



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE  
LEISHMANIOSIS EN LA POBLACIÓN DE SALAS, ENTRE EL  
PERIODO DE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2014**

**PRESENTADA POR**

**YULIANA DEL CARMEN CASUSOL FLORES**

**TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2015**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE  
LEISHMANIOSIS EN LA POBLACIÓN DE SALAS, ENTRE EL  
PERIODO DE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2014

**TESIS**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICA CIRUJANA

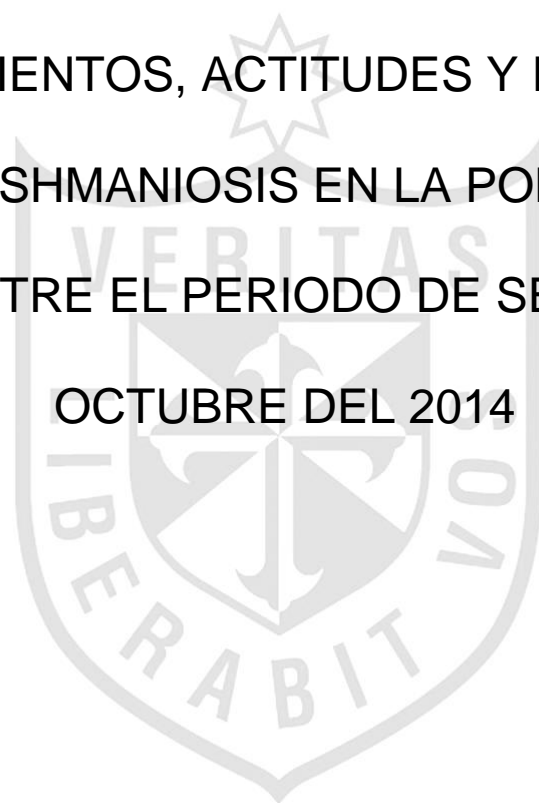
PRESENTADA POR

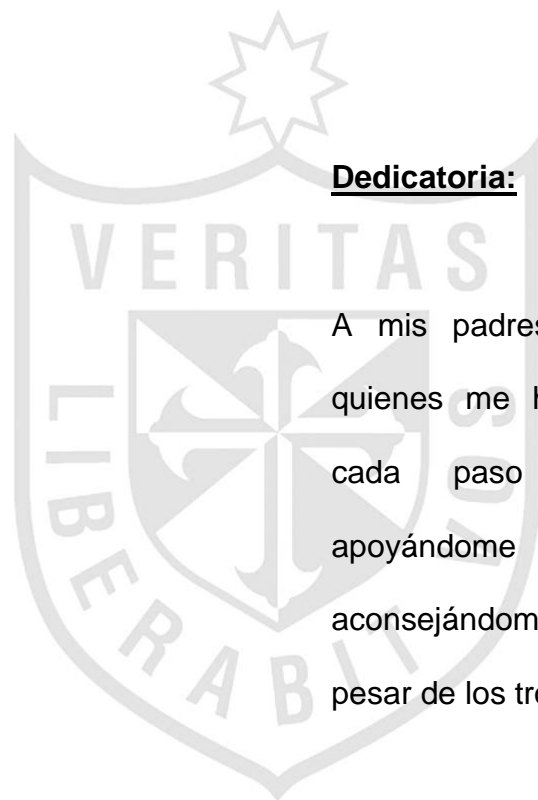
**YULIANA DEL CARMEN CASUSOL FLORES**

LIMA - PERÚ

2015

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SOBRE LEISHMANIOSIS EN LA POBLACIÓN DE  
SALAS, ENTRE EL PERIODO DE SETIEMBRE Y  
OCTUBRE DEL 2014





**Dedicatoria:**

A mis padres y seres queridos,  
quienes me han acompañado en  
cada paso de la carrera,  
apoyándome en todo y siempre  
aconsejándome a seguir adelante a  
pesar de los tropiezos.

**Agradecimiento:**

A mis padres y hermanos por apoyarme en la ejecución de la tesis.

Al Dr. Cristian Díaz y Dr. Eduardo Vergara por sus conocimientos y enseñanzas en la realización de esta tesis.

A mis amigos: Paola, Kelly, Mayra, Cintia, Lizeth, Fernando, Jesus, Tahia, Fabricio, Juan, José y Linder que me ayudaron en la aplicación de las encuesta, tanto en el piloto y en dicha ejecución de la tesis.

A la población de Salas por aceptar y recibirme en sus casas para ser encuestado.

**RESUMEN:**

Objetivo: Medir el nivel de conocimientos y prácticas sobre Leishmaniosis, y definir el tipo de actitudes respecto a Leishmaniosis que tiene la población de Salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en distrito de Salas. Población de 11745, que están distribuidos en 63 caseríos. La muestra se utilizó el programa EPIDAT 3.1, con nivel de confianza de 95%, error de 0.5, proporción esperada 68%, y salió una muestra de 326 hab. Se realizó la selección de muestra por conglomerado bietápico, obteniendo muestra final de 390 hab, que pertenecen a 11 caseríos. Se utilizó una encuesta de 16 preguntas, validada por expertos y posteriormente se realizó la prueba piloto con una correlación: conocimientos(0.80-0.92), prácticas y actitudes (0.91), y coeficiente de Kappa: conocimientos (0.80), practica y actitudes (0.91). Para la realización de la base de datos y cuadros estadísticos se utilizó el programa SPSS 17.

Resultados: Se tiene un 74.3% (277 hab) tiene regular conocimiento y el 14.5% (54 hab) tiene un malo conocimiento de la leishmaniosis; un 94.4% (352 hab) de prácticas son inadecuadas y solo el 5.6% (21 hab) tiene adecuadas prácticas; el 98.4% (367 hab) tiene un actitud adecuada sobre esta enfermedad.

Conclusiones: la población tiene un regular conocimiento de la leishmaniosis, mientras que sus prácticas que realizan son inadecuadas para la prevención de esta enfermedad, en cambio tienen una buena actitud la población frente a esta enfermedad.

Palabras claves: Leishmaniosis, conocimientos, actitudes y prácticas.

## ABSTRACT

Objective: To measure the level of knowledge and practices on Leishmaniasis, and define the type of attitudes towards having Leishmaniasis population Salas, between the period of September and October 2014.

Methods: Cross-sectional study conducted in district Salas. Population of 11745, which are distributed in 63 villages. The sample EPIDAT 3.1 was used, with a confidence level of 95%, error of 0.5, 68% expected rate, and left a sample of 326 hab. Sample selection was performed by two-stage cluster, obtaining final sample of 390 bedrooms, which belong to 11 villages. Knowledge (.80 to .927), practices and attitudes (0.91) and Kappa coefficient: a survey of 16 questions, validated by experts and then the pilot test was performed with a correlation knowledge was used (0.80), practices and attitudes (0.91). SPSS 17 software was used for performing database and statistical tables.

Results: It has a 94.4% (352 inhabitants) has regular knowledge and 5.6% (21 room) has a poor knowledge of leishmaniasis; 94.4% (352 inhabitants) practices are inadequate and only 5.6% (21 bedrooms) has good practices; 98.4% (367 inhabitants) has right attitude about this disease.

