



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS
ACERCA DE LA BARTONELLOSIS
HUMANA EN EL DISTRITO DE LAS
PIRIAS PROVINCIA DE JAEN AÑO
2005**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON
MENCION EN GESTION DE SERVICIOS DE
SALUD

LUIS ALBERTO FUENTES TAFUR

LIMA – PERÚ

2014

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE

Dra. Inés Bustamante Chávez

VOCAL

Dr. Rubén Espinoza Carrillo

SECRETARIO

Dr. Alfonso Nino Guerrero

ASESOR:

Dr. Elmer Alejandro Llanos Cuentas

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento especial al Dr. Alejandro Llanos Cuentas por sus enseñanzas, asesoramiento y acompañamiento para la construcción de la presente investigación. Asimismo a la Licenciada Albila Domínguez y al Profesor Belisario Tocto mi reconocimiento por sus aportes metodológicos.

A los docentes de la FASPA por compartir sus conocimientos durante mi formación y a mis compañeros de ruta, porque sin ellos la Maestría no hubiera colmado mis expectativas.

A la Sub Región de Salud Jaén; al personal de salud, al gerente del Centro de Salud las Pirias y a todas las personas que facilitaron la ejecución del estudio y aportaron a su consolidación.

Luís Alberto Fuentes Tafur

*Dedicado a ti Papá Dios, por ser mi guía, mi fuente
de inspiración y por todo lo hermoso que me has
dado: mis padres, mis hijos, mí familia, mis amigos
(que es toda la humanidad)...es decir
¡Gracias por darme la vida!*

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.1 Planteamiento de la investigación
- 1.2 Marco teórico
 - 1.2.1 Antecedentes
 - 1.2.2 Bases teóricas
- 1.3 Justificación
- 1.4 Objetivos
 - 1.4.1 Objetivo general
 - 1.4.2 Objetivos específicos

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

- 2.1 Diseño del estudio
 - 2.1.1 Consideraciones metodológicas del lugar de estudio
- 2.2 Tipo de estudio
- 2.3 Población
- 2.4 Tamaño muestral
 - 2.4.1 Criterios de inclusión y exclusión
- 2.5 Operacionalización de las variables
- 2.6 Instrumentos
- 2.7 Técnicas de recolección de datos

2.8 Procesamiento y Plan de análisis de datos

2.9 Consideraciones éticas

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Características generales

3.2. Conocimientos acerca de la Bartonellosis

3.2.1. Nivel de conocimientos

3.2.2. Categorías evaluadas en la variable conocimiento

3.3. Actitudes sobre la Bartonellosis

3.4. Prácticas acerca de la Bartonellosis

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

BIBLOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Nro	NOMBRE	Pág.
TABLAS		
01	Características de la población general. Distrito de Las Pirias -2005	37
02	Nivel de conocimientos sobre la Bartonellosis de la población mayor de 18 años. Distrito de Las Pirias, (N = 2699). 2005.	38
03	Nivel de conocimientos sobre la Bartonellosis según categorías en población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias - Provincia de Jaén (N = 2699).	39
04	Conocimiento del agente causal de la población del distrito de Las Pirias (N = 2699)-2005.	40
05	Conocimiento sobre el cuadro clínico de la población del distrito de Las Pirias (N = 2699)-2005.	41
06	Conocimiento sobre la transmisión de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias. (N = 2699)-2005.	43
07	Conocimiento sobre el tratamiento de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias -2005	45
08	Conocimiento sobre las medidas de prevención de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias -2005	46
09	Conocimiento sobre las medidas de control de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias -2005	47

10	Conocimientos evaluados sobre la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito Las Pirias (N = 2 699)	48
11	Nivel de actitudes frente a la Bartonellosis en la población mayor de 18 años del distrito de Las Piras -2005	49
12	Actitudes frente a la Bartonellosis según subcategorías- extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N =2699)	50
13	Actitudes favorables respecto a la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N = 2 699)	52
14	Prácticas que realiza la población del distrito de Las Pirias acerca de la Bartonellosis (2699)	53
15	Prácticas evaluadas por categorías y niveles sobre la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N =2699)	54

GRÁFICOS:

01	Conocimientos del cuadro clínico de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias –año 2005.	41
02	Conocimientos del vector de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias. Año 2005	42
03	Conocimientos sobre medidas de prevención de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias- 2005	46

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Bartonellosis en el distrito de Las Pirias, Provincia de Jaén. Año 2005

Luís Alberto Fuentes Tafur

RESUMEN

Introducción. Debido a los riesgos y externalidades económico-sociales producido por la Bartonellosis Humana, así como las graves repercusiones en la Salud Pública de la región y del país, se hace necesario investigar, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población del distrito de Las Pirias. La finalidad es aportar al diseño de políticas y estrategias educativo comunicacionales para su control.

Objetivo. Determinar el nivel de Conocimientos, actitudes y Prácticas acerca de la enfermedad de la Bartonellosis.

Material y métodos. Estudio poblacional descriptivo transversal desarrollado entre Enero 2004 y Marzo del 2005 en el Distrito de Las Pirias, provincia de Jaén departamento de Cajamarca. El universo fue de 2,699 personas iguales o mayores a 18 años, distribuidas en 23 localidades. El muestreo fue en forma aleatoria, por conglomerado bietápico y se entrevistó a 391 personas. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de tres instrumentos: 14 preguntas de conocimientos, 16 de actitudes y 06 de prácticas con $p=$ a 0.05 y 95% de confianza

RESULTADOS: Los resultados extendidos a una población de 2699 personas mayores o igual a 18 años de edad mostraron que: un 24,8% tenían conocimientos suficientes, el 97,5% actitudes favorables pero sólo el 12,25% presentaba prácticas saludables en relación a la Bartonellosis.

