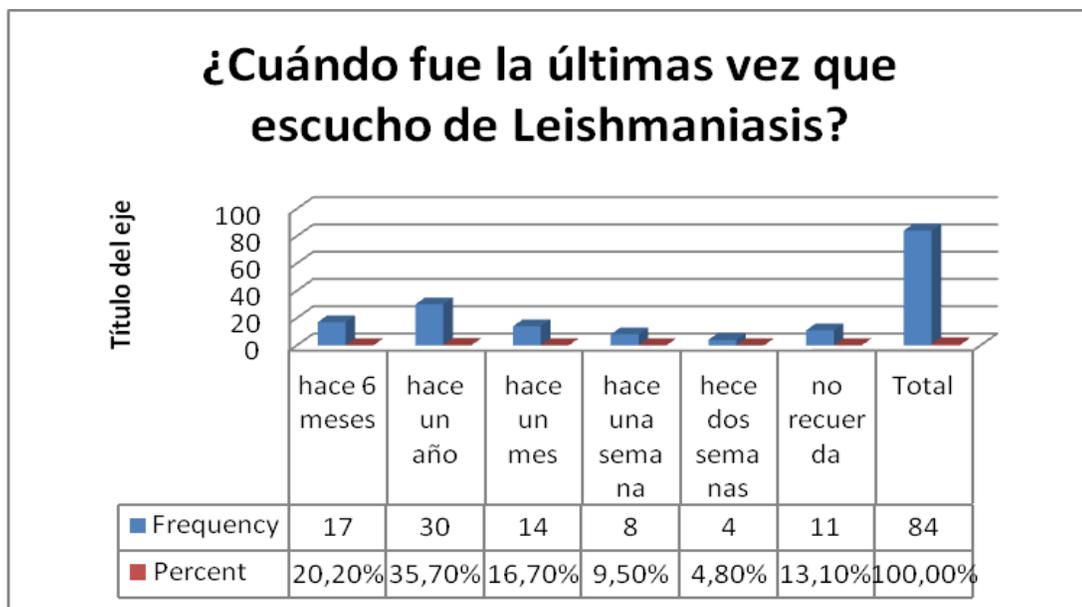
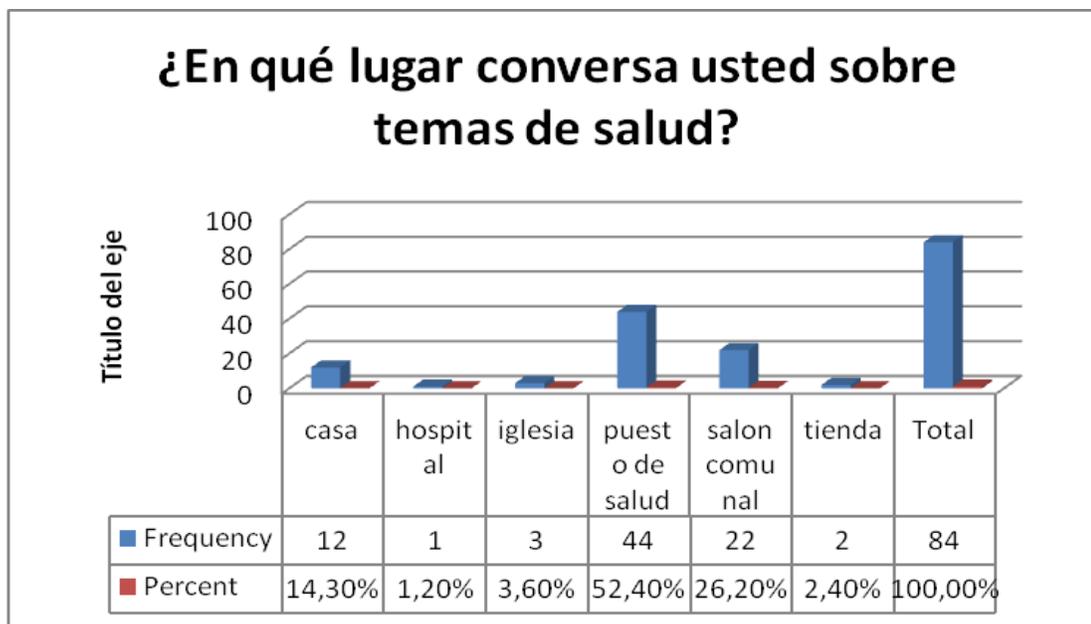


Figura 4. ¿Cuándo fue la últimas vez que escucho de Leishmaniasis?



El tiempo el cual transcurre entre la última vez que lee y/o ve, escucha información acerca del tema de salud es en promedio para ambas veredas de un año.

Figura 5. ¿En qué lugar conversa usted sobre temas de salud?



El lugar más usado por las comunidades para hablar sobre temas de salud es el puesto de salud.

Datos obtenidos en tabla de anexos G.

7.8 ANALISIS VARIABLES SIGNIFICATIVAS.

En el momento de realizar el análisis del presente estudio se encuentran algunos datos que son pertinentes de analizar. Con el fin de explorar posibles asociaciones entre las prácticas y el conocimiento se realizó una análisis bivariado entre 3 variables del Capítulo Prácticas que se tomaron como variables dependientes (Usted utiliza toldillos durante el día?, Usted utiliza ropa de manga larga, para realizar trabajos?, Usted utiliza ropa de manga larga, a toda hora?), con las 4 variables de Conocimientos más representativas (Cuáles de las siguientes situaciones cree usted pueden contribuir a la presentación de la enfermedad? Presencia de la mosca; Usted sabe cuando una persona tiene leishmaniasis por que presenta síntomas como lo son: Ulceraciones de la piel; Sabe usted ¿Cómo se controla Leishmaniasis? Uso de toldillo; Sabe usted ¿Cómo se controla Leishmaniasis? Uso de ropa manga larga). Además se cruzaron con variables generales como Genero, Edad, Vereda, Actividad, Escolaridad y Tiempo de Residencia en la Vereda. Para algunas variables se construyeron Dummies. Se encontró asociación en las siguientes variables:

- Tener entre 25 y 34 años de edad y Usted utiliza toldillos durante el día. Con un $\chi^2=3,95$ y un OR de 3,19 (IC_{95%}: 1,13-8,98) $p= 0.013$.

Uso de toldillos durante el día			
25-34 años	No	Si	Total
No	47	18	65
Si	9	11	20
Total	56	29	85

En el análisis que hicimos estamos buscando asociaciones, es decir si la practica analizada esta asociada con el conocimiento, de lo cual podemos inferir que la utilización de toldillos durante el dia esta asociado con el hecho de tener entre 25 y 34 años de edad (57.1%).

- Conocer que una una persona tiene leishmaniasis por que presenta Ulceraciones de la piel y Usted utiliza toldillos durante el día. Con un $\text{Chi}^2=5,94$ y un OR de 0,32 (IC_{95%}: 0,11-0,81) $p= 0.031$.

Toldillo durante todo el dia			
Ulceras en la piel	No	Si	Total
(+)	23	20	43
(-)	33	9	42
Total	55	29	85

El uso del toldillo durante el dia esta asociado con el conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad; podemos inferir que que el usar toldillo durante el dia esta asociado a el hecho de conocer los signos y síntomas de presentación de la enfermedad (56.8%).

- Tener entre 25 y 34 años de edad y Usted utiliza ropa de manga larga, para realizar trabajos. Con un $\text{Chi}^2=8,93$ y un OR de 5,12 (IC_{95%}: 1,65-15,87) $p= 0.019$.

Uso de ropas mangas largas para realizar trabajos			
25-34 años	No	Si	Total
No	41	24	65
Si	5	15	20
Total	46	39	85

La utilización de ropas mangas largas al realizar trabajos; esta asociada al conocimiento entre la población de 25 a 34 años (62.3%).

- Tener entre 45 y 54 años de edad y Usted utiliza ropa de manga larga, para realizar trabajos. Con un $\text{Chi}^2=4,91$ y un OR de 0,23 (IC_{95%}: 0,06-0,91) $p= 0.075$.