Conclusions: the population has a regular knowledge of leishmaniasis, while performing their practices are inadequate for the prevention of this disease, however they have a good attitude people against this disease.

Keywords: leishmaniasis, knowledge, attitudes and practices.



## INDICE

PORTADA .....	i
TITULO .....	ii
RESUMEN: .....	1
ABSTRACT.....	2
I.-INTRODUCCIÓN .....	5
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	6
1.2 Antecedentes de la Investigación.....	8
1.3 BASES TEORICAS .....	12
Definición: .....	12
Modo de Transmisión:.....	12
Agente etiológico, vector y reservorio: .....	13
Leishmaniosis Cutánea:.....	13
Leishmania mucocutanea:.....	14
Leishmania visceral:.....	15
Diagnostico .....	15
Tratamiento: .....	16
Prevención: .....	16
1.4 Formulación del problema. ....	18
1.5 Objetivos de la Investigación.....	18
1.5.1 Objetivo General .....	18

1.5.2 Objetivos específicos.....	18
1.6 Justificación de la Investigación .....	18
1.7 Limitaciones del estudio .....	19
1.8 Viabilidad del estudio .....	19
1.9 Formulación de hipótesis.....	20
1.10 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	21
Definiciones de variables.....	23
II.- MATERIALES Y METODOS .....	24
2.1 Tipo de investigación:.....	25
2.2 Población y muestra .....	25
Criterios de inclusión .....	28
Criterios de exclusión:.....	28
2.3.1 Descripción de los instrumentos .....	29
2.3.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos: .....	29
2.3.3 Análisis estadístico:.....	29
2.4 Aspectos éticos: .....	30
III.- RESULTADOS .....	31
IV.- DISCUSIONES .....	37
V.- CONCLUSIONES.....	40
VI.- RECOMENDACIONES.....	43
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	45
ANEXO N°1 .....	47



# I.-INTRODUCCIÓN

## 1.1 Descripción de la realidad problemática

La leishmaniosis está presente en 5 continentes y es endémica en 98 países. En América constituye un problema de salud pública debido a la alta incidencia, morbilidad, amplia distribución geográfica, a la variedad de especies del parásito y las diferentes formas clínicas, falta de esquemas terapéuticos y de medidas de prevención adecuados (1).

Entre el período 2001-2011, fueron 18 países de América Latina que registraron casos de leishmaniosis cutánea y mucocutánea. El 40,36 % (257 812) de los casos se han concentrado en la Sub Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el 75,8 % de los casos de leishmaniosis a nivel de América del sur están concentrados en los países de Brasil, Colombia y Perú y solo la forma mucocutánea de leishmaniosis se limita en América del Sur. (1).

El Perú es uno de los 10 países que reportan más del 90 % de los casos de leishmaniosis cutánea en el mundo (2), en los últimos años ha mostrado una tendencia al incremento como en el resto de los países de la región. En el año 2007, alcanzó el pico más alto con más de 10 000 casos notificados al sistema de vigilancia entre la forma cutánea y la forma mucocutánea, con una tasa de incidencia acumulada (TIA) para la forma cutánea de 35 casos por cada 100000 habitantes. Para el año 2013, se notifica 5,3 % (358) de casos, menos que el año 2003 en el mismo período, con una reducción del 6,3 % (406) en la forma cutánea y un incremento del 14,1 % (48) de la forma mucocutánea. (1)

En el año 2013 en el departamento de Lambayeque se han reportado 184 casos nuevos de Leishmaniosis, teniendo en Salas 121 casos nuevos; a comparación del año 2012 se reportó 82 casos nuevos en el departamento de

Lambayeque y en Salas 53 casos, esto se debe a que la leishmaniosis cutánea en el Perú muestra un comportamiento cíclico con picos a intervalos de 2 a 3 años, lo que podría deberse a la especie de Leishmania involucrada en la transmisión, densidad de los reservorios, factores climáticos, altitud, actividades económicas, entre otros factores(3), además se tiene que tener en cuenta los conocimientos, prácticas y actitudes que tiene la población de las zonas endémicas, porque de cierta manera va estar relacionado con el aumento de cantidad de casos nuevos, ya que la población pueda que no tengan bien en claro todo lo relacionado con esta enfermedad, ni tampoco tengan una buena atención curativa que su único objetivo es eliminar el parásito, evitar las complicaciones y mortalidad, y así logrando una recuperación precoz para reinserción del paciente a sus actividades cotidianas y coadyuvar al control de la transmisión de la enfermedad; por todas las razones ya mencionadas se plantea medir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pobladores de los distritos de Salas del departamento de Lambayeque.

## 1.2 Antecedentes de la Investigación

Fernández, Zulay y col. (Venezuela 2007), realizó un trabajo que tiene como objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) referentes a la leishmaniosis visceral americana (LVA) que tienen pobladores y médicos rurales de cuatro áreas endémicas del Estado Trujillo, Venezuela, con el fin de establecer lineamientos para diseñar estrategias educativas de prevención y control. Se realizaron 3 tipos cuestionarios, en 4 comunidades, de los cuales 289 del sexo femenino (78,96%) y 77 al sexo masculino (21,04%). Los resultados que obtuvieron fueron: el 27% de población sabe de la enfermedad, y de este grupo 36% identifica correctamente los signos y síntomas, el 78% de población considera que es grave, el 22% de la población manifestaron que la enfermedad no tiene cura; con respecto al conocimiento sobre del transmisor de la LVA, el 68% sabe que es transmitida por la picadura de un mosquito y el 38% identifica al agente transmisor (*Lutzomyia* sp.) y el 32% de la población sabe que el reservorio es el perro. Las conclusiones que se obtuvieron fueron: que la población desconoce la enfermedad, sus signos, síntomas, agente transmisor y el reservorio; quienes han padecido casos clínicos de LVA poseen un mejor conocimiento, y por último se desconocen las medidas de prevención y control para evitar el contacto hombre vector (4).

Nieves, Elsa y col (Venezuela 2007), realizó un trabajo de investigación con el objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la leishmaniosis tegumentaria y la fauna de flebótomos en las comunidades endémicas de Bolero Alto y Bajo del municipio Pinto Salina del Estado Mérida, Venezuela. Se utilizó una encuesta de 40 preguntas, relacionadas con la identificación personal, los factores epidemiológicos relacionados con la

transmisión, el vector y el conocimiento de algunos aspectos de la enfermedad: preventivos, clínicos, terapéuticos y de transmisión. Los resultados fueron: más del 68% de la población tenía un nivel de conocimientos insuficientes, el 15% de Bolero Alto y 4% de Bolero Bajo reconocieron las lesiones, el 70% de ambas comunidades reconoció se transmite por picadura de insecto, el 60% en Bolero Alto y 53% en Bolero Bajo reconocieron el transmisor, el 57% de Bolero Alto y 72% en Bolero Bajo no relacionaron la enfermedad con los reservorios silvestres o domésticos. Las conclusiones son: que es muy bajo nivel de conocimientos sobre la leishmaniosis en los pobladores de las comunidades, con esto se debe tener en cuenta en el desarrollo de alternativas educativas de impacto en el control complementario de la enfermedad y así cubrir las deficiencias de conocimientos que tiene la población (5).