CONCLUSIONES: La población de Las Pirias tiene conocimientos básicos, actitudes favorables y prácticas no saludables en relación a la Bartonellosis, lo cual sugiere un pobre aporte de la población al control de esta enfermedad.

Palabras Clave Bartonellosis, conocimientos, actitudes, prácticas

Knowledge, attitudes and practices among Bartonellosis in Pirias District from Jaen province. 2005 year.

Luis Alberto Fuentes Tafur

ABSTRACT **Introduction.** Because of the risks and socio-economic externalities produced by the Human Bartonellosis and the serious implications on public health in the region and the country, it is necessary to investigate the knowledge, attitudes and practices of the population of The district Pirias. The aim is to contribute to the design of policies and educational and communicational strategies for its control.

Objective. Determining the level of knowledge, attitudes and practices about the disease Bartonellosis.

Material and methods. It is a descriptive studio developed cross between January 2004 and March 2005 in the District of Las Pirias Jaen province Cajamarca department. The universe was 2699 persons distributed in 23 localities. The two-stage cluster sampling was for 391 homes and interviewing 391 people older or equal than 18 years old. Data were obtained through the application of instruments, with $p = 0.05$ and 95% confidence.

RESULTS: The results extended to a population of 2699 people showed that: 24.8% had sufficient knowledge, the 97.5% favorable attitudes but only 12.25% had healthy practices in relation to the Bartonellosis.

CONCLUSIONS: The population of Las Pirias have basic

knowledge, positive attitudes and unhealthy practices in relation to the Bartonellosis, suggesting a poor contribution of the population to control this disease.

Keywords Bartonellosis, knowledge, attitudes, practices

INTRODUCCION

La Bartonellosis o Enfermedad de Carrión es una enfermedad producida por la Bartonella bacilliformis y se trasmite por la picadura de un mosquito del género Lutzomyia. Esta enfermedad oriunda del Perú se presenta en forma endémica en ciertas regiones andinas y algunas selváticas, así como se han descrito casos en algunas localidades del Ecuador y Colombia (1) (2).

Es conocida desde las épocas pre-hispánicas, habiendo sido representada en huacos que muestran la fase crónica de la enfermedad (3). El primer reporte de la Enfermedad de Carrión en el Perú lo realiza el cirujano Gago de Vadillo en 1,632, quién describe la primera zona verrugosa en la localidad de Huaylas, departamento de Ancash (4). Sin embargo, su importancia como problema de salud pública data de 1,870 cuando un brote epidémico afectó a obreros que laboraban en la construcción del ferrocarril Lima - La Oroya, el cual se caracterizó por fiebre y anemia como síntomas predominantes, debido a ello a esta enfermedad se le denominó Fiebre de la Oroya (4) (5).

En 1,885, Daniel A. Carrión, estudiante de medicina, en un afán de demostrar la relación entre la fiebre de la Oroya (como manifestación aguda) y la verruga (como manifestación crónica), se inoculó con material tomado de un paciente portador de una verruga. Como consecuencia, Carrión desarrolló después de 21 días los síntomas de la fiebre de la Oroya y murió un mes después; por este motivo la Bartonellosis humana es denominada Enfermedad de Carrión.

Posteriormente, Alberto Barton descubrió el agente etiológico de esta enfermedad al que se le denominó Bartonella bacilliformes. (5).

Desde entonces esta enfermedad se ha diseminado por diferentes regiones del país constituyéndose en la enfermedad metaxénica causante de la mayor letalidad entre las enfermedades transmitidas por vectores en el Perú.

En la última década los brotes epidémicos han afectado a muchos distritos de las Provincia de Jaén y San Ignacio en el departamento de Cajamarca. Considerando el incremento de su incidencia, su alta mortalidad y letalidad, así como, su elevado impacto económico (1) (6), es considerada en la actualidad como una de las principales enfermedades reemergentes y un problema de salud pública en el país.

La epidemia que desde finales del año 2001 afectó la jurisdicción de la Dirección de Salud de Jaén (entre de ellos el distrito de Las Pirias-Jaén) motivó múltiples esfuerzos y diferentes intervenciones con el objetivo de controlar la enfermedad. Al lado de estrategias de atención de las personas afectadas -a pesar de las limitaciones de los servicios de salud- se piensa que la participación comunitaria, la educación y comunicación deberían de jugar un rol muy importante en el control de esta enfermedad, sin embargo se ha dejado notar que existe todavía un mundo desconocido en el que los pobladores realizan sus prácticas y adquieren sus saberes respecto de las diversas enfermedades y males (en especial sobre la Bartonellosis) que es necesario explorar.

El motivo de la presente tesis es en esencia, acercarse y comprender los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene/hace la comunidad, con la finalidad

de repensar y reorientar las intervenciones de carácter preventivo- promocional, así como, las recuperativas.

En el Capítulo I se realiza el Planteamiento del problema y se señala los objetivos de la investigación. En el Capítulo II se expone el diseño metodológico, el plan de análisis así como las consideraciones éticas. En el Capítulo III se presentan los resultados, en el IV se discuten estos, en el Capítulo V se presentan las conclusiones y en el VI las recomendaciones correspondientes. Al final se pone a consideración la Bibliografía consultada y los Anexos correspondientes.