Uso de manga larga para realizar trabajos			
45- 54 años	No	Si	Total
No	34	36	70
Si	12	3	15
Total	46	39	85

Podemos inferir que el usar ropas de manga larga al realizar trabajos esta asociado con el hecho de tener entre 45 y 54 años de edad (48.2%).

- Sabe usted ¿Cómo se controla Leishmaniasis? Uso de toldillo y Usted utiliza ropa de manga larga, para realizar trabajos. Con un $\text{Chi}^2=5,26$ y un OR de 2,77 (IC_{95%}: 1,15-6,71) $p=0.013$.

Uso de ropas mangas largas para realizar trabajos			
Uso del toldillo	No	Si	Total
(+)	28	14	42
(-)	18	25	43
Total	46	39	85

Se puede inferir que el conocimiento de la enfermedad esta asociado a el uso de estos métodos de control (48.2% y 68.2%).

- Tener entre 25 y 34 años de edad y Usted utiliza ropa de manga larga a toda hora. Con un $\text{Chi}^2=10,65$ y un OR de 5,46 (IC_{95%}: 1,87-15,97) $p=0.018$.

Uso de ropas mangas largas a toda hora			
25-34 años	No	Si	Total
No	51	14	65
Si	8	12	20
Total	59	26	85

Podemos inferir que el usar ropas mangas largas a toda hora esta asociado con el tener entre 25 y 34 años en la población analizada (70.6%).

- Tener entre 35 y 44 años de edad y Usted utiliza ropa de manga larga a toda hora. Con un $\text{Chi}^2=6,4$ y un OR de 0,20 ($\text{IC}_{95\%}$: 0,06-0,76) $p= 0.050$

Uso de ropas mangas largas a toda hora			
35-44 años	No	Si	Total
No	36	23	59
Si	23	3	26
Total	59	26	85

Inferimos que la utilización de ropas de mangas largas esta asociada a el conocimiento de la enfermedad entre las personas que tienen 35 a 44 dentro de la población estudiada (56.8%).

- Sabe usted ¿Cómo se controla Leishmaniasis? Uso de toldillo y Usted utiliza ropa de manga larga a toda hora. Con un $\text{Chi}^2=12,5$ y un OR de 5,66 ($\text{IC}_{95\%}$: 2,1-15,4) $p= 0.027$.

Uso de ropas mangas largas			
Uso de toldillo durante el día	No	Si	Total
No	46	10	56
Si	13	16	29
Total	59	26	85

Podemos inferir que en la población estudiada el conocimiento adquirido de la enfermedad es asociado al uso continuo de los métodos de control dentro de la población estudiada.

Dados los resultados obtenidos podemos interpretar que el grupo de edad comprendido dentro de los 25 a 34 años realizan actividades en pro del autocuidado.

Al analizar los datos obtenidos podemos extraer que las personas mayores de 25 años tienen bases sólidas, conocimientos muy claros acerca de la enfermedad su presentación, de los métodos de prevención y control de la enfermedad; en cuanto a su uso como lo mencionamos anteriormente quienes usan más frecuentemente estos métodos de control son las personas que tienen entre 25 y 34 años.

8 DISCUSION

Las áreas objeto del estudio fueron las veredas las Mercedes, Medio Roblal del municipio de Tello (Huila) zonas endémicas de Leishmaniasis en el Departamento.

El presente estudio evaluó los conocimientos básicos de la Leishmaniasis, las prácticas para su prevención y actitudes hacia los métodos de control y /o prevención adoptadas por los habitantes de las vereda Medio Roblal y Las Mercedes. Es de vital importancia el conocer que impacto han tenido la difusión de las características de la enfermedad, su agente etiológico, su forma de transmisión, los métodos de control y prevención de la enfermedad; mostrar si los conocimientos son adecuados, sus prácticas se convierten en actitudes de auto cuidado, que medios de comunicación son los más ampliamente usados por la comunidad.

Una de las principales limitantes del presente estudio fue la localización geográfica, puesto el Municipio de Tello (Huila) presenta en esta zona una distribución montañosa con clima húmedo lo cual crea unas vías rústicas, destapadas, en ocasiones de difícil tránsito, adicional a ello cometimos un sesgo de selección puesto algunos pobladores no prestaron su colaboración nosotros escogimos a las personas dispuestas a diligenciar el formato de encuesta.

Los estudios CAP sobre aspectos relacionados con conocimientos, actitudes y comportamientos de la población seleccionada hacia la enfermedad conocida como Leishmaniasis, nos muestra en general que la mayoría de la población encuestada presenta gran conocimiento de la enfermedad su presentación, su forma de trasmisión, los métodos de prevención y control⁶⁰. En estudios donde se aplican conocimientos de la enfermedad como lo son los realizados por el CIDEIM, evidencian que la población tiene conocimiento de la enfermedad, de los cuidados que deben tener mostrando en esos estudios que solo las personas que la han padecido son los que realmente conocen la enfermedad.

Adicional a estos estudios encontramos uno realizado en la zona de Choco a 34 veredas donde el conocimiento de los habitantes de estas áreas es similar al encontrado en el presente estudio, por ende la población reconoce la enfermedad, conocen los medios de control y/o prevención de la enfermedad.

⁶⁰ PARDO, Raul H.; CARVAJAL, Alexander; FERRO, Cristina y DAVIES, Clive R. Effect of knowledge and status on sandfly control activities by ouseholders at riskof cutaneous Leishmaniasis in the subandean region of Huila department, Colombia, Biomedica vol 26 suppl 1. Bogotá. Octubre. 2006.

En comparación con estudios realizados en otros Departamentos (Cristina Ferro, Erika Tibabuiza) donde las personas una vez entregado uno de los métodos de control del vector (toldillo impregnado con insecticida) verificaron su frecuencia de uso evidenciando que la población asume actitudes de auto cuidado, en la población objeto del estudio se encuentra que las creencias sobre las posibles complicaciones al usar métodos como este, son los que priman dando unos comportamientos de riesgo para la población.

En otros estudios comparativos se encuentra que ellos evalúan el nivel socio económico (Raul Pardo, Cristina Ferro, Alexander Carvajal) ⁶¹ donde se evidencio que en los estratos más bajos son los que no utilizan de una manera adecuada los métodos de control y/o prevención de la enfermedad.

A nivel específico encontraron una asociación positiva entre el nivel de escolaridad bajo, la actividad económica. Evidenciando que las personas pertenecen a un perfil educativo bajo; con un tiempo residencia estable son los que conocen la enfermedad, los métodos de prevención y/o control, pero no asumen las actitudes de auto cuidado, presentando un serio problema puesto la población se encuentra en una edad la cual los hace económicamente activos y vulnerables a la adquisición de la enfermedad.

La desventaja potencial la cual nos arroja⁶² el presente estudio es que los métodos de prevención y/o control, su frecuencia de uso, son poco aceptados por parte de la población encuestada. De una manera más específica podemos decir que los métodos de control y/o prevención más usados son el desyerbe, la fumigación peri-intradomiciliaria, el Uso de humazos, la utilización de ropas manga larga, y el toldillo impregnado con insecticida, evidenciando comportamientos de riesgo, puesto su frecuencia de uso no es muy alta ya que solamente lo utilizan de manera esporádica.

Se indago sobre los medios de participación ciudadana usados por estas poblaciones; encontrando que ellos realizan consultas frecuentes ante dudas a personal calificado. Además que la aceptación por parte de la comunidad a los profesionales es buena; que son capaces de asimilar conocimiento nuevo de una enfermedad de alto impacto, y que el lugar predilecto por estas personas es el puesto de salud.

Dato importante que la gran mayoría de los entrevistados brinda una acogida en su domicilio a los profesionales de salud, llama la atención que aunque son estos

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid

funcionarios son los más buscados ante dudas referentes a salud, sus recomendaciones al parecer son poco aceptadas.

9 CONCLUSIONES

Por medio de la aplicación de la encuesta logramos evaluar los conocimientos básicos, prácticas para prevención y métodos de control de la Leishmaniasis adoptados por los habitantes de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila), instructivos aplicados durante los meses de octubre y noviembre del 2007.