Isaza, Diana María y col. (Colombia 1997), realizó un trabajo de investigación con el objetivo de identificar los conocimientos y las prácticas relacionados con la leishmaniosis cutánea, según el sexo, en los habitantes de 14 años en adelante y de 7 comunidades del departamento del Choco - Colombia, realizó un estudio descriptivo, donde utilizaron una encuesta de 10 preguntas. Los resultados indican que 94% de la población conoce la leishmaniosis que afecta a la piel y es más común en los hombres que en las mujeres, el 35% reconoce que se trasmite por una picadura de un insecto, pero ignoran el agente etiológico, y el 45% no saben cómo prevenir la enfermedad, especialmente las mujeres, el 40% sabe que se presenta en forma de úlceras, y el 15% en forma ampollas, granos o manchas, el 23% utilizaba tratamiento de hierbas, hojas y frutos, el 10% quemaba la lesión, y solo el 10% se trataba con medicamentos, el 20% se iba al curandero, 17% consultaban a los médicos, el 6% consultaba a las personas mayores, el 23% consultaban al curandero y médico a la misma

vez. Esta investigación tiene la importancia de estudiar los conocimientos y prácticas de los habitantes locales antes de diseñar y organizar programas educativos sobre el control de la leishmaniosis. (6)

Doble Ulloa, Alvarado y col. (Costa Rica 1994), realizó un trabajo de investigación que tiene como objetivo: Conocer las representaciones, actitudes y prácticas sobre la Leishmaniosis Cutánea en el cantón de Acosta, provincia de San José (Costa Rica), desde el punto de vista de la población afectada o en riesgo de serlo. Los resultados que obtuvieron: el 23% de la población reconoce la Leishmaniosis, el 6% reconoce al vector como aliblanco y su rol como vector, la población más afectada son los niños con un 19%, el 10% de la población dice que se manifiesta con una llaga y que el 9% utiliza como tratamientos de medicina casera. La conclusión que las medidas de control en la seguridad sanitaria en el espacio doméstico y peridoméstico no son eficaces, por el cual recomiendan ofrecer campañas de control con el fin de brindar información amplia respecto al funcionamiento de la Leishmaniosis Cutánea (7).

M. M. Weigel y col. (Ecuador 1995), realizó un trabajo que tiene como objetivo el de investigar las creencias y conocimientos de la población con respecto a la enfermedad y su tratamiento populares de la leishmaniosis cutánea en la región subtropical del Ecuador. La técnica que utilizaron fue encuestas en la población de la vertiente occidental de los Andes, de Quito, se dividió la población en tres grupos, seleccionados al azar después de una entrevista médica inicial en que se verificaron sus antecedentes clínico más una entrevista, donde se obtuvo datos sociodemográficas, antecedentes clínicos, creencias, conocimientos y tratamiento de 466 individuos. Los resultados: los varones tienen casi el triple riesgo de presentar la enfermedad en comparación



de las mujeres, también se observó que el 80% de las personas entrevistadas conocían por lo menos uno de los métodos de tratamiento de la enfermedad, y por último se obtuvo que de los 150 regímenes terapéuticos solo el 7% de la población conocía los antimoniales pentavalentes. Concluyeron que planificando futuros programas de lucha contra la leishmaniosis cutánea será importante en aquellos lugares donde se han detectado un déficit de conocimientos y creencias sobre la enfermedad y su tratamiento que varían según el género. (8)



### 1.3 BASES TEORICAS

#### **Definición:**

La leishmaniosis enfermedad transmitida por vectores con un amplio espectro clínico y una variedad de parásitos, reservorios y vectores implicados en su transmisión (9), y presenta diferentes formas clínicas: cutánea, mucocutánea y visceral.

La mayor cantidad de casos es en los adolescentes y adultos jóvenes; la Leishmaniosis cutánea andina va afectar más a la población menor de 15 años, en especial a los niños menores de 5 años, y la forma mucocutánea, al grupo mayor de 15 años.

#### **Modo de Transmisión:**

Depende de la presencia de un reservorio apropiado, un vector adecuado y una población susceptible (10).

El ciclo de la transmisión se va iniciar cuando la hembra del flebótomo (*Lutzomia*) succiona sangre de un vertebrado (perro), en la que se encuentran amastigotes de *Leishmania*, estos se multiplican y transforman en promastigotes en el tubo digestivo del mosquito y ocurre dentro de las siguientes 24 a 48 horas, después de la replicación en el intestino, los promastigotes migran al esófago y la faringe, estando en el tubo digestivo de la hembra del vector. Luego estos promastigotes pasan a la probóscide del insecto para su posterior inoculación a otro hospedador, toda esta parte del ciclo dura de 4 a 20 días (10).

Cuando el insecto pica en la piel (intradérmica) de un vertebrado, inocula los promastigotes que son fagocitados por los macrófagos del tejido conectivo y en el interior de los lisosomas de éstos se produce la transformación amastigote y su multiplicación posterior.

La diseminación del parásito en el organismo del hospedador y el desarrollo de la enfermedad dependen del tipo y de la eficiencia de la respuesta inmunitaria del hospedador infectado. Sólo las hembras de flebótomo se alimentan de sangre, y por tanto son las únicas transmisoras de la enfermedad (10).

**Agente etiológico, vector y reservorio:**

El agente etiológico es un protozoo dimórfico que pertenece a la familia Trypanosomatidae, del género *Leishmania* (orden Kinetoplastida). En el Perú se han identificado las siguientes especies de *Leishmania*: *L. (V.) peruviana*, *L. (V.) lainsoni*, *L. (M.) amazonensis*, *L. (V.) guyanensis* y *L. (V.) braziliensis*; esta última es la especie más común detectada en los casos de Leishmaniosis Cutáneo mucosa (11) y en casos de leishmaniosis cutánea andina (Uta) es causada por la *L. (V.) peruviana* (12).

El vector es la *Lutzomyia*, es un pequeño mosquito de 1,5 – 2 mm de tamaño que, en algunas zonas de nuestro país se le conoce con el nombre de “manta blanca” o “titira”, su cuerpo está cubierto de bastantes pelos y tiene las alas erectas en forma de “V” (12)

Se ha encontrado como reservorios principalmente a los perros domésticos y otros mamíferos como: *Rattus rattus*, *Didelphis albiventris*, *Phyllotis andinum* y *Akodon mollis*, considerados probables reservorios en zonas endémicas en las que el agente es *Leishmania (V.) peruviana* (13).

**Leishmaniosis Cutánea:**

La lesión que presenta la *Leishmania* cutánea va depender del lugar de la picadura del vector, estas lesiones aparecen un aparecen luego de 2 a 4 semanas (12), se evidenciará con una mácula eritematosa, levemente pruriginosa, de un tamaño menor a 5 mm de diámetro, o también puede presentarse como un nódulo o una simple induración que puede ser única o

múltiple (13), respeta palmas, plantas y cuero cabelludo, pero también se ha encontrado casos donde afectan áreas corporales inusuales como el tórax, pelvis, glúteos o genitales.