En el curso de investigación de la maestría de salud Pública, dictada por la FASPA en Jaén, se propuso realizar estudios poblacionales sobre conocimientos, actitudes y práctica en diferentes distritos de Cajamarca, con la finalidad de entender las similitudes y diferencias poblacionales. La idea fue integrar todos estos estudios para proporcionar al Ministerio de salud, los insumos para reorientar los programas preventivo-promocionales, contemplando las diferencias regionales. Esta tesis es complementaria a las sustentadas para obtener el grado de magister por Troyes Lucinda, Reyna Estela, Guerrero Nancy y Monteza Betty; todas ellas realizadas en distritos de la provincia de Jaén en Cajamarca y cuya comunicación ha sido escasa y cuya información aún no ha sido utilizada como evidencia para la implementación de políticas públicas por los decisores políticos, hecho que ha facilitado la persistencia de la endemia con picos epidémicos en la misma región. Este estudio se realizó en el mismo periodo que las citadas anteriormente utilizando similar metodología. Se decide su presentación en la

actualidad, al no haber habido un impacto de los trabajos previos en las políticas de prevención de la región o a nivel nacional.

Con este estudio se espera contribuir a entender el proceso salud-enfermedad de la Bartonellosis y especialmente, llamar la atención del Ministerio de Salud, tanto a nivel nacional como regional, al presentar evidencias que deberían ser utilizadas para la formulación de políticas y estrategias adecuadas para su control, pues a pesar de ser un mal milenario oriundo de nuestro país, es, en virtud al poco apoyo económico y atención nacional, una ***“enfermedad pobre y de los más pobres”***.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Bartonellosis en el Perú es un daño ancestral cuya incidencia se ha incrementado significativamente en estos últimos años, extendiéndose a nuevas áreas de transmisión con una considerable letalidad, A nivel Nacional desde 1990-1995 el Ministerio de Salud (MINSA) notificó cerca de 800 casos de la enfermedad en catorce departamentos, de todos ellos Ancash reportó alrededor del 60 a 70% de los casos. (7) (8)

En los últimos años se han descrito nuevas áreas afectadas entre ellas zonas de selva alta (3) y a nivel nacional se han reportado casos en 13 de los 24 departamentos: Cajamarca, La Libertad, Ancash, Lima, Amazonas, Cuzco, Huanuco, Piura, Loreto, Lambayeque, Puno, Madre de Dios y Junín. (5).

En el 2003 en nuestro país se notificaron 6591 casos y 45 defunciones con una letalidad muy alta la cual supera a la letalidad registrada en años anteriores - a excepción de la reportada en 1998 (2.67%)- y que ha afectado principalmente a la población de menor edad. Del total de casos el 63.9% fueron menores de 15 años y 27.17% menores de 5 años.(9). El año 2004 la situación se agrava incrementándose a 11,479 casos y 66 fallecidos con una letalidad de 0,90%, siendo la provincia de Jaén y San Ignacio los de mayor notificación de casos (9).

Previo a 1990, en las provincias de Jaén y San Ignacio, solo existían reportes esporádicos de Bartonellosis. En el año 1991 se reportaron 71 casos de los cuales 53 de ellos fueron agudos. El año 1994 se registraron 5 casos mientras que durante los años 1996-1997 sólo se reportaron 1 caso en cada año, manteniéndose sin casos o mejor aún, no encontrándose reportes en el sistema de información de salud, aun cuando la población manifiesta que la enfermedad siempre estuvo presente.

Es partir del año 2000 que se experimenta un incremento importante en el reporte de casos en ambas provincias. En el año 2000 se notificaron 98 casos y 07 fallecidos afectando principalmente a la población joven. Apartir del año 2001, en el cual se reportó 121 casos, la enfermedad adquiere características epidémicas y re-emergente constituyéndose como un grave problema de Salud pública.

De igual manera en el año 2002 se reportan 632 casos, con un incremento de 422.3% en comparación al año anterior. En el año 2003, 954 casos fueron reportados mientras que el año 2004 se presentaron 4,070 casos con una tasa de incidencia acumulada (TIA) de 1,157.90 x 100,000 hab. y 28 fallecidos. Contrariamente el año 2005 se observa un ligero descenso, en el numero de casos reportando una TIA de 948,30 x 100,000 habitantes y una tasa de letalidad de 0.3% (10) reportando casos en 17 de los 19 distritos de Jaén y San Ignacio, siendo el grupo más afectado los menores de 5 años. Entre la población afectada por la enfermedad en la DISA Jaén se encuentra la asentada en el distrito de las Pirias lugar donde se realizó la investigación.

Los primeros reportes de la enfermedad en el distrito de Las Pirias se remontan al año 1994 con 5 casos no encontrándose reportes hasta 2002. En este año la enfermedad se expande a 7 localidades de un total de 23 que tiene el distrito con un total de 10 casos (tasa de incidencia de 139/100.000 habitantes). En el año 2003 se incrementaron a 55 casos con un fallecido afectando a 18 localidades presentándose el mayor numero de casos en las localidades de Quillabamba (16 casos) y el Laurel 12 casos (todos en niños menores de 9 años). En el año 2004 el distrito de las Pirias ocupa el primer lugar en incidencia de la enfermedad en la provincia de Jaén con una tasa de 732.36/100,000 habitantes.