Fueron encuestadas 38 personas en Las Mercedes y 47 personas en Medio Roblal, con rangos de edades que oscilaban entre 15 y 72 años; laboralmente activas, predominando las amas de casas; con núcleos familiares conformado en promedio por 4 a 5 personas por hogar.

El instructivo consta de cuatro grandes ítems de evaluación de la Leishmaniasis:

1. Conocimiento
2. Actitudes
3. Prácticas
4. Comunicación e Información

La población estudiada conocen que existe una patología llamada Leishmaniasis (98% de la población estudiada), la cual es transmitida por un vector; reconociendo como agente causal una mosca, de la cual desconocen su ciclo vital; encontrando el 76.3% de los encuestados relación entre los viajes frecuentes a Municipios endémicos como Rivera, Baraya y Campoalegre con la adquisición de la patología.

Reconocen característica del cuadro clínico de la enfermedad: úlceras en la piel (85%), dolor de cabeza (93%), malestar general (91,2%).

Consideran medidas preventivas de la patología la utilización de vacunas, la erradicación del vector (mosca), la fumigación, humazos, el desyerbe. Destacándose un 28% de los encuestados desconociendo algún tipo de medida preventiva.

Los participantes en el estudio conocen la importancia de la aplicación de medidas de control para la Leishmaniasis como son el desyerbe, el uso de ropa manga larga, el toldillo, la fumigación; su conocimiento y difusión en la comunidad.

Los datos arrojados en la investigación nos permiten identificar la falencias de los habitantes de Las Mercedes en la implementación de alguna de las medidas de

control tan solo un porcentaje de la población 70 al 80% la recolección y quema de las basuras, el 45% lava los canales, 55% frecuentemente poda y quema basuras, 50.1% frecuentemente fumiga su casa y entorno, 45% utiliza frecuentemente el toldillo (resaltando que el 50% de los encuestado considera el toldillo como un método de control que funciona para prevenir la Leishmaniasis) y no solo es falencia del encuestado implica también su núcleo familiar; 40 al 60% utiliza frecuentemente ropa de manga larga.

Para los encuestados es importante que se les realice un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la patología, sin embargo existe una distribución similar entre el manejo por el profesional de la salud y el farmacéuta/remedios caseros lo cual evidencia una grave problema en la población investigada dado que no asumen actitudes de auto-cuidado y que podrían aumentar el riesgo de contagio de la enfermedad al resto de la población.

A pesar de esto los habitantes de las veredas visualizan el centro de salud como el sitio apropiado para encontrar información de la enfermedad y resolver dudas a cerca de ella, no es muy efectiva la información que les brinda o no es muy clara la información que reciben ya que el principal objetivo es que asuman actitudes de auto-cuidado con base en la información recibida objetivo al cual no se está llegando.

Es necesario tener en cuenta que son poblaciones en riesgo de contraer la infección. Son áreas donde confluyen tanto reservorios como vectores; en donde se deben tener en cuenta las variables descritas anteriormente; puesto las personas que se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad son la población econonómicamente activa.

10 RECOMENDACIONES.

En la población estudiada de las veredas Medio Roblal y Las Mercedes se deben realizar campañas en las cuales se intensifique el reconocimiento de la enfermedad, su sintomatología, el vector causante de la Leishmaniasis, utilizándose un lenguaje que sea fácil de entender por la comunidad el ciclo vital del vector causante de la enfermedad, lo cual les permita identificar potenciales enfermos.

Se pueden realizar la difusión de esta información por medio escrito, siendo estratégicamente ubicados, de forma que su contenido esté disponible para toda la vereda.

Es importante verificar no solo el conocimiento de los métodos y prácticas de la enfermedad, sino la aplicación de estos en el hogar y sus alrededores; crear confianza y respaldo en el sector salud, se enfatiza en el personal encargado del puesto de salud teniendo como obligación la capacitación continúa de este personal, tratando de crear un permanencia en la región de estos empleados ya que la comunidad lo reconoce y permite con más éxito su entrada en ella.

Por lo tanto recomendamos que los espacios de participación comunitaria en los que el personal de salud puede acercarse, deben ser incluidos en los procesos técnicos, tomando procesos de comunicación articulada en lenguaje sencillo enfocado a la comunidad de riesgo de padecer esta enfermedad, incluyendo a los líderes como lo son el alcalde, el gerente del hospital local, líderes comunitarios, promotores, mostrando a la comunidad la importancia de la asistencia, de la adquisición de nuevos conceptos y/o reforzando los ya adquiridos sobre temas tan importantes como los son el control de enfermedades transmitidas por vectores, en este caso enfocado a la leishmaniasis.

Por otra parte es imperativo incluir a la comunidad en las actividades realizadas, logrando el fortalecimiento de la capacidad local valiéndose del reconocimiento de enfermedad involucrando a los habitantes para la mayor adhesión de la comunidad, tomando en cuenta que los datos suministrados nos dan las posibles claves para disminución aún más en la incidencia y prevalencia de esta importante enfermedad, tomando para ello la vital colaboración de los líderes como primeros promotores de autocuidados.

De esta manera, los datos suministrados en el presente estudio nos han brindado información útil para ayudar a entender de manera más detallada, los usos y las razones por las cuales la población mantiene actitudes de riesgo. También suministro datos claves para uso de posteriores enfoques participativos, en donde se involucre a la comunidad para lograr un mayor impacto en el control de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

AWASTHI A, Mathur RK, Saha B. immune response to Leishmania infection. Indian J Met Res 2004.

BACELLAR O, Barral-Neto M, Badaró R, Carvalho E. Gamma interferon production by lymphocytes from children infected with L. chagasi. Braz J Med Biol Res 1991.

BADARÓ R, Falcoff E, Badaro FS, Carvalho EM, Pedral-Sampaio D, Barral A, et al. Treatment of visceral leishmaniasis with pentavalent antimony and interferon-g. N Eng J Med 1990.

BADARÓ R, Nascimento C, Carvalho JS, Badaro F, Russo D, Ho JL, et al. Recombinant human granulocytemacrophage colony-stimulating factor reverses neutropenia and reduces secondary infections in visceral leishmaniasis. J Infect Dis 1994.

BADARÓ R, Benson D, Eulalio MC, Freire M, Cunha S, Netto EM, et al. rK39: a cloned antigen of Leishmania chagasi that predicts active visceral leishmaniasis. J Infect Dis 1996.

BARRAL-NETO M, Badaró B, Barral A. Tumor necrosis factor (cachectin) in human visceral leishmaniasis. J Infect Dis 1991.

BERMAN JD, Dawver DM, Wyler DJ. Multiplication of Leishmania in human macrophages in vitro. Infect Immun 1979.

BAUM KF, Berens RL. Successful treatment of cutaneous leishmaniasis with allopurinol after failure of treatment with ketoconazole. Clin Infect Dis 1994.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. Ministerio de la protección social. Boletín epidemiológico. Bogotá. 2006.

BOLETIN ENTOMOLOGICO. (1: 2004: Neiva). Secretaria de Salud del Huila. Neiva. 2004.

BOLETIS JN, Pefanis A, Stathakis C, Helioti H, Kostakis A, Giamarellou H. Visceral leishmaniasis in renal transplant recipients: succesful treatment with liposome amphotericin B (Ambisome). Clin Infect Dis 1999.

BRETAGNE S, Durand R, Olivi M, Garin JF, Sulahian A, Rivollet D, et al. Real-time PCR as a new tool for quantifying *Leishmania infantum* in liver in infected mice. Clin Diagn Lab Immunol 2001.

BRITISH JOURNAL OF MEDICINE (online). 2003 (cited 15 march 2006). Available www. Bmj.org.

BROCHU, C., J. WANG, G. Roy, N. MESSIER, X. Y. Wang, N. G. SARAVIA, and M. Ouellette. 2003. Antimony uptake systems in the protozoan parasite *Leishmania* and accumulation differences in antimony-resistant parasites. Antimicrob. Agents Chemother.

CARTER, K. C., S. SUNDAR, C. Spickett, O. C. Pereira, and A. B. Mullen. 2003. The in vivo susceptibility of *Leishmania donovani* to sodium stibogluconate is drug specific and can be reversed by inhibiting glutathione biosynthesis. Antimicrob. Agents Chemother.