La lesión es una úlcera que produce un exudado seroso, que al secarse forma una costra que cubre toda la herida, que luego cae y se observa una lesión redondeada, generalmente no dolorosa, con fondo granulomatoso grueso y con exudado seroso usualmente no purulento. Se va describir como una lesión de un “cráter de volcán”, con bordes elevados bien definidos, hiperpigmentados (violáceos) y poco sangrantes, en algunos pacientes pueden aparecer lesiones satélites, que tienden a fusionarse, originando una úlcera grande (13).

Puede estar acompañada con linfadenitis local y regional en los estadios iniciales de la enfermedad, además puede presentar en menor frecuencia: formas verrucosas, multinodular, linfonodular cerrada, linfonodular abierta, eczematoide, pseudo mucosa, lupoides, mixtas y cutáneo difusa.

**Leishmania mucocutanea:**

También llamada espundia, donde van hacer consecuencia de metástasis a partir de las lesiones cutáneas iniciales y se pueden presentar meses o años después de haber cursado la forma cutánea.

Las lesiones mucosas pueden comprometer labios, nariz, cavidad oral, faringe y/o otras mucosas expuestas (13).

La mucosa nasal inicialmente suele encontrarse eritematosa con ligero edema y luego de algunas semanas se desarrolla tejido granulomatoso y en algunos casos se ulcera. En casos crónicos existe perforación del tabique nasal y cuando la destrucción es extensa se produce la caída del extremo distal de la nariz, produciendo la llamada “nariz de tapir”. Se puede evidenciar el

compromiso cutáneo periférico a la lesión mucosa nasal, con presencia de edema y eritema en el extremo distal de la nariz y las alas nasales (13).

### **Leishmania visceral:**

En la Leishmania visceral hay un periodo de incubación que varía entre 4 a 10 meses (12), donde se encuentran lesiones en la puerta de entrada y que pasan desapercibidas, por lo que la enfermedad es aguda, pero generalmente va tener evolución crónica.

Las manifestaciones que se van a encontrar son fiebre que dura semanas y se alterna con periodos afebriles (12), caquexia, color gris de la piel, esplenomegalia y hepatomegalias progresivas, es característico que se encuentre linfadenopatías periférica. En la fase crónica, la esplenomegalia es muy marcada y puede llegar hasta la fosa iliaca derecha, con abultamiento considerable del abdomen. Existe una linfadenopatía generalizada, en especial de los ganglios mesentéricos, epistaxis, hemorragia gingival, edema y ascitis. En algunas ocasiones se observa ictericia leve, y es considerado como signo de mal pronóstico. Los hallazgos de laboratorio incluyen anemia normocítica normocrómica, neutropenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia y elevación de las transaminasas (13).

### **Diagnostico**

Para ser el diagnostico de Leishmaniosis se tiene los siguientes exámenes:

Los exámenes parasitológicos que permiten confirmar la naturaleza etiológica de la enfermedad mediante la observación del parásito: frotis de las lesiones sospechosas y el Cultivo "in vitro". Las muestras para el diagnóstico parasitológico están constituidas por tejido y/o linfa (exudado); los procedimientos de obtención más comunes son: raspado de lesión, biopsia y aspirado.

Exámenes inmunológicos: la Intradermoreacción de Montenegro (IDR), Inmunofluorescencia indirecta, ambos métodos no permiten distinguir una infección reciente de una infección antigua, en especial en pacientes que viven en áreas endémicas.

### **Tratamiento:**

En el tratamiento para Leishmaniosis según la Organización Panamericana de la Salud en su guía de recomendación para el tratamiento (15) nos muestra una serie de fármacos, entre los cuales tenemos:

- Antimoniales pentavalentes: 10 a 20 mg de antimonio pentavalente en dosis única diaria durante 20 días.
- Anfotericina B liposomal, Intravenosa 2 a 3 mg/kg/d hasta 20 a 40 mg/kg de dosis total.

### **Prevención:**

- Utilizar repelentes para insectos, mosquiteros o telas metálicas y usar camisas de manga larga y pantalones o repelente en el caso de transitar por zonas selváticas o con mucha vegetación.
- Fumigar las paredes de las viviendas con insecticidas de acción residual (14).
- Permanencia entre el toldillo durante el tiempo de mayor actividad de los vectores (5-11 p.m. y amanecer) (14)
- Vigilancia de sintomatología en perros, y se debe tener en cuenta que el sacrificio de los perros infectados no se puede implementar como medida única. (14)
- La aplicación de insecticidas contra los vectores en zonas donde exista transmisión intradomiciliar o peridomiciliar, en áreas urbanas o periurbanas o

en ciertas áreas rurales donde se tenga concentraciones poblacionales expuestas (12).

- Construcción de viviendas dejando una distancia de al menos 400 metros a partir del límite de los bosques o áreas de densa vegetación (16).
- Se debe promover la limpieza de las malezas, piedras, drenajes de acequias y troncos de madera en descomposición en los alrededores de la vivienda (12).



## **1.4 Formulación del problema.**

¿Cuál es la actitud, el nivel de conocimientos y prácticas sobre Leishmaniosis en la población de Salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014?

## **1.5 Objetivos de la Investigación**

### **1.5.1 Objetivo General**

- Medir el nivel de conocimientos y prácticas sobre Leishmaniosis, y definir el tipo de actitudes respecto a Leishmaniosis que tiene la población de Salas, entre el periodo de setiembre y octubre del 2014.

### **1.5.2 Objetivos específicos.**

- Definir los conocimientos básicos y las prácticas sobre leishmaniosis que debe conocer y practicar la población de Salas.
- Identificar los conocimientos sobre la vía de transmisión y tratamiento, y las diferentes actitudes que tiene la población de Salas sobre la Leishmaniosis.
- Describir las prácticas más frecuentes que desarrollan las familias para la prevención y control de la Leishmaniosis.

## **1.6 Justificación de la Investigación**

Es un trabajo nuevo y novedoso en Lambayeque, que tiene como fin de conocer si la población de Salas tiene los conocimientos básicos sobre las vías de transmisión, sintomatología, tratamiento y prevención de Leishmaniosis, además es de identificar cuáles son las actitudes que tiene la población frente a



esta enfermedad, y por último el de describir las prácticas más frecuentes que desarrolla la población de Salas para la prevención y control de Leishmaniosis; de esta manera se contribuiría con el personal de Ministerio de Salud en informarles si la población tiene los conocimientos, actitudes y prácticas necesarias para prevenir, tratar y controlar la Leishmaniosis, para que tenga en cuenta el Ministerio de Salud en realizar charlas informativas y campañas médicas en la población de Salas, y así disminuir nuevos casos de Leishmaniosis en un futuro.

### **1.7 Limitaciones del estudio**

Una de las limitaciones del proyecto es que al momento de ir a realizar la encuesta a Salas los pobladores no estén de acuerdo en ser encuestados y esto haría que se disminuya la muestra planteada en el proyecto de investigación.

Los pobladores de las diferentes comunidades de Salas no hablen el castellano, por el cual no habría una buena comunicación, y se pediría ayuda a los médicos o enfermeras que trabajan en ese lugar, para que nos ayuden en la traducción del quechua al castellano.

Y por último que los caseríos donde se van a realizar las encuestas haya un difícil acceso para llegar al lugar, es decir hay una limitación geográfica, por lo que la muestra planteada disminuiría.