A consecuencia de estos brotes epidémicos sostenidos, La DISA Jaén ha desarrollado intervenciones preventivo-promocionales, tanto desde el punto de vista del control de vectores (capturas y rociamiento con insecticidas), educativo-comunicacionales (diseño y elaboración de afiches y dípticos, difusión de mensajes educativos por la radio y el desplazamiento del personal a las comunidades) y de participación comunitaria como son el fortalecimiento de capacidades a los 810 promotores de salud que existen en Jaén y San Ignacio. Desde el punto de vista asistencial se fortaleció los establecimientos de salud y se incrementaron los puntos diagnósticos microbiológico. A pesar de estos esfuerzos no se obtuvieron buenos resultados observándose un incremento sostenido en la morbilidad y la letalidad con los costos económico social que ello implica. Es urgente explorar que elementos o circunstancias de la vida cotidiana están influyendo en estos hechos.

Los escasos estudios CAP realizados en zonas endémicas como Lima, Ancash y Cuzco han demostrado que la Bartonellosis Humana en la mayoría de los casos no es reconocida en su real gravedad por parte de la población (11). Un estudio CAP realizado en la provincia de Huaraz en 1993 concluyó que el desconocimiento, las actitudes y prácticas inadecuadas, facilitan por la transmisión de la Bartonellosis y por otro lado impide que el paciente sea atendido oportunamente, lo cual conlleva a complicaciones que pueden acarrear la muerte (12). Sin embargo la mayoría de estos estudios no son extrapolables a la población, debido a que la muestra utilizada no fue representativa de las poblaciones, por lo que los resultados podrían presentar sesgos importantes.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. Antecedentes

En el año 1978 Susuky realizó el primer estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre bartonellosis en las provincias de Huaylas, Yungay y Ancash. Los resultados de la aplicación de una encuesta a 1,037 familias mostraron que el 77,8% de los encuestados refirieron conocer la enfermedad, principalmente por la observación del brote verrucoso y por síntomas tales como los dolores osteomusculares acompañados de palidez y decaimiento general. Solo el 22,6% conocía que la enfermedad se trasmite por la picadura de “titiras” (*Lutzomya verrucarum*), el 20% lo asociaba a beber o bañarse con agua contaminada, y el 57% desconocía su origen. Además, el 37,8% acudió al establecimiento de salud

para tratarse por el médico o sanitario de la zona (5).

En cuanto a las prácticas, el estudio de Susuki, L (1978), nos muestra que para aliviar los dolores osteomusculares se aplica el “shillqui”, que consiste en sujetar la persona del tórax y la cintura y levantarlo violentamente por tres o cuatro veces; también, es frecuente realizar el” shockma” o sobada de cuy (5).

Este estudio muestra, que la mayoría de la población reconoce los signos y síntomas de la enfermedad crónica, pero que cerca de un 50% desconocen cómo se trasmite, lo que evidencia la escasa educación en salud que la población recibe. Por otro lado, asumen una actitud desfavorable a la medicina occidental en relación a su atención, prefiriendo acudir al uso de la medicina tradicional, propia de su entorno cultural.

Un segundo estudio de conocimientos, actitudes y prácticas realizado por Gonzáles y colaboradores (1993), en la provincia de Huaraz y Cachuas, evidenció que el 50% de los participantes del estudio sabe reconocer la enfermedad porque produce fiebre, el 23,8% porque desarrollan verruga y el 14,3% porque presentan anemia (palidez). En cuanto a la transmisión, el 57,8% mencionó conocer las titiras, el 28,5% conocía que era transmitida por mosquitos. En cuanto a actitudes, el 66,7% refiere que si se enferma acudiría a un establecimiento de salud (12).

En ambos estudios se muestra que los encuestados identifican los signos y síntomas de la enfermedad uno con más conocimiento sobre determinado aspecto que otros, así por ejemplo, sobre la transmisión, el segundo estudio nos muestra que tiene mejor información que el primero, igualmente sucede con las actitudes.

Esto sugiere que la población no tiene el mismo nivel de información respecto a la Bartonellosis y tampoco la misma actitud ante ella.

Rosa Castillo, Cynthia Terrones, David Yabar, Palmira Ventosilla (13), realizaron en el 2004 una investigación denominada; conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la Bartonellosis aguda en 280 pobladores entre 18 y 84 años en diez comunidades del distrito de Ollantaytambo, provincia de Urubamba, en el Valle sagrado de los Incas (Cusco). Del total de encuestados el 60% fueron del sexo femenino y más del 50% tenían grado de instrucción primaria y eran agricultores. Los resultados revelaron que el 53,94% de los pobladores tenían un nivel de conocimientos adecuados y el 61.78% reconocía a un mosquito como el responsable de su transmisión. En relación con las medidas de prevención y control el 38,42% manifestó que “humeaban” sus casas para controlar el vector, siendo esta la medida preventiva más practicada por la población, y; en relación a las actitudes, el 94.21% acudiría al centro de salud en caso de presentar molestias.