CARVAJAL HO EM, CORREIRA FILHO y BACELLAR O. characterization of immune response in subjects with self – healing cutaneous leishmaniasis. Am J Trop Med Hyg (online) 1995.

CARVALHO EM, Correia Filho D, Bacellar O, Almeida RP, Lessa H, Rocha H. Characterization of the immune response in subjects with self-healing cutaneous leishmaniasis. Am J Trop Med Hyg 1995.

CARVALHO E, Barral A, Pedral-Sampaio D. Immunological markers of clinical evolution in children recently infected CRUZ et al: LEISHMANIA/HIV, CO-INFECTIONS 383 with *Leishmania dnovani* chagasi. J Infect Dis 1992.

CENINI P, Berhe N, Hailu A, McGinnes K, Frommel D. Mononuclear cell subpopulations and cytokine levels in human visceral leishmaniasis before and after chemotherapy. J Infect Dis 1993.

CELLA M, Scheidegger D, Palmer-Lehmann K, Lane P, Lanzavecchia A, Alber G. Ligation of CD40 on dendritic cells triggers production of high levels of interleukin-12 and enhances T cell stimulatory capacity: T-T help via APC activation. J Exp Med 1996.

CROFT SL, Coombs GH. Leishmaniasis – current chemotherapy and recent advances in the search for novel drugs. Trends Parasitol 2003.

CRUZ, ISRAEL, NIETO Javier Y MORENO Javier. Leishmaniasis/HIV co-infection in the second decade. *Indian Journals of Medicine*. (online) march 2006(cited 10 December 2007). Available Indian J Med res 123.

CHRISTENSEN H.A., HERRER A. attractiveness of sentinel's animals of leishmaniasis in Panama. *American Journal of Tropical medicine*. (online). Mayo 2005. (cited 4 sept/06). Available from www.Ajtm.com.

CHUNGE CN, Owate J, Pamba HO, Donno L. Treatment of visceral leishmaniasis in Kenya by amphotericin B alone or combined with sodium stibogluconate. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990.

D'OLIVEIRA A Jr, Costa S, Barbosa A, Orge M, Carvalho E. Asymptomatic *Leishmania chagasi* infection in relatives and neighbors of patients with visceral leishmaniasis. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1997.

DAVIDSON RN, Dimartino L, Gradoni L, Giacchino R, Russo R, Gaeta GB, et al. Liposomal amphotericin B (AmBisome) in Mediterranean visceral leishmaniasis: a multi-centre trial. *Quarterly J Med* 1994.

DAVIDSON RN, Di Martino L, Gradoni L, Giacchino R, Gaeta GB, Pempinello R, et al. Short-course treatment of visceral leishmaniasis with liposomal amphotericin B (AmBisome). *Clin Infect Dis* 1996.

DELGADO J, Macías J, Pineda JA, Corzo JA, González-Moreno MP, de la Rosa R, et al. High frequency of serious side effects from meglumine antimoniate given without an upper limit dose for the treatment of visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus type-1- infected patients. *Am J Trop Med Hyg* 1999.

DEY, S., M. Ouellette, J. Lightbody, B. Papadopoulou, and B. P. Rosen. 1996. An ATP-dependent As (III)-glutathione transport system in membrane vesicles of *Leishmania tarentolae*. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*.

DI MARTINO L, Mantovani MP, Gradoni L, Gramiccia M, Guandalini S. Low dosage combination of meglumine antimoniate plus allopurinol as first choice treatment of infantile visceral leishmaniasis in Italy. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990.

DRUMMELSMITH, J., I. Girard, N. Trudel, and M. Ouellette. 2004. Differential protein expression analysis of *Leishmania major* reveals novel roles for methionine adenosyltransferase and S-adenosylmethionine in methotrexate resistance. *J. Biol. Chem*.

EL FADILI, A., D. Richard, C. Kundig, and M. Ouellette. 2003. Effect of polyglutamylation of methotrexate on its accumulation and the development of resistance in the protozoan parasite *Leishmania*. *Biochem. Pharmacol.*

FAIRLAMB, A. H., and A. Cerami. 1992. Metabolism and functions of trypanothione in the Kinetoplastida. *Annu. Rev. Microbiol.*

GACHIHI GS, Were JBO, Coyne PE, Muigai RK, Nyakundi PM, Wasunna KMA, et al. A prospective randomized trial of sodium stibogluconate alone versus sodium stibogluconate plus allopurinol in the treatment of visceral leishmaniasis in Kenya. *Proceedings XIIIth Int Congress Trop Med Malaria. Jomtien. Pattaya. Thailand.1992; Abstract no. TuP8-13.*

GAMA MEA, Costa ml, Pereira jcr, Gomez cmc. Serum cytokine profile in the subclinical form of visceral leishmaniasis. *Braz J Med Biol Res* 2004; 37: 129-136.

Gama MEA, Costa JML, Pereira JCR, Gomes CMC, Corbett CEP. Serum cytokine profile in the subclinical form of visceral leishmaniasis. *Braz J Med Biol Res* 2004.

GAMA M. perfil clinico e laboratorial da forma oligossintomatica da leishmaniose visceral americana. Tesis doctoral, departamento de patologia, faculdade de medicina, universidade de Sao Paulo, sp Brasil, 2001

GHALIB H, Wittle J, Kubin M. IL-12 enhances Th1-type responses in human *Leishmania donovani* infections. *J Immunol* 1995.

GHALIB H, WHITE J. Enhances Th1- responses in human *Leishmaniasis donovani* infections. *J Immunol (online)*. 1995. Available Indian J Med Res 2006.

GHOSE AC, Haldar JP, Pal SC, Mishra BP, Mishra KK. Serological investigations on Indian kala-azar. *Clin Exp Immunol* 1980.

GOTO H, Lindoso JAI. Immunity and immunosuppression in experimental visceral *Leishmaniasis*. *Braz J Med Biol Res* 2004.

GOURBAL, B., N. Sonuc, H. Bhattacharjee, D. Legare, S. Sundar, M. Ouellette, B. P. Rosen, and R. Mukhopadhyay. 2004. Drug uptake and modulation of drug resistance in *Leishmania* by an aquaglyceroporin. *J. Biol. Chem.*

GRIMALDI G, TESH RB, MAHON-PRATT D.A. The Geographic Distribution and Epidemiology Of Leishmaniasis In The New World. *Am J Tropic Medicine Hyg Review* (online). 1989, vol. 41 no. 6.

GUERIN, P. J., P. Olliaro, S. Sundar, M. Boelaert, S. L. Croft, P. Desjeux, M. K. Wasunna, and A. D. Bryceson. 2002. Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *Lancet Infect. Dis.*

GUERRA M, Furtado T, Barros G, Sessa P, Daher V. Infecção subclínica na leishmaniose tegumentar. *An Bras Dermatol* 1985.

HALIM MA, Alfurayh O, Kalin ME, Dammas S, al-Eisa A, Damanhour G. Successful treatment of visceral leishmaniasis with allopurinol plus ketoconazole in a renal transplant recipient after the occurrence of pancreatitis due to stibogluconate. *Clin Infect Dis* 1993.

HAIMEUR, A., C. Guimond, S. Pilote, R. Mukhopadhyay, B. P. Rosen, R. Poulin, and M. Ouellette. 1999. Elevated levels of polyamines and trypanothione resulting from overexpression of the ornithine decarboxylase gene in arsenite-resistant *Leishmania*. *Mol. Microbiol.*

HENTZER B, Kobayasi T. The ultrastructural changes of *Leishmania tropica* after treatment with pentamidine. *Ann Trop Med Parasitol* 1977.

HERBRECHT R, Sosa C, Himy R, Villard O. Successful treatment of visceral leishmaniasis with high-dose amphotericin B diluted in fat emulsion: a case report. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1996.

HERWALDT, B. L. 1999. Leishmaniasis. *Lancet*.

HOLADAY B, Pompeu M, Evans T, Braga DN, Texeira MJ, Sousa A de Q, et al. Correlates of *Leishmania*-specific immunity in the clinical spectrum of infection with *Leishmania chagasi*. *J Infect Dis* 1993.

IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA. (17: 1996: Amazonas). Memorias XVII congreso Socolen. Flebotomíneos de las áreas urbanas y rurales de Leticia. Amazonas. 1996

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Revista: Bogotá: 2005. Vol. 25.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Revista Salud Pública. Bogotá: 2006. Vol. 8. Suplemento 1.

JANEWAY C, Travers P. Imunologia: O Sistema Imunológico na Saúde e na Doença. RS, Brasil: Artes Médicas, Porto Alegre; 1997.

JHA TK, Sundar S, Thakur CP, Bachmann P, Karbwang J, Fischer C, et al. Miltefosine, an oral agent, for the treatment of Indian visceral leishmaniasis. N Engl J Med 1999.

JHA TK, Sundar S, Thakur CP, Bachmann P, Karbwang J, Fischer C, et al. Miltefosine, an oral agent, for the treatment of Indian visceral leishmaniasis. N Engl J Med 1999.

JHA TK, Sundar S, Bhattacharya SK, Sinha PK, Thakur CP. Paramomicyn as a new cure for visceral leishmaniasis: preliminary results of a phase III randomised controlled trial of efficacy and safety. Third World. Congress on Leishmaniasis, Palermo-Terrasini, Sicily (Italy) 10-15 April, 2005.

KUHLENCORD A, Maniera T, Eibl H, Unger C. Hexadecylphosphocholine: oral treatment of visceral leishmaniasis in mice. Antimicrob Agents Chemother 1992.

KURTZHALS JA, Hey AS, Theander TG, Odera E, Christensen CB, Githure JI, et al. Cellular and humoral immune responses in a population from the Baringo District, Kenya to *Leishmania promastigote* lipophosphoglycan. Am J Trop Med Hyg 1992.

LAGUNA F, López-Vélez R, Soriano V, Montilla P, Alvar J, González-Lahoz JM. Assessment of allopurinol plus meglumine antimoniate in the treatment of visceral leishmaniasis in patients with HIV. J Infect 1994.

LE FICHOUX Y, Rousseau D, Ferrua B, Ruetten S, Lelievre A, Grousseau D, et al. Short- and long-term efficacy of hexadecylphosphocholine against established *Leishmania infantum* infection in BALB/c mice. Antimicrob Agents Chemother 1998.

LEEUWENBURG J, Bryceson AD, Mbugua GG, Siongok TK. The use of the leishmanin skin-test to define transmission of leishmaniasis in Baringo district, Kenya. East Afr Med J 1983.

LÉGARÉ, D., B. Papadopoulou, G. Roy, R. Mukhopadhyay, A. Haimeur, S. Dey, K. Grondin, C. Brochu, B. P. Rosen, and M. Ouellette. 1997. Efflux systems and increased trypanothione levels in arsenite-resistant *Leishmania*. *Exp. Parasitol.*

LÉGARÉ, D., D. Richard, R. Mukhopadhyay, Y. D. Stierhof, B. P. Rosen, A. Haimeur, B. Papadopoulou, and M. Ouellette. 2001. The *Leishmania* ABC protein PGPA is an intracellular metal-thiol transporter ATPase. *J. Biol. Chem.*

LEISHMAN W. *Handbuch der Tropenkrankheiten*. 2nd ed. Leipzig, Germany.

LIRA, R., S. Sundar, A. Makharia, R. Kenney, A. Gam, E. Saraiva, and D. Sacks. 1999. Evidence that the high incidence of treatment failures in Indian kala-azar is due to the emergence of antimony-resistant strains of *Leishmania donovani*. *J. Infect. Dis.*

MAAROUF M, Adeline MT, Solignac M, Vautrin D, Robert-Gero M. Development and characterization of paromomycin-resistant *Leishmania donovani* promastigotes. *Parasite* 1998.

MARY C, Faraut F, Lascombe L, Dumon H. Quantification of *Leishmania infantum* DNA by Real-time PCR assay with high sensitivity. *J Clin Microbiol* 2004.

MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. *Sivigila*. 1994.

MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. *Sivigila*. 1994.

MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. *Sivigila*. 2005.

MINISTERIO DE SALUD NORMAS TECNICO ADMINISTRATIVAS. *Plan Nacional de Control: Leishmaniasis*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1994

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. *Ley 112 del 2007*. Bogotá 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. *Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia*. Bogotá. 2004.

MUKHOPADHYAY, R., S. Dey, N. Xu, D. Gage, J. Lightbody, M. Ouellette, and B. P. Rosen. 1996. Trypanothione overproduction and resistance to antimonials and arsenicals in *Leishmania*. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*.

MURRAY HW, Delph-Etienne S. Roles of endogenous gamma interferon and macrophage microbicidal mechanisms in host response to chemotherapy in Experimental visceral leishmaniasis. *Infect Immun* 2000.

MURRAY HW. Suppression of posttreatment recurrence of experimental visceral leishmaniasis in T-cell-deficient mice by oral miltefosine. *Antimicrob Agents Chemother* 2000;

MURRAY HW, Hariprashad J, Fichtl RE. Treatment of experimental visceral leishmaniasis in a T-cell-deficient host response to amphotericin B and pentamidine. *Antimicrob Agents Chemother* 1993.

MURRAY HW, Delph-Etienne S. Visceral leishmanicidal activity of hexadecylphosphocoline (miltefosine) in mice deficient in T cells and activated macrophage microbicidal mechanisms. *J Infect Dis* 2000.

NEAL RA. The effect of antibiotics of the neomycin group on experimental cutaneous leishmaniasis. *Ann Trop Med Parasitol* 1968.

OPPENHEIM J, Ruscetti F, Faltynek C. Citocinas. In: Stiles D, Abba T. editors. *Inmunología Básica*. Brazil: Revinter, Rio de Janeiro, RJ; 1991.

PAPADOPOULOU, B., G. Roy, S. Dey, B. P. Rosen, and M. Ouellette. 1994. Contribution of the *Leishmania* P-glycoprotein-related gene *ltpgpA* to oxanion resistance. *J. Biol. Chem.*

PARDO, Raul H., Alexander Carvajal, Cristina Ferro, clive R davies. Effect of knowledge and status on sandfly control activities by ouseholders at riskof cutaneous Leishmaniasis in the subandean region of Huila department, Colombia; *Biomedica* vol 26 suppl 1. Bogotá. Oct. 2006.

PEREZ-VICTORIA, F. J., F. Gamarro, M. Ouellette, and S. Castanys. 2003. Functional cloning of the miltefosine transporter. A novel P-type phospholipid translocase from *Leishmania* involved in drug resistance. *J. Biol. Chem.*

PROGRAMA DE ENTREGA DE TOLDILLO. (2006: Neiva). PROGRAMA DE ENTREGA DE TOLDILLO Secretaria de Salud Departamental Neiva. 2006.

RIVERA E, Ocaña I, de Otero J, Cortes E, Gasser I, Pahissa A. Prophylaxis of visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus-infected patients. *Am J Med* 1996.

ROSENTHAL E, Marty P. Recent understanding in the treatment of visceral leishmaniasis. *J Postgrad Med* 2003.

ROY, G., C. Dumas, D. Sereno, Y. Wu, A. K. Singh, M. J. Tremblay, M. Ouellette, M. Olivier, and B. Papadopoulou. 2000. Episomal and stable expression of the luciferase reporter gene for quantifying *Leishmania* spp. infections in macrophages and in animal models. *Mol. Biochem. Parasitol.*

SCHARTON-KERSTEN T, Afonso LC, Wysocka M, Trinchieri G, Scott P. IL-12 is required for natural killer cell activation and subsequent T helper 1 cell development in experimental leishmaniasis. *J Immunol* 1995

SERENO, D., and J. L. Lemesre. 1997. Axenically cultured amastigote forms as an in vitro model for investigation of antileishmanial agents. *Antimicrob. Agents Chemother.*

SERENO, D., G. Roy, J. L. Lemesre, B. Papadopoulou, and M. Ouellette. 2001. DNA transformation of *Leishmania infantum* axenic amastigotes and their use in drug screening. *Antimicrob. Agents Chemother.* .