### **1.8 Viabilidad del estudio**

El proyecto de tesis es viable porque el estudio de la población se realizara en los distritos endémicos de Leishmaniosis y es factible porque se realizara con el previo consentimiento de la población en estudio, utilizando una encuesta.

## 1.9 Formulación de hipótesis

El conocimiento de Leishmaniosis en la población de Salas es insuficiente.

Las prácticas de Leishmaniosis que realizan la población de Salas para la prevención y control son inadecuadas.

Las actitudes sobre Leishmaniosis que tiene la población de Salas son incorrectas.



### 1.10 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	
Características epidemiológicas	Edad	Edad	Datos tomados del DNI. Años cumplidos	Razón	
	Sexo	Femenino			Nominal
		Masculino			
	Nivel educativo	Nivel educativo	Ninguno		Nominal
			Primaria		
			Secundaria		
			Nivel superior		
	Procedencia	Procedencia	Salas	SI / NO	NOMINAL
			Chita Baja		
			Corral de Piedra		
			Huaratora		
La Alita					
Huayros					
Pampa Verde					
Pilasca					
Araumujada					
Papairca					
Succha Baja					
Conocimiento sobre Leishmaniosis		Bueno	8 a 10 pts	Ordinal	
		Regular	4 a 7 pts		
		Malo	0 a 3 pts		

<b>Prácticas en Leishmaniosis</b>	Medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza repelentes.</li> <li>• Utiliza mosquiteros o telas metálicas</li> <li>• Utiliza camisas de manga larga y pantalones .</li> </ul>	ADECUADAS / INADECUADAS	Nominal
Actitudes en Leishmaniosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante síntomas presuntivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acude al hospital</li> </ul>	CORRECTA/ INCORRECTAS	Nominal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición a participar programas educativos sobre Leishmaniosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta en asistir.</li> </ul>	CORRECTAS/ INCORRECTAS	Nominal



## Definiciones de variables

a. **Conocimiento sobre Leishmaniosis:** es conocimiento básico de Leishmaniosis que tiene la población sobre: si reconocen la lesión, el modo de trasmisión, vector y tratamiento.

b. **Prácticas en Leishmaniosis:** son las diferentes medidas de prevención que tiene que conocer la población para así prevenir en un futuro de presentar la enfermedad.

Se coloca como prácticas correctas siempre y cuando la población haya respondido mayor igual el 75% de preguntas bien, y como prácticas incorrectas que tenga como respuestas menos del 75%.

c. **Actitudes en Leishmaniosis:** es la manera de cómo la población va actuar ante síntomas presuntivos de Leishmaniosis y además la disposición a participar de programas educativos sobre esta enfermedad.

Se coloca como actitudes adecuadas siempre y cuando la población haya respondido mayor igual el 75% de preguntas bien, y como actitudes inadecuadas que tenga como respuestas menos del 75% de las preguntas.

d. **Características epidemiológicas:** se tiene en cuenta tres aspectos: la edad, el sexo y la procedencia que es lugar de origen de la población en estudio, que son: Salas (zona urbana), Chita Baja, Corral de Piedra, Huaratora, La Alita, Huayros, Pampa Verde, Pilasca, Araumujada, Papairca y Succha Baja, que pertenecen al distrito de Salas.

## II.- MATERIALES Y METODOS



## **2.1 Tipo de investigación:**

El diseño que se utilizó en el presente proyecto de investigación es observacional, de tipo descriptivo y con enfoque cuantitativo.

## **2.2 Población y muestra**

La población de estudio es del distrito de Salas de 11745 habitantes que pertenecen a la provincia Lambayeque, el cual están distribuidos por 63 caseríos.

Para obtener la muestra se utilizó el programa de EPIDAT 3.1, donde se trabajó con los siguientes datos:

- Población de 11745 hab.
- Nivel de confianza de 95%
- Error de 0.5
- Proporción esperada 68%, dato tomado del antecedente del trabajo de Nieves, Elsa y col Venezuela 2007 (5), de la variable de conocimientos sobre leishmaniosis (conocimiento insuficiente).

Nos dio como muestra de 326 habitantes en total del distrito de Salas.

Luego se hizo en programa EPIDAT 3.1 la selección de muestra, en el cual se utilizó la opción el muestreo conglomerado bietápico, donde cada caserío viene hacer un conglomerado y esto a su vez está agrupados por 5 sectores.

De los cuales 5 sectores se aplicado un muestreo aleatorio, en el cual solo dos sectores han sido elegidos: el sector 1 y sector 4, cada sector con sus conglomerados, y de los cuales se aplicado el muestreo por conglomerados y ha dado como resultado en la muestra: el número de conglomerados (caseríos)

son 11 y en el tamaño de muestra de 390 habitantes en total de todos los 11 conglomerados.

**TABLA N°1: POBLACION Y MUESTRA DEL DISTRITO DE SALAS**

	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Tamaño	11745	390
Numero de conglomerados	63	11

De cada conglomerado elegido se va encuestar un número de casas, y de cada casa solamente se encuestara a una sola persona, es decir de 1 casa es igual a 1 habitante, y de esta manera hasta completar la muestra de cada conglomerado.

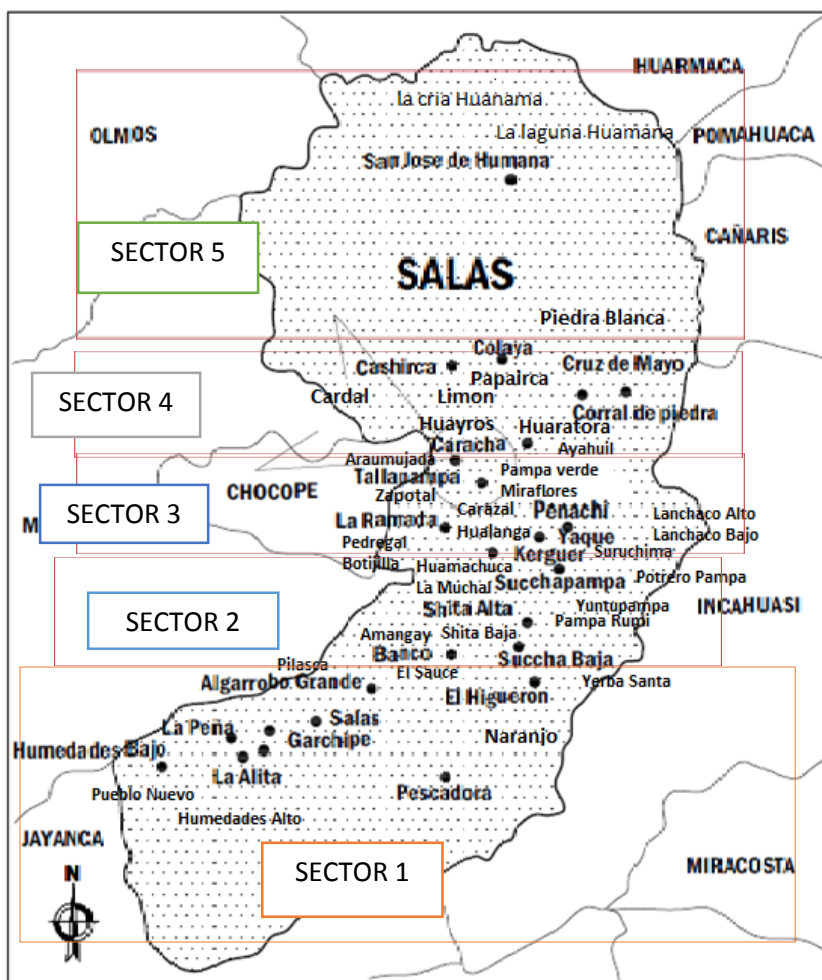
**TABLA N°2: TAMAÑO Y MUESTRA DE CADA CONGLOMERADO**

Conglomerado	Tamaño	Muestra
Araumujada	152	15
Chita Baja	144	14
Corral de Piedra	382	38
Huaratora	215	21
La Alita	222	22
Huayros	64	6
Pampa Verde	212	21
El Sauce	137	13
Salas	2082	207
Papairca	150	15