Bengoa Fritz, en un estudio sobre Conocimientos, intenciones de conducta y prácticas sobre Bartonellosis realizado en 231 personas de la localidad de Sartimbamba, provincia Sánchez Carrión, Dpto. de La Libertad (Enero-Marzo 2005), encontró que el nivel de conocimiento de la población en general sobre Bartonellosis (en cualquiera de sus temas) era muy bajo. Sólo el 26.8 por ciento presenta un conocimiento medio, mientras que el restante 73.2 por ciento presenta un nivel bajo de conocimiento. Las intenciones de conducta de la población tanto hacia el tratamiento en el MINSA como hacia medidas preventivas eran las adecuadas en la mayoría de los encuestados, pero las prácticas de la población no coincidían con las intenciones de conducta que refieren en la encuesta,

observándose contradicciones sorprendentes como la no implementación de medidas preventivas. (14)

Troyes Lucinda (2005), realizó un estudio denominado; Conocimientos y Prácticas Acerca de la Enfermedad de la Bartonellosis en personas mayores de 18 años del distrito de San José del Alto, provincia de Jaén. Los resultados extrapolados a la población general mostraron que aunque la población tenía un nivel básico de conocimientos y actitudes favorables, la mayoría no realizaban prácticas preventivas frente a la enfermedad (15).

El mismo año 2005, Estela Reyna, realizó una investigación poblacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas, en el distrito de Bellavista de la provincia de Jaén, considerada una zona endémica; la muestra consistió de 403 personas mayores o iguales a 18 años de edad. El estudio concluyó que el nivel de conocimientos fue insuficiente (78%), las actitudes frente a la enfermedad fueron muy favorables (94%), sin embargo, a semejanza del estudio de Troyes, el 84% de los pobladores del distrito no ponían en práctica medidas preventivas frente a la transmisión de la Bartonellosis . (16)

Un tercer estudio presentado por Monteza Betty, desarrollado el mismo año en el distrito de Santa Rosa de Jaén, mostró resultados similares para una muestra de 435 personas y cuyos resultados fueron extrapolados a una población de 7,185 habitantes mayores o iguales a 18 años de edad. Al respecto se encontró que sólo el 13.9% tuvo un nivel suficiente de conocimientos, el 97,65 % actitudes favorables y menos del 10% de la población desarrollaba prácticas saludables sobre la enfermedad de la Bartonellosis (17).

El estudio número cuatro presentado por Guerrero Nancy (2005) en el distrito de Tabaconas de la provincia de San Ignacio usando la misma metodología de trabajo, encontró un nivel de conocimientos básicos de 82,2%, un 99,52% con actitudes favorables y coincidentemente con los otros estudios de la zona: ausencia de prácticas saludables de prevención y control en un 99.51% de los pobladores. (18)

En resumen, en los estudios similares desarrollados en los distritos de Jaén y San Ignacio, se halló que el nivel de conocimientos sobre: la enfermedad, su transmisión, y la prioridad de acudir precozmente a los centros de salud, eran básicos, sus actitudes en todos los casos son altamente favorables; sin embargo, las poblaciones no ponen en práctica conductas saludables que conduzcan a limitar la transmisión de la enfermedad.

Estas cuatro últimas investigaciones abordan las mismas variables, el mismo diseño, parecidas características geográficas, culturales y socioeconómicas de los poblados y además idéntica temporalidad, por lo que contribuyen con resultados y aportes valiosos para la presente investigación.

1.2.2 Bases teóricas de la Investigación

El soporte teórico de la investigación esta sustentado en las teorías del conocimiento, las actitudes y las prácticas.

CONOCIMIENTO

El conocimiento es un acto, una actividad muy común en la vida humana. Es la aprehensión de una cosa, de una propiedad y, en general de un objeto por parte de un sujeto o ser consciente.

El proceso de conocer ocurre mediante la relación que se establece entre un sujeto que conoce y un objeto conocido. El conocimiento es un modelo más o menos organizado de concebir el mundo y de dotarlo de ciertas características que resultan en primera instancia de la experiencia personal del sujeto que conoce. La acción de conocer comienza por la percepción de un objeto, el entendimiento de una abstracción o de todo el proceso psíquico de aprehensión cognoscitiva relacionada con la experiencia y la razón. Entonces se puede definir el conocimiento como *“un proceso mental, una actividad humana, orientada a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre (19) y que tiene carácter histórico y social en cuanto se liga a la experiencia individual y colectiva, a través del tiempo (20).*

El segundo significado de conocimiento se refiere a aquello que se adquiere gracias al proceso del conocer, al producto de la operación mental del conocer, al contenido significativo que el sujeto adquiere como consecuencia de las captaciones del objeto, es decir al concepto que se ha abstraído de la aprehensión de la realidad y que puede definirse gracias al uso del lenguaje. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar uno de otro. La realidad es la fuente del conocimiento y la experiencia es lo fundamental del conocimiento y es

su esencia. El resultado de ese proceso es la abstracción representativa de la realidad aprendida, es decir el concepto, Podemos definir el concepto como un efecto del proceso del conocimiento, como la unidad fundamental de la actividad pensante, una abstracción generada de la captación de la realidad. (21)

Además, esta abstracción necesita ser comunicada, compartida con los miembros de la sociedad que, a la vez que demuestra el carácter social del conocimiento, la universaliza. Esta universalización sólo puede hacerse por medio de la definición que es la expresión de los rasgos fundamentales del contenido del concepto por medio del lenguaje.

El conocimiento que una persona adquiere de la realidad, difiere de acuerdo a la forma como el sujeto aborda dicha realidad, por lo que existe conocimiento vulgar y conocimiento científico. El conocimiento cotidiano o espontáneo, es el que se adquiere sin ningún proceso planificado y sin la utilización de medios especialmente diseñados. (22)

El primer tipo de conocimiento que dispone el ser humano para vivir es el conocimiento vulgar, que apunta a resolver todo cúmulo de problemas de orden esencialmente práctico y a problemas inmediatos que exigen una efectiva y rápida respuesta.