SHAKED-MISHAN, P., N. Ulrich, M. Ephros, and D. Zilberstein. 2001. Novel intracellular SbV reducing activity correlates with antimony susceptibility in *Leishmania donovani*. *J. Biol. Chem.*.

STEVENS D. Cytokines: an updated compendium. *Curr Opin Infect Dis* 1995.

SOTO-MANCIPE J, Grogl M, Berman JD. Evaluation of pentamidine for the treatment of cutaneous Leishmaniasis in Colombia. *Clin Infect Dis* 1993.

SUNDAR S, Murray HW. Effect of treatment with interferongamma alone in visceral leishmaniasis. *J Infect Dis* 1995.

SUNDAR, S., T. K. Jha, C. P. Thakur, J. Engel, H. Sindermann, C. Fischer, K. Junge, A. Bryceson, and J. Berman. 2002. Oral miltefosine for Indian visceral leishmaniasis. *N. Engl. J. Med.*

SUNDAR S, Gupta LB, Makharia MK, Singh MK, Voss A, Rosenkaimer F, et al. Oral treatment of visceral leishmaniasis with miltefosine. *Ann Trop Med Parasitol* 1999.

SUNDAR, S., D. K. More, M. K. Singh, V. P. Singh, S. Sharma, A. Makharia, P. C. Kumar, and H. W. Murray. 2000. Failure of pentavalent antimony in visceral leishmaniasis in India: report from the center of the Indian epidemic. *Clin. Infect. Dis.*

WHO. Leishmania/HIV co-infection, South-western Europe 1990-1998. Geneva: World Health Organization; mimeographed document 2000 WHO/LEISH/2000.42 2000.

WILLIAMS JE. Leishmania and Trypanosoma. In: Gillespie SH, Hawkey PM, editors. *Medical parasitology. A practical approach.* New York, USA: Oxford University Press; 1995.

WU, Y., Y. El Fakhry, D. Sereno, S. Tamar, and B. Papadopoulou. 2000. A new developmentally regulated gene family in *Leishmania* amastigotes encoding a homolog of amastin surface proteins. *Mol. Biochem. Parasitol.*

WYLLIE, S., M. L. Cunningham, and A. H. Fairlamb. 2004. Dual action of antimonial drugs on thiol redox metabolism in the human pathogen *Leishmania donovani*. *J. Biol. Chem.*

ZILBERSTEIN, D., and M. Shapira. 1994. The role of pH and temperature in the development of *Leishmania* parasites. *Annu. Rev. Microbiol.*

ANEXOS

Anexo A. Cronograma de Trabajo del año 2006

11.3 PLAN DE TRABAJO AÑO 2006		AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
		5 AL 10	12 AL 17	19 al 24	26- AL 31	3 AL 8	10 AL 15	17 AL 22	24 AL 30	1 AL 5	7 AL 12	15 AL 19	22 AL 26	28 AL 31 Y 1 AL 3	6 AL 10	12 AL 17	19 AL 24	26 AL 30	2 AL 6	9 AL 14	17 AL 21	30, 31 Y 1 AL 4
LÍNEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS																					
INVESTIGACION ASESORIAS	Elección de tema de estudio																					
	Recolección de la información																					
	Concertación de objetivos																					
	Validación de artículos																					
	Reuniones grupales																					
	Reuniones con especialistas																					
	Concentración de la información																					
PRESENTACION	Socialización del grupo																					
	Socialización a la comunidad																					
	Recolección de aportes																					
	Reunión con asesor encargado																					
ENTOMOLOGÍA	Investigación																					
	Vigilancia																					
	Control																					

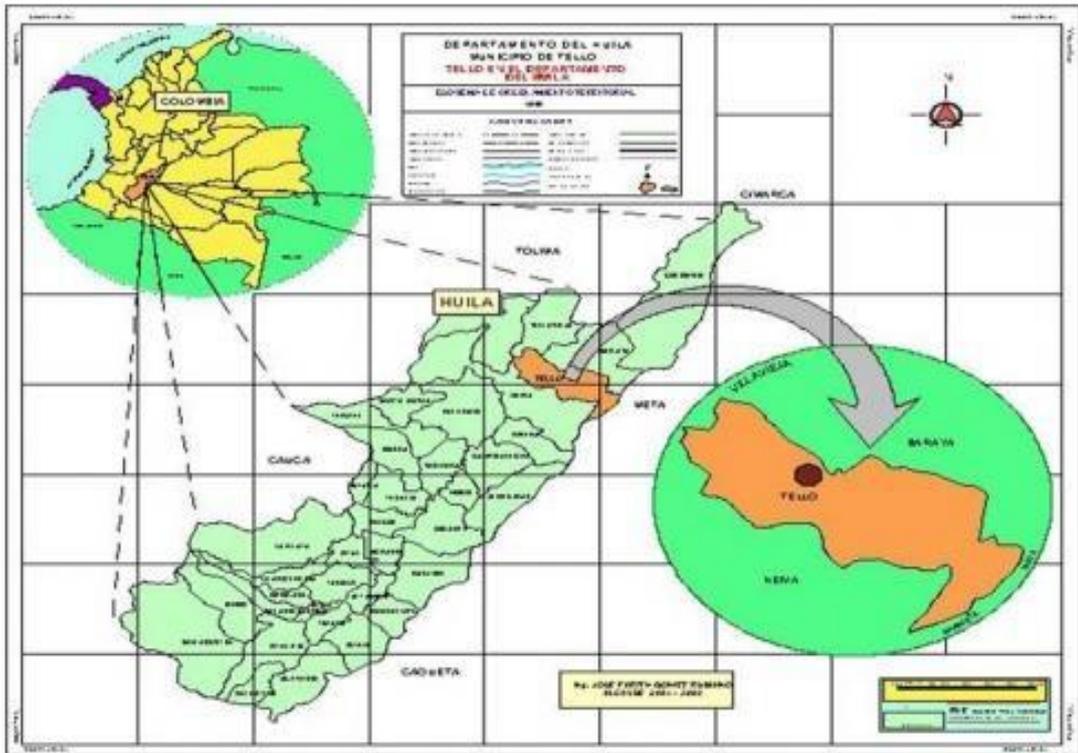
Anexo B. Cronograma de trabajo del año 2007.

11.3 PLAN DE TRABAJO AÑO 2007		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO					
		5 AL 10	12 AL 17	19 al 24	26- AL 31	3 AL 8	10 AL 15	17 AL 22	24 AL 28	1 AL 5	7 AL 12	15 AL 19	22 AL 26	31 Y 1 AL 3	6 AL 10	12 AL 17	19 AL 24	26 AL 30	2 AL 6	9 AL 14	17 AL 21	30, 31 Y 1 AL 4	5 AL 10	12 AL 17	19 al 24	26- AL 31	
LINEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS																										
INVESTIGACION	Recolección de la información																										
	Concertación de objetivos																										
	Validación de artículos																										
	Reuniones grupales																										
ASESORIAS	Reuniones con especialistas																										
	Concentración de la información																										
PRESENTACION	Socialización del grupo																										
	Socialización a la comunidad																										
	Recolección de aportes																										
	Reunión con asesor encargado																										
APLICACION DEL ESTUDIO	Prueba piloto																										
	Implementación de encuesta																										
	Presentación de resultados																										

Anexo C. Presupuesto

Rubro	Costo
Costo de personal	
Encuestadores (3) x 1 mes	\$ 6.120.000
Secretaria (1) x 1 mes	\$ 408.000
Equipos	
Computador más Impresora	\$ 3.000.000
Material fungible	
Resma de papel tamaño carta (2)	\$ 50.000
Lápiz (20 unidades)	\$ 12.000
Prestación de servicios	
Fotocopias (200 Unidades)	\$ 20.000
Transporte (Neiva-Tello-Neiva) (10)	\$ 300.000
TOTAL	\$ 9.910.000

Anexo D. Ubicación Geofigura Municipio de Tello



Departamento del Huila, Municipio de Tello, Ubicación Geográfica, (alcaldía de Tello 2007)

Anexo E. Tabla acerca de las actitudes por parte de las Poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis en los meses de octubre a noviembre del año 2007.