Succha Baja	170	18
Total	3930	390

Figura 1: Mapa Político de Salas



Del conglomerado de Salas se dividió en 4 sectores, de los cuales a cada sector se dividió por manzanas, y estas a su vez fueron sorteadas, de las cuales solo se escogieron la mitad de cantidad de manzanas de cada sector, y estas fueron elegidas para aplicar las encuestas. Ya elegida la manzana, se empezó por la derecha a encuestar, dejando una casa y si en la casa no se encontraba ninguna persona o no se aceptaban se pasaba a la otra casa de la

derecha, y si ahí tampoco no había nadie o no aceptaban se tomó como perdida esa casa y se pasa a la otra que tocaba; así se obtuvo del mismo Salas 190 encuestas con una pérdida de 17 casas por no encontrarse ningún habitante o porque no aceptaban dicha encuesta.

En los 10 caseríos elegidos por encontrarse las casas dispersas se eligió las casas de forma aleatoria y de esa manera completar toda la muestra para el caserío correspondiente.

Teniendo como resultado una población encuesta de 373 habitantes de muestra seleccionada del distrito de Salas.

#### **Criterios de inclusión**

- Solo se encuestara a una sola persona por cada casa, que será aquella que se encarga del cuidado del hogar.
- Población que tenga radicando como mínimo 6 meses en el lugar de estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Población que no acepte participar en estudio.
- Población que no tenga el mismo idioma que el encuestador.

## **2.3 Técnicas de recolección de datos:**

### **2.3.1 Descripción de los instrumentos**

Los datos fueron extraídos de una encuesta que consta de 4 secciones: Datos generales, datos sobre conocimientos (8 items), datos sobre las diferentes prácticas (4items) y datos sobre las actitudes (4items) de la población de Salas, y en total va estar conformada por 16 preguntas.

### **2.3.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos:**

Las preguntas de la encuesta se han elegido del trabajo de Venezuela de Nieves, Elsa y colaboradores (5) y han sido adaptadas para nuestra realidad, motivo por el cual se realizó primero la validación por expertos y posteriormente se realizó la prueba piloto, que fueron 2, una sirvió para ver el léxico y la comprensión de la población con cada pregunta que se le hacía, y en el segundo piloto ya con las correcciones que se tuvo del primer piloto, dando como resultados para las variables cuantitativas con una correlación Pearson: conocimientos (0.80-0.927), prácticas y actitudes (0.91), y cualitativamente: coeficiente de Kappa: conocimientos (0.8083), practica y actitudes (0.91).

Para la realización de la base de datos y cuadros estadísticos se utilizó el programa SPSS 17.

### **2.3.3 Análisis estadístico:**

Todos los datos recolectados por medio de la encuesta (anexo 1) se describió en proporciones para los resultados, motivo por el cual se utilizó el programa SPSS versión 17.5 y EXCEL 2013 para el desarrollo de tablas de distribución numérica y porcentual.

## 2.4 Aspectos éticos:

La investigación no ha trasgredido los derechos de las personas, ya que paso por la revisión de la unidad de tesis de la Facultad para su respectiva aprobación. Luego de la aprobación por la unidad de tesis se pasó a pedir permiso al alcalde del distrito de Salas; y ya teniendo el permiso de las autoridades recién se encuestará a la población, donde se les pregunto si quieren participar en la encuesta, si es afirmativo se les realizo la encuesta pero si su respuesta es negativa se respetará su decisión, de esta manera se respetó el bienestar físico, mental, social y derechos de cada participante.





### **III.- RESULTADOS**

**Tabla N°1: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniosis en la población de salas**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Conocimientos</b>		
Malo	54	14.5
Regular	277	74.3
Bueno	42	11.3
<b>Actitudes</b>		
Incorrectas	6	1.6
Correctas	367	98.4
<b>Prácticas</b>		
Inadecuada	352	94.4
Adecuada	21	5.6

**Tabla N°2: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Leishmaniosis en los diferentes caseríos de Salas**

Caseríos	CONOCIMIENTOS			ACTITUDES		PRÁCTICAS	
	Malo	Regular	Bueno	Incorrecta	Correctas	Inadecuadas	Adecuadas
<b>Salas</b>	41	133	16	5	185	182	8
<b>El Sauce</b>	3	9	1	0	13	13	0
<b>Chita Baja</b>	0	10	4	0	14	14	0
<b>Corral de Piedra</b>	0	35	3	0	38	31	7
<b>Huaratora</b>	0	16	5	0	21	20	1
<b>La Alita</b>	8	12	2	0	6	19	3
<b>Huayros</b>	0	6	0	1	20	6	0
<b>Pampa Verde</b>	0	16	5	0	15	20	1
<b>Araumujada</b>	1	13	1	0	21	15	0
<b>Papairca</b>	0	13	2	1	14	14	1
<b>Succha Baja</b>	0	14	4	0	17	17	1

**Tabla N° 3: Conocimientos de Leishmaniosis en la población de Salas  
según su nivel educativo**

Nivel educativo	CONOCIMIENTOS			ACTITUDES		PRÁCTICAS	
	Malo	Regular	Bueno	Incorrecta	Correcta	Inadecuadas	Adecuadas
Ninguno	4	49	7	5	20	57	3
Primario	19	134	17	8	78	161	9
Secundario	25	75	14	52	64	107	7
Superior	6	19	4	1	24	27	2

**Tabla N°4: Conocimientos sobre Leishmaniosis en la población de Salas**

Características	Número/ porcentaje	
	No	Si
Reconoce la lesión	216 (57.9%)	157 (42.1%)
Reconoce el vector	269 (72.1%)	104 (27.9%)
Han escuchado de la enfermedad	39 (10.5%)	334 (89.5%)
Han tenido la enfermedad	227 (60.9%)	146 (39.1%)
Conoce si alguna persona cercana a padecido de la enfermedad	94 (25.2%)	279 (74.8%)
Conoce como se trasmite la enfermedad	74 (19.8%)	299(89.2%)
Conoce medidas de prevención	335 (89,8%)	38(10.2%)
Conoce el tratamiento	145 (38.9%)	228 (61.1%)



**Tabla N°5: Conocimiento sobre las medidas de prevención de Leishmaniosis en la población de Salas**

<b>Medida prevención</b>	<b>Si</b>
Ropa larga	39 (10.5%)
Toldillos/ mosquiteros	119 (31.9%)
Eliminando mosquitos	45 (12.1%)
No se puede prevenir	33 (8.8%)
No sabe /no responde	185 (49.6%)