El conocimiento cotidiano y el científico no son dos niveles situados mecánicamente en extremos opuestos o que se encuentran aislados unos de otros en el proceso del conocimiento. Entre ellos existe varios niveles de intermediación

e interrelación, el cotidiano motiva al conocimiento científico y sirve para develar mitos y creencias y darle racionalidad.

Si bien es cierto el conocimiento científico desde la perspectiva occidental es un hecho basado en certezas, con valoraciones propias de esta cultura, que además es incorporada dentro de la ciencia con una perspectiva lineal; sin embargo es necesario recalcar que la realidad es incorporada como conocimientos, a través de una interacción de múltiples actores en relaciones complejas, en escenarios diversos, en constante exploración; y por consiguiente más que hablar de certezas se trata de probabilidades de tener un conocimiento absoluto (23). Esto es particularmente importante en este estudio pues lo que se trata es de interpretar las respuestas- a preguntas estructuradas desde una perspectiva biomédica- por parte de personas con una cosmovisión, emociones y saberes diferentes.

Esto no limita señalar que la variable **conocimiento** sea medible y por lo tanto cuantificable y esto conduce a la necesaria elaboración de un instrumento que nos permita recabar los conocimientos de los pobladores como reflejo sea de su experiencia o de su aprendizaje estructurado desde diversas formas de educación y comunicación para la salud y que por lo general suelen desarrollar diversos agentes educativos. (19)

ACTITUDES

Una actitud se puede conceptualizar como la: “predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable con respecto a algo o alguien”. (24)

La actitud es considerada como una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia que invita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. También las actitudes son estados de disposición que conducen a respuestas de aceptación o de rechazo hacia objetos o conceptos de referencia bien definidos. (25)

Las actitudes son entonces predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo y a menudo están relacionadas a evaluaciones valorativas. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Estas opiniones sobre determinado tema no tienen que sustentarse en una información objetiva.

Las actitudes no son innatas son adquiridas, se forman a lo largo de la vida y no son directamente observables. Son acciones que realizan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones, se aplica a las facultades que enseñan

el modo de hacer una cosa; uso continuado, costumbre o estilo de una cosa; modo o método que particularmente observa uno en sus operaciones. (26)(27)

Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente. (28).

La medición de las actitudes se realiza a través de sus manifestaciones, que responden a reacciones valorativas entre opiniones (actitudes verbalizadas) referidas a creencias (no conocimientos), sentimientos o conductas.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que, son inferidas de las expresiones verbales o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, preposiciones o juicios, sobre el que los individuos manifiestan su opinión se deducen o infieren las actitudes.

Para medir las actitudes se utilizan las escalas aditivas, las más frecuente utilizada en el estudio de actitudes es el de Likert las cuales se encuentran constituidas de una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogatorio señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, muy en desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. (29)

PRÁCTICAS

En la teoría general del comportamiento (30) que integra a un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, existe una corriente de autores que entienden al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, por lo que ha sido llamada Teoría de la Acción Razonada. Proponen un modelo para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos.

Para estos autores las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento.

Esta intención estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y otro que es reflejo de la influencia social, la cual se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no realizar un determinado comportamiento (norma subjetiva). Los autores destacan también que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que los otros piensan acerca de lo que él debe realizar.

En un determinado espacio y tiempo cada individuo toma una decisión para actuar de acuerdo a sus intereses, su historia, sus emociones; pero también en una elección racional de cuánto gana o cuanto pierde con ello. De hecho aquello que le genere más beneficios al menor costo será el motivo de su elección y muchas veces esto no es congruente con el actuar de la mayoría.

Esto último en salud es importante puesto que la no adopción de una práctica por parte de los miembros de una comunidad puede generar externalidades negativas en los riesgos para la salud de otros.

En síntesis: desde el punto de vista de la variable **conocimiento**, entendemos que lo que necesitamos saber es, qué niveles de conocimientos respecto de la Bartonellosis poseen las personas que son sujetos de investigación (¿qué conocimientos necesitamos obtener?). De acuerdo a la información encontrada, exploramos cuales son las probables **actitudes** y cómo están direccionadas sus **prácticas** especialmente realizando la observación de éstas.
(28) (31)

Es de esperar que haya correspondencia entre los niveles de conocimiento, las actitudes así como las prácticas, sin embargo la complejidad de la conducta humana no siempre se refleja en relaciones lineales, por lo que se hace necesario analizar y explicar la consistencia de los resultados.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La Bartonellosis Humana o Enfermedad de Carrión es una enfermedad que se viene extendiendo rápidamente a diversas zonas del país. Se ha reportado

recientemente en el distrito de Las Pirias distintos brotes epidémicos con elevadas tasas de mortalidad que afecta especialmente a la población infantil y joven, generando graves externalidades económico sociales.

En la actualidad la principal estrategia para controlar la Bartonellosis y disminuir sus letales implicancias consiste en su detección temprana así como la garantía de rápido acceso a los establecimientos de salud para su tratamiento. Sin embargo este modelo de características biomédicas no ha sido suficiente para controlar su diseminación en el país.

En efecto el MINSA viene realizando intervenciones en el marco de un modelo de atención centrado en el daño y donde las acciones educativo comunicacionales no han resultado eficaces del mismo modo que la participación de los pobladores no ha sido la esperada. Preguntas como: ¿Qué factores están influyendo en estas epidemias? ¿Porqué su rápida diseminación? ¿Cuál es nivel de compromiso individual y comunitario? ¿Cómo articula el estado, la sociedad civil y el sector privado estrategias conjuntas para enfrentar el daño social y económico? ¿Es necesario tener un modelo para su control que sea complementario desde los saberes tradicionales? ¿Cuál ha sido el nivel de impacto de las acciones de salud en los últimos años? Son alguna de las interrogantes que aún esperan respuestas.