Situaciones Que Contribuyen A La Presentación De La Enfermedad		
Viaja Constantemente	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	69,40%
No	25	30,60%
Total	83	100,00%
Presencia De la mosca		
SI	48	57,60%
No	36	42,40%
Total	84	100,00%
Presencia personas enfermas		
SI	43	51,80%
No	40	48,20%
Total	83	100,00%
No sabe		
No	5	5,00%
Si	80	100,00%
Total	85	100,00%
Síntomas		
Malestar General		
SI	7	8,20%
No	78	91,80%
Total	85	100,00%
Brotos en la piel		
SI	73	85,90%
No	12	14,10%
Total	85	100,00%
Dolor de cabeza		
SI	6	7,10%
No	79	92,90%
Total	85	100,00%
Ulceras en la piel		
SI	43	50,60%

No	42	49,40%
Total	85	100,00%
Todas		
SI	8	9,40%
No	77	90,60%
Total	85	100,00%
Ninguna		
No	85	100,00%
Total	85	100,00%
Medidas de control		
Uso De Toldillo	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	49,40%
No	43	50,60%
Total	85	100,00%
Insécticida		
Yes	4	4,70%
No	81	95,30%
Total	85	100,00%
Uso de ropa manga		
No	85	100,00%
Total	85	100,00%
Todas		
SI	8	9,40%
No	77	90,60%
Total	85	100,00%
Conoce Donde nace y se cría la mosca	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	43	51,20%
NO	41	48,80%
Total	84	100,00%

Anexo F. Tabla Acerca de las Prácticas por Parte de las Poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis en los meses de octubre a noviembre del año 2007.

Práctica Recolección y Quema de Basuras	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	22	25,90%
Frecuente	39	45,90%
Nunca	1	1,20%
Rara Vez	6	7,10%
Siempre	17	20,00%
Total	85	100,00%
Realiza Lavado de canales		
Algunas veces	26	30,60%
Frecuente	16	18,80%
Nunca	26	30,60%
Rara vez	14	16,50%
Siempre	3	3,50%
Total	85	100,00%
Realiza poda y quema de basuras		
Algunas veces	26	30,60%
Frecuente	22	25,90%
Rara vez	22	25,90%
Siempre	15	17,60%
Total	85	100,00%
Fumiga usted la casa y su entorno		
Algunas veces	28	32,90%
Frecuente	18	21,20%
Nunca	7	8,20%
Rara vez	24	28,20%
Siempre	8	9,40%
Total	85	100,00%
Utiliza toldillos al dormir		
Algunas veces	22	25,90%
Frecuente	24	28,20%
Nunca	7	8,20%
Rara vez	20	23,50%
Siempre	12	14,10%
Total	85	100,00%

Utiliza toldillos durante el día		
Algunas veces	26	30,60%
Frecuente	11	12,90%
Nunca	19	22,40%
Rara vez	24	28,20%
Siempre	5	5,90%
Total	85	100,00%
Su Familia Utiliza toldillos al dormir		
Algunas veces	33	38,80%
Frecuente	10	11,80%
Nunca	13	15,30%
Rara vez	14	16,50%
Siempre	15	17,60%
Total	85	100,00%
Su Familia Utiliza Toldillos durante el día		
Algunas veces	30	35,30%
Frecuente	15	17,60%
Nunca	11	12,90%
Rara vez	25	29,40%
Siempre	4	4,70%
Total	85	100,00%
Usted Utiliza ropa mangas largas al realizar trabajos		
Algunas veces	32	37,60%
Frecuente	19	22,40%
Nunca	15	17,60%
Rara vez	15	17,60%
Siempre	4	4,70%
Total	85	100,00%
Usted Utiliza Ropa mangas largas al dormir		
Algunas veces	26	30,60%
Frecuente	18	21,20%
Nunca	22	25,90%
Rara vez	15	17,60%
Siempre	4	4,70%
Total	85	100,00%
Usted Utiliza Ropa Manga a toda hora		
Algunas veces	32	37,60%
Frecuente	8	9,40%
Nunca	18	21,20%
Rara vez	25	29,40%

Siempre	2	2,40%
Total	85	100,00%
Su Familia Utiliza Ropa Manga en jornadas de trabajo		
Algunas veces	33	38,80%
Frecuente	11	12,90%
Nunca	21	24,70%
Rara vez	18	21,20%
Siempre	2	2,40%
Total	85	100,00%
Su Familia Utiliza Ropa Manga Larga durante todo el día		
Algunas veces	23	27,10%
Frecuente	10	11,80%
Nunca	26	30,60%
Rara vez	24	28,20%
Siempre	2	2,40%
Total	85	100,00%
Su Familia Utiliza Ropa mangas largas en la noche		
Algunas veces	29	34,10%
Frecuente	15	17,60%
Nunca	18	21,20%
Rara vez	19	22,40%
Siempre	4	4,70%
Total	85	100,00%
Si El Equipo de salud visita su casa ¿usted aceptaría?		
Algunas veces	13	15,30%
Frecuente	19	22,40%
Nunca	7	8,20%
Rara vez	5	5,90%
Siempre	41	48,20%
Total	85	100,00%

Anexo G. Tabla Acerca de Medios y Métodos de Comunicación Más Usados por Parte de las Poblaciones de Medio Roblal y Las Mercedes del Municipio de Tello (Huila) sobre la Leishmaniasis en los meses de octubre a noviembre del año 2007.

Dónde Encuentra Información de Leishmaniasis	Frecuencia	Porcentaje
Farmacia	1	1,20%
Puesto de salud	52	61,90%
Salón Comunal	29	34,50%
Tienda	2	2,40%
Total	84	100,00%
Cuando Tiene Dudas a Quien Pregunta		
Esposo	4	4,80%
Familiares	6	7,10%
Médico	27	32,10%
Promotor	45	53,60%
Vecina	2	2,40%
Total	84	100,00%
Cuado Fue La Última Vez Que Leyo de Leishmaniasis		
Hace 6 meses	19	22,60%
Hace un año	27	32,10%
Hace un mes	15	17,90%
Hace una semana	5	6,00%
Hace dos semanas	3	3,60%
No Recuerda	13	15,50%
Nunca	2	2,40%
Total	84	100,00%
Cuando Fue La Última Vez que Vio de Leishmaniasis		
Hace 6 meses	17	20,20%
Hace un año	30	35,70%
Hace un mes	14	16,70%
Hace una semana	8	9,50%

Hace dos semanas	4	4,80%
No Recuerda	11	13,10%
Total	84	100,00%
En Que Lugar Encuentro Información de Salud		
Casa	12	14,30%
Hospital	1	1,20%
Iglesia	3	3,60%
Puesto de Salud	44	52,40%
Salón Comunal	22	26,20%
Tienda	2	2,40%
Total	84	100,00%

**Anexo H. Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Acerca De
La Leishmaniasis; Veredas de Medio Roblal y Las Mercedes, Tello (Huila)
Segundo Semestre del 2007.**

IDENTIFICACIÓN

1. Género

F 1 ()

M 2 ()

2. Edad: _____ (*años cumplidos*)

3. Vereda:

Medio Roblal ()

Las Mercedes ()

4. Actividad que realiza actualmente: (específico)

Ama de casa	1()
Jornalero	2()
Vaquero	3()
Mayordomo	4()
Cuidador	5()
Cocinero	6()
No contesta	7()
Otro	8()
Cual _____	

5. Nivel de Escolaridad (Período Finalizado):

Analfabeto	1()
Sabe leer y escribir	2()
Primaria	3()
Primaria incompleta	4()
Secundaria	5()
Secundaria incompleta	6()
Técnico	7()
Universitario	8()
Postgrado	9()
No contesta	10()

6. Tiempo de residencia en la vereda: (específico)

_____ días _____ semanas _____ meses _____ años

6. Número de Personas en el Hogar

II. NIVELES DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN SOBRE LEISHMANIASIS

Estas son preguntas para identificar el conocimiento que tienen las personas de la comunidad con respecto a leishmaniasis, sus síntomas, el vector y la cantidad de información que tienen acerca de las medidas preventivas.