**Tabla N °6: Conocimiento sobre el tratamiento de la Leishmaniosis**

<b>Tratamiento</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje %</b>
Acido de batería	10	2.7
Kerosene	9	2.4
Medicamentos	228	61.1
Plantas	10	2.7
Quemadura	22	5.9
Otros	7	1.9
No sabe / no responde	87	23.3

**Tabla N°7: Prácticas Inadecuadas sobre Leishmaniosis, en la población de salas**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
------------------------	---------------	----------

<b>Medidas para controlar las picaduras de zancudos</b>		
No uso de cremas	354	94.9
No uso de ropas largas	334	89.5
No utiliza	111	29.8
No uso de mosquiteros	158	42.4
<b>Acostumbra a exponerse a zancudos en la atardecer</b>	109	29.2
<b>Se protege de los zancudos al dormir</b>	104	27,9
<b>Realiza limpieza alrededor d su casa</b>	38	10.2





## IV.- DISCUSIONES

- Según los resultados obtenidos se tiene que en trabajo de Fernández, Zulay y col. (Venezuela 2007) el 68% sabe que la leishmaniosis es transmitida por la picadura de un mosquito y el 38% identifica al agente

transmisor (*Lutzomyia* sp.), mientras que en nuestro trabajo se obtuvo 89.2% conoce como se trasmite, pero solo 27.9% idéntica el vector; mientras que en el trabajo de Nieves, Elsa de Venezuela se obtuvo que el 60% en Bolero Alto y 53% en Bolero Bajo reconocieron el transmisor, a comparación con nuestro trabajo y el de Fernandez que tienen un porcentaje menor, esto se puede deber a que la población no tiene una adecuada información que no van a saber identificar el vector que lo trasmite, de esta manera se seguirán aumentado los casos de Leishmaniosis, porque la población no sabrá identificar el vector que ocasiona esta enfermedad.

- En los resultados del trabajo de Isaza, Diana María y col. (Colombia 1997), indican que 94% de la población conoce la leishmaniosis y el 35% reconoce que se trasmite por una picadura de un insecto, el 45% no saben cómo prevenir la enfermedad, mientras que en nuestro trabajo 74.3% tienen un regular conocimiento y solo el 11.3% tienen un buen conocimiento, pero el 89.8% no sabe cuáles son las correctas medidas de prevención que se tienen que utilizar para prevenir dicha enfermedad, y de cierta manera se puede explicar ya que solo el 74.3% tiene un regular conocimiento de esta enfermedad que pueden saber una de las tantas medidas de prevención que se utiliza para prevenir, como por ejemplo: utilizar mosquiteros, tull, repelentes y cremas, no exponerse en las horas donde circulan los vectores, eliminado los vectores, la población puede saberlas pero no realizarlas.
- Encontramos que en trabajo de Isaza, Diana María y col. (Colombia 1997) que 23% utilizaba tratamiento de hierbas, hojas y frutos, el 10%

quemaba la lesión, y solo el 10% se trataba con medicamentos, el 20% se iba al curandero, 17% consultaban a los médicos, el 6% consultaba a las personas mayores, el 23% consultaban al curandero y médico a la misma vez, en nuestro trabajo se encontró que el 61.1% sabe que el tratamiento es con medicamentos y que solo 2.7% se utiliza plantas, ha disminuido a comparación con el trabajo de Izaga y esto se podría ser porque dicho trabajo fue realizado en 1997 donde quizás no habían establecido de centros de salud cercano y/o no realizaban charlas educativas sobre esta enfermedad a la población, o que la población no recurría a los centro de salud cuando presentaban esta enfermedad y utilizaban lo que la naturaleza les brindaba o ponían en prácticas sus creencias que tenían, ahora en la actualidad la población ya recurre a los centros de salud más a menudo en donde ya se pueden informar de medidas de prevención, esto no solo depende de la población sino también del trabajador el centro de salud en realizar charlas educativas de forma llamativa para que el poblador se dé tiempo en asistir a dichas charlas, que tomen atención adecuada para que lo aprendido lo ponga en práctica en sus hogares; la población tiene la actitud de ir a charlas educativas y de informarse sobre esta enfermedad para así evitar el aumento de casos de esta enfermedad, ya que los más afectados son los niños.

## V.- CONCLUSIONES



- Se concluye que la población de Salas tiene un regular conocimiento, que es el 74.3% (277 hab), de los cuales 161 hab. son mujeres y 116 son varones, y tiene un malo conocimiento de la leishmaniosis el 14.5% (54 hab) que están conformados por 33 mujeres y 21 son varones.

- Se obtuvo que de la población de Salas realiza prácticas inadecuadas para la prevención de esta enfermedad, y solo el 5.6% (21 hab) tiene adecuadas prácticas.
- Se concluye que la población de Salas tiene actitud adecuada sobre esta enfermedad, ya que si se enferman de la Uta al primer lugar donde irían es al centro de salud y aceptarían el tratamiento que les den, además el interés de estar informados de esta enfermedad, que están dispuestos a recibir charlas educativas sobre el tema.
- Se concluye que la población que tiene un regular conocimiento a estudiado hasta primaria, que son 134 habitantes; luego los que estudiaron hasta nivel secundario solo 75 habitantes tienen un regular conocimiento; los que no tienen ningún estudio son 49 habitantes y por último los que tienen estudios superiores son 19 habitantes tienen conocimiento de esta enfermedad.
- Se obtuvo que en conocimientos el 57.9% no reconoce la lesión y el 72.1% (269 hab) no reconocen el vector, pero el 89.2% (299 hab) conoce como se trasmite y el 61.1% (208 hab) sabe cuál es tratamiento adecuado para esta enfermedad. Por último el 89.5% (334hab) ha escuchado de la enfermedad, que el 39% (146 hab) ha tenido la enfermedad y que el 74.8 % (279 hab) conoce algún familiar o amigo o conocido que tenga o que haya tenido esta enfermedad.
- El 91.2% (340 hab) de la población sabe una o más de las medidas de prevención, entre los cuales: mosquiteros, saben uso de ropa largas y saben que eliminando los mosquitos.
- Se concluye que de la población que realizan prácticas inadecuadas no usan medidas de prevención para controlar las picaduras de zancudos,

entre las cuales tenemos los siguientes: 354 hab. no usan cremas, 334 hab. no usan de ropas largas, que 158 hab. no usan mosquiteros, 111 hab. no utiliza nada, los 109 hab. está acostumbrado a exponerse a los zancudos en el atardecer, 104 hab. no usa ninguna medida para protegerse contra las picaduras de zancudos, y por último los 38 hab. no realiza ninguna limpieza alrededor de su casa.





## VI.- RECOMENDACIONES



- Se recomienda al personal del centro de salud a que realicen charlas educativas y campañas a la población de esta enfermedad, de esta manera reforzarían el tema de prevención de esta enfermedad, ya que como se ve en los resultados su conocimiento es regular, que pueden

que sepan de esta enfermedad por que lo han escuchado pero no saben cómo se previene y a esto a su vez no trae a que no tengan una adecuada medida de prevención por su misma ignorancia, por lo que se recomienda que hagan constantemente charlas, campañas de esta enfermedad a la población de Salas.