Si a todo esto se adiciona que nuestra enfermedad oriunda recibe poco apoyo económico para la investigación- acción, entonces se hace relevante los

estudios que ayuden a comprender desde la perspectiva de los ciudadanos afectados y en riesgo, cuáles son sus saberes y prácticas que sirvan tanto, de sustento para modificar el modelo de abordaje para el control de la enfermedad así como de evidencia para la formulación de políticas públicas con un enfoque de transdisciplinaredad y ciudadanía con la finalidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud relacionados a esta enfermedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Bartonellosis de la población mayor o igual a 18 años del distrito de Las Pirias, durante el año 2005.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos de la población mayor o igual a 18 años del distrito de Las Pirias sobre el agente causal, signos y síntomas específicos, vector, mecanismo de transmisión, diagnóstico, tratamiento, medidas de prevención y control de la Bartonellosis Humana, año 2005.
- Determinar las actitudes de la población mayor o igual a 18 años del distrito de Las Pirias acerca de la enfermedad, vector, prevención, tratamiento y control de la Bartonellosis, durante el año 2 005.

- Determinar las prácticas habituales de la población mayor o igual a 18 años del distrito de Las Pirias referente a las medidas de prevención y control de la Bartonellosis Humana, durante el año 2 005.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Diseño del Estudio: Estudio Observacional de corte Transversal.

2.1.1.-Características sociodemográficos del lugar de Estudio

El Distrito de las Pirias, provincia de Jaén –Cajamarca- tiene una extensión territorial de 60.45 Km² y se halla ubicada a una altitud de 1625 msnm en ceja de selva. Cuenta con un total de 23 localidades y una población de 2,699 habitantes iguales o mayores a 18 años. Limita por el norte con el distrito de Huabal, al sur con Jaén, al este con el distrito de Bellavista y al oeste con el distrito de San José del Alto. Presenta un relieve accidentado debido a la presencia de montañas y zonas boscosas. En cuanto al clima: su estacionalidad es de invierno con una temperatura promedio estacional de 17 °C, con una humedad estacional fría (25%) y un nivel de lluvias regular.

Según el INEI (2005) el 90% de la población es pobre, el 12.3 % de la población mayor de 18 años es analfabeta y el 70.5 % tiene educación primaria. La agricultura es la actividad económica predominante.

2.2. Tipo de Estudio:

Estudio poblacional, descriptivo.

2.3. Población

Debido a que en las zonas rurales de esta región, la información que brinda la población adulta es la que tiene mayor credibilidad y culturalmente es el adulto el que posee el poder de decisión en la familia, para el presente estudio se seleccionó solo la población de ambos sexos mayor o igual de 18 años de edad.

2.4 Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró a los 2699 habitantes del distrito de las Pirias que habitan en 1039 viviendas según reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del año 2005.

Se realizó un muestreo, por conglomerados bietápico. La unidad de muestreo fue la vivienda considerando a la persona para ser la entrevistada.

Previo a la aplicación de la encuesta, se realizó un censo donde se determinó el número y distribución geográfica de las viviendas en cada una de las localidades del distrito, asimismo, se elaboró un mapa del distrito en el cual se ubicó todas las localidades (anexo 1). Posteriormente, se elaboró un mapa por localidad para la ubicación de las viviendas y se les asignó un número correlativo a cada uno de las viviendas (anexo 2). En la primera etapa, utilizando el programa Microsoft Visual FoxPro v.7.0 se realizó una selección aleatoria de las viviendas de acuerdo al tamaño calculado de la muestra.

En la segunda etapa, se realizó la selección aleatoria del individuo, uno por vivienda seleccionada, entre todos los habitantes con edades iguales o mayores a 18 años. En los casos en que la persona seleccionada no accedió a ser entrevistada o no se encontró en su domicilio, luego de una segunda visita, previa coordinación con la familia, se hizo un reemplazo de ésta persona por otra de la siguiente vivienda seleccionada. La metodología utilizada para la selección de participantes nos produjo una muestra en la que las personas viviendo en hogares numerosos estuvieran sub representadas. Para compensar este sesgo en el análisis se ponderó los resultados de acuerdo al número de personas elegibles mayor o igual a 18 años por vivienda seleccionada.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Win Episcopo 2.0. Siendo un estudio de prevalencia, se usó la fórmula para la estimación de proporciones. Para el estudio propuesto se utilizó un nivel de confianza del 95% y un error aceptable del 5%. Las prevalencias a medir tienen una distribución muy variada, por lo que de manera conservadora se utilizó 50% de prevalencia. El tamaño de muestra fue ajustado a los estimados de la población ≥ 18 años en el distrito de las Pirias. Adicionalmente, a la muestra se incrementó en 10% para compensar pérdidas en el reclutamiento, por ausencia de personas o rechazos quedando un tamaño de muestra de 393 personas.

La unidad de análisis fue personas de ambos sexos ≥ 18 años residentes en el distrito en estudio. La muestra que se incluyó al estudio, estuvo formada por 391 personas que aceptaron la aplicación de los instrumentos.