8. Conoce usted una enfermedad llamada Leishmaniasis

1) SI	
2) NO	

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINUE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS; DE LO CONTRARIO FIN DEL CUESTIONARIO.

9. Cuáles de las siguientes situaciones cree usted pueden contribuir a la presentación de la enfermedad (más de una respuesta)

1) Viaja constantemente a Rivera, Baraya, Campoalegre	
2) Personas Enfermas	
3) Presencia de la mosca	
4) Otros ¿Cuál?	
5) No Sabe	
6) No responde	

10. ¿Usted sabe cuando una persona tiene leishmaniasis por que presenta síntomas como lo son? (Seleccione todos los que correspondan)

1) Malestar General	
2) Brotes en la piel "ronchas"	
3) Dolor de cabeza	
4) Ulceraciones de la piel	
5) Todas la anteriores	
6) Ninguna de las anteriores	
7) Otros	

¿Cuáles? _____	
No sabe	
No responde	

11. ¿Cuáles de estas cree usted es una medida de prevención Leishmaniasis?

1) Vacuna	
2) Matando la mosca	
3) Fumigando	
4) Uso de Humazos	
5) Desyerbe	
6) Todos	
7) Otros ¿Cuál?	
No sabe	
No responde	

12. ¿Usted conoce donde nace y se cría la mosca?

1) si	
2) no	

13. Si la respuesta es afirmativa ¿Dónde y Cómo Se Cría La Mosca?

14. Sabe usted ¿Cómo se controla Leishmaniasis?

1) Uso de toldillo (los enunciados son utiliza; variables si y no)	
2) Uso de insecticida	
3) Uso de ropa manga larga (los enunciados son utiliza; variables si y no)	
4) Todos	
5) No Sabe	
6) Otros _____ ¿Cuál?	

III. ACTITUDES SOBRE LA LEISHMANIASIS

Estas preguntas indagarán por las creencias de las personas consultadas entorno a la leishmaniasis, la actitud que tienen hacia la enfermedad, hacia el enfermo y hacia prevención.

- 1= Totalmente en Desacuerdo
- 2= Desacuerdo
- 3= Medianamente de Acuerdo
- 4= De Acuerdo
- 5= Totalmente de Acuerdo

15. El Desyerbe funciona para la eliminación de posibles criaderos de moscas

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

16. El uso de ropa de manga larga es útil para prevenir la enfermedad

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

17. La fumigación es útil para el control y eliminación de la mosca

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

18. El usar toldillo previene la enfermedad

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	

5) Totalmente de acuerdo	
--------------------------	--

19. Las medidas de control mencionadas en la pregunta 15 a la 18 son útiles

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

20. Realizar campañas de capacitación es útil para prevenir la enfermedad

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

21. La información que ha recibido las campañas de capacitación de la enfermedad es completa

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

Si algún familiar fuese diagnosticado de Leishmaniasis en primera instancia:

22. Debe ser tratado por el médico **(escoger solo una respuesta)**

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

23. Debe ser tratado por el farmacéuta **(escoger solo una respuesta)**

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

24. Debe ser tratado con remedios caseros (**escoger solo una respuesta**)

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

25. Sí a usted le diagnostican Leishmaniasis; otras personas deberían enterarse (**Escoger sólo una respuesta**)

1) Totalmente en desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

26. La leishmaniasis es una enfermedad la cual requiere de un cuidado minucioso

1) Totalmente en Desacuerdo	
2) Desacuerdo	
3) Medianamente de acuerdo	
4) De acuerdo	
5) Totalmente de acuerdo	

IV. PRACTICAS

Estas preguntas indagarán por las acciones que realizan las personas para la prevención y control de la enfermedad.

- 1= Nunca
- 2= Rara vez
- 3= Algunas veces
- 4= Frecuente
- 5= Siempre

27. ¿Práctica usted la recolección y Quema de basuras?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	

4) Frecuente	
5) Siempre	

28. ¿Realiza usted el lavado de canales?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

29. ¿Usted Poda y/o desyerba?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

30. ¿Fumiga usted la casa y su entorno?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

31. ¿Usted utiliza toldillos al dormir?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

32. ¿Usted utiliza toldillos durante el día?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

33. ¿Su familia utiliza, (padre, madre, hijos, hermanos) toldillos al dormir?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

34. ¿Su familia utiliza, (padre, madre, hijos, hermanos) durante el día?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

35. ¿Usted utiliza ropa de manga larga, para realizar trabajos?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

36. ¿Usted utiliza ropa de manga larga, para dormir?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

37. ¿Usted utiliza ropa de manga larga, a toda hora?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

38. ¿Su familia (padre, madre, hijos, hermanos) utilizan ropa de manga larga durante jornadas de trabajo?

1) Nunca	
----------	--

2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

39. ¿Su familia (padre, madre, hijos, hermanos) utilizan ropa de manga larga durante todo el día?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

40. ¿Su familia (padre, madre, hijos, hermanos) utilizan ropa de manga larga durante la noche?

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

41. Si el equipo de salud (promotores, técnicos) desea revisar su casa para comprobar que no hay criaderos de moscas ¿Usted Aceptaría?:
(Escoger solo una respuesta)

1) Nunca	
2) Rara vez	
3) Algunas veces	
4) Frecuente	
5) Siempre	

V. COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Estas son preguntas para determinar los patrones de consumo de medios masivos, las redes de comunicación y los espacios de encuentros de las personas, comunicación con líderes comunitarios, médicos y personal experto sobre la Leishmaniasis

42. ¿Dónde encuentra información de salud en su vereda? **(Seleccione todos los que correspondan)**

1) Puesto de Salud	
2) Tienda	
3) Farmacia	
4) Salón Comunal	
5) Parque/Plaza	
6) Iglesia	
7) Otros, ¿Cuáles?	
8) En ningún sitio	

43. ¿Cuándo tienes dudas sobre temas de salud a quién le preguntas?
(Respuesta única, escoger la más importante)

1) Médico	
2) Familiares	
3) Esposo	
4) Vecina	
5) Promotora	
6) Compañeros de trabajo	
7) Otros, ¿Cuáles? _____ _____	

44. ¿Cuándo fue la última vez que vio/leyó en medios de comunicación sobre una campaña para prevenir la Leishmaniasis? **(Escoger solo una respuesta)**

1) Hace una semana	
2) Hace dos semanas	
3) Hace un mes	
4) Hace seis meses	
5) Hace un año	
6) No recuerda	
7) Nunca	
8) Otro, ¿Cuál? _____	

45. ¿Cuándo fue la última vez que escuchó en medios de comunicación sobre una campaña para prevenir la Leishmaniasis? **(Escoger solo una respuesta):**

1) Hace una semana	
2) Hace dos semanas	
3) Hace un mes	
4) Hace seis meses	

5) Hace un año	
6) No recuerda	
7) Nunca	
8) Otro, ¿Cuál? _____	

46. ¿En qué lugar conversa temas de salud generalmente? **(Seleccione todos los que correspondan)**

1) Casa	
2) puerta de la casa	
3) Sala de la casa	
4) Parques	
5) Puesto de salud	
6) Iglesia	
7) Salón Comunal	
8) Tienda	
9) Hospital	
10) Trabajo	
10) Otros, ¿Cuáles? _____	
11) Nunca	
12) No sabe	
13) No contesta	

Para diligenciar al final de la entrevista

Fecha	_____	_____	_____
	D	M	A
Inicio de la entrevista	__	__	__
	H	Min.	
Final de la Entrevista	__	__	__
	H	Min.	
Duración de la Entrevista en Minutos	_____	_____	_____
¿Cómo fue la colaboración del entrevistado?			
Buena 1 ()	Regular 2 ()	Mala 3 ()	
¿Cómo fue la comprensión de las preguntas?			
Buena 1 ()	Regular 2 ()	Mala 3 ()	

Nombre del Entrevistador _____
Dirección del Entrevistador _____
Teléfono: _____
Nombre del Supervisor _____

OBSERVACIONES _____

Firma del Entrevistador	_____
Cédula de Ciudadanía	_____