## **VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**



- 1.- Boletín Epidemiológico 1 (Lima), DGE-MINSA-Perú. [Internet]. Diciembre 2013, [Citado 21 abril 2014]; 23(1), Disponible en:  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/01.pdf>
- 2.- Boletín Epidemiológico 6 (Lima) DGE-MINSA-Perú. [Internet]. Febrero 2013; [Citado 21 abril 2014]; 22(6), Disponible en:

<http://www.dge.gob.pe/boletines/2013/06.pdf>

3.- Boletín Epidemiológico 52 (Lima), DGE-MINSA-Perú. [Internet]. Diciembre 2012; [Citado 21 abril 2014]; 21(52), Disponible en:

<http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf>

4.- Fernández Z, Oviedo M, Vívenes M, Maffei M, González A, Vásquez L. Leishmaniasis visceral en Trujillo, Venezuela: conocimientos, actitudes, prácticas (CAP) y estrategias de prevención y control. Fermentum Mérida - Venezuela Abril 2011; 21 (60): 45-64

5.-Nieves E, Villarreal N, Rondón M, Sánchez M, Carrero J. Evaluación de conocimientos y prácticas sobre leishmaniasis tegumentaria en un área endémica de Venezuela. Biomédica 2008; 28:347-56

6.-Isaza DM, Restrepo BN, Arboleda M, Casas E, Hinestroza H, Yurgaqui T. La leishmaniasis conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1999; 6 (3)

7.- Dobles U A, Perriard C. Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la leishmaniasis cutánea en la población del Cantón de Acosta, provincia de San José, Costa Rica. Estudio antropológico exploratorio. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro Apr/Jun, 1994; 10 (2): 181-189

8.- Weigel M M, Armijo R X, Racines R J, Zurita C, Izurieta R, Herrera E, Hinojosa E. La leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador: percepciones, conocimientos y tratamientos populares. *Bol. Oficina Sanitaria Panam* 1994; 117 (5)

9.- Leishmaniasis [Internet]. Abril 2014 [Citado 21 abril 2014]. Disponible:

<http://www.paho.org/world-health-day-2014/wp-content/uploads/2014/02/Leishmaniasis-esp.pdf>

10.- Protocolo de Vigilancia y Alerta de LEISHMANIASIS [Internet]. Julio 2012 [Citado 24 abril 2014]. Disponible:

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_1\\_vigilancia\\_de\\_la\\_salud/protocolos\\_actuacion\\_2012/pr\\_leishmaniasis12.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_1_vigilancia_de_la_salud/protocolos_actuacion_2012/pr_leishmaniasis12.pdf)

11.- Sanchez S L, Saenz A, Pancorbo M E, Pancorbo M J, Zegarra DC R, Garcés V N, Regis R A. Leishmaniasis. *Dermatol. Perú* 2004; 14 (2): 82-98

12.- Leishmania, Módulos Técnicos Serie Documentos Monográficos N°8 [Internet]. 2000 [Citado 24 abril 2014]. Disponible:

<http://www.diresalima.gob.pe/descargas/epi/serie/Leishmaniasis.PDF>

13.- Noma técnica diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniosis en el Perú [Internet]. Diciembre 2005 [Citado 24 abril 2014]. Disponible: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/NTLEISHMANIOSIS-MINSA.doc>

14.- Echeverry MC y col. Leishmaniosis en las Américas: recomendaciones; 2005 [Citado 26 abril 2014]. Disponible:

<http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Leishmania.pdf>

15.- Leishmaniosis en las Américas, recomendaciones para el tratamiento [Internet]. 2013 [Citado 26 abril 2014]. Disponible:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=2226&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2226&Itemid=)

16. - paho.org [homepage on the Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, [actualizado mayo 2014; citado 30 abril 2014]. Disponible:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6417&Itemid=39345&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417&Itemid=39345&lang=es)

## ANEXO N°1

### **CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE UTA**

Encuesta No:

Fecha:

Localidad:

Soy estudiante de USMP-FN de la Facultad de Medicina Humana y estoy realizando una encuesta acerca de los Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre Leishmaniosis en la población de Salas, entre el periodo setiembre-

octubre del 2014, el mismo que tendrá un carácter anónimo, personal y servirá únicamente para el proyecto de investigación, por lo que le pido que acepte ser encuestado, y de ser así responda de manera clara y precisa la respectiva encuesta.



### I.- Datos Generales

Sexo: F ( ) M ( )

Edad:

Nivel educativo

Ninguno:

Primario:

secundario:

superior:

### II.- Datos de la Enfermedad:

1.- En la siguiente figura reconoce en que enfermedad se presenta.

- NO ( )
- SI ( ) ¿cómo se llama? .....

2.- Usted sabe que enfermedad trasmite este insecto

- Dengue ( )



- Fiebre amarilla ( )
- Uta ( )
- No sabe/ no responde ( )

3.- Ha escuchado hablar de la Uta

- No ( )
- Si ( )

4.- Usted tuvo antes uta.

- No ( )
- Si ( )

5.- Usted conoce alguna persona que tenga o que haya tenido uta.

- No ( )
- Si ( )

6.- Usted sabe ¿Cómo se transmite la uta?

- Herida ( )
- Mordedura ( )
- Picadura ( )
- Contacto con un animal ( )
- Otros ( )
- No sabe ( )

7- Usted sabe ¿Cómo se puede prevenir de la uta? Puede marcar varias alternativas.

- Usando ropas largas ( )
- Mosquiteros y usando toldillos( )
- Eliminando los mosquitos ( )
- No se puede prevenir ( )
- No sabe/no responde ( )

8- Usted usa alguna medida para controlar o protegerse contra las picaduras del insecto

- Usando ropas largas ( )
- Usando toldillos/ mosquiteros
- Usando Cremas ( )
- No utiliza ( )

- Otros ...

9.- Usted se protege contra los zancudos al dormir.

- No ( )
- Si ( ) ¿Cómo? \_\_\_\_\_

10.- Acostumbra exponerse a zancudos al atardecer.

- Siempre ( )
- Nunca ( )
- A veces ( )

11- Usted realiza limpieza alrededor de su casa, limpiando malezas, troncos y piedras.

- No ( )
- Si ( )

12.- Sabe usted, ¿Cómo se trata la uta?

- Ácidos de batería ( )
- Plantas (hojas o frutos) ( )
- Kerosene ( )
- Quemadura con cuchara de plata o metal caliente ( )
- Medicamentos ( )
- Otros ( )
- No sabe/no responde ( )

13- Donde acudiría si se enferma con uta:

- Yerbero/ curandero ( )
- Familiares de Mayor edad ( )
- Médico /centro de salud ( )
- Otro.....

14- Aceptaría una charla educativa sobre la uta:

- No ( )
- Si ( )

Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta 14, responda las siguientes preguntas.

15- En que turno prefiere que se dicte las charlas educativas sobre la uta:



- Mañana ( )

- Noche ( )

- Tarde ( )

16- Donde le gustaría recibir la charla educativa:

- Escuela ( )

- Centro de salud ( )

- Casa ( )

- Otros