2.4.1 Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Poblador mayor o igual a 18 años de edad, residentes por más de 6 meses en las localidades del Distrito de Las Pirias.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Con residencia esporádica o temporal en la localidad en estudio, por motivo de trabajo, estudios o estado salud.
- Que se encuentre con enfermedades discapacitantes mentales, sordo y/o mudo.
- En estado etílico, descompensado, con estado confusional al momento de la entrevista.
- Poblador que rechace la entrevista

2.5 Operacionalización de variables

Variable sobre conocimientos

Variable general	Definición conceptual	Categorías (Dimensiones)	Definición operacional de cada categoría	Indicadores
Conocimientos del entrevistado referente a la Bartonellosis	Grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de la Bartonellosis.	Conocimientos del agente causal.	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca del agente causal.	- Señala verbalmente el nombre correcto del agente etiológico.
		Conocimientos de signos y síntomas de la enfermedad.	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de los signos y síntomas principales de la Bartonellosis	- Reconoce a la fiebre, palidez, y la verruga, como signos y síntomas característicos de la Bartonellosis
		Conocimientos del vector transmisor de la enfermedad	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de del vector transmisor de la Bartonellosis	- Identifica el nombre correcto del vector
				- Identifica características del vector transmisor de la Bartonellosis
				- Señala el hábitat de la manta blanca.
- Identifica a la sangre de las personas como alimento de la manta blanca.				
- Identifica al horario de la noche como el de mayor actividad de la manta blanca.				
Conocimiento del mecanismo de transmisión	Es el grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca del mecanismo de transmisión de	- Menciona que la Bartonellosis se transmite mediante la picadura de la manta blanca infectada		

			Bartonellosis	- Refiere que Bartonellosis ataca mayormente a los niños.
		Conocimiento sobre el diagnostico de la enfermedad.	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca del diagnóstico por laboratorio.	- Identifica que a través del examen de sangre se diagnostica la enfermedad.
		Conocimiento a cerca del tratamiento de la enfermedad.	-El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de las formas de tratamiento de Bartonellosis	Identifica al tratamiento médico convencional como el indicado para la Bartonellosis
				Refiere curación de enfermedad con resultado de examen de sangre negativo.
		Conocimientos de las medidas de prevencion de la enfermedad.	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de las medidas de prevención de Bartonellosis	Señala las medidas principales de prevención: proteger la cama con mosquitero, utilizar ropa de manga larga y colocar mallas en puertas y ventanas.
		Conocimientos de las medidas de control de la enfermedad.	El grado de comprensión que tiene el entrevistado acerca de las medidas de control de Bartonellosis del distrito en estudio.	Señala las medidas principales de control: Fumigar las viviendas, cortar el monte alrededor de la vivienda y curar al enfermo lo más rápido posible.

Variable sobre actitudes

Variable general	Definición conceptual	Categorías (Dimensiones)	Definición operacional de cada categoría	Indicadores
Actitud del poblador frente a la Bartonellosis	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a la Bartonellosis	Disposición frente a la Enfermedad	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al entrevistado a emitir su actitud frente a la enfermedad.	Acepta o rechaza la Bartonellosis
		Disposición frente al vector	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al entrevistado a emitir su actitud frente al vector (lutzomyia).	Acepta o rechaza a Lutzomyia verrucarum.
		Disposición frente al tratamiento de la Bartonellosis	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al entrevistado a emitir su actitud frente al tratamiento.	- Acepta o rechaza al establecimiento de salud.
				- Acepta o rechaza el tratamiento convencional.
		Disposición frente a las medidas de prevención de la Bartonellosis	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al entrevistado a emitir su actitud frente a las medidas de prevención.	- Acepta o rechaza usar mosquitero
				- Acepta o rechaza usar mallas en puertas y ventanas
				- Acepta o rechaza usar ropa manga larga
		Disposición frente a las medidas de control de la Bartonellosis	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al entrevistado a emitir su actitud frente a las medidas de control.	- Acepta o rechaza mantener libre de montes la zona peri domiciliaria.
				Acepta o rechaza la fumigación.

Variables sobre prácticas.

Variable general	Definición conceptual	Categorías (Dimensiones)	Definición operacional de cada categoría	Indicadores
Prácticas del poblador frente a la prevención y control de la Bartonellosis	Acciones que realizan los individuos mayores o iguales a 18 años para tratar, prevenir y controlar la Bartonellosis en el distrito en estudio.	Medidas de prevención de Bartonellosis	-Acciones que realiza el poblador para la prevención de la Bartonellosis	- Mosquitero colocado sobre la cama.
				- Mallas colocadas en puertas y ventanas.
				- Personas que usan ropa manga larga.
		Control de Bartonellosis.	- Acciones que realiza el poblador con el fin de controlar la Bartonellosis	-Evidencia de cenizas y de ramas verdes quemadas alrededor de la vivienda con el fin de hacer humo para ahuyentar a los insectos.
				- Tarjeta de control de rociamiento de la vivienda con insecticida con fecha menor de tres meses.
				- Casa con los alrededores libre de matorrales.

2.6 Instrumentos

Se procedió a una revisión exhaustiva de la información sobre CAP realizados en el país acerca de la Bartonellosis así como consultas a expertos en el área de investigación. Se elaboró tres instrumentos con las variables de interés del estudio en relación a conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Bartonellosis, una prueba objetiva de conocimientos, cuestionario de actitudes y una guía de observación de prácticas. (Anexo 5).

Previamente los instrumentos fueron validados mediante juicio de 10 expertos en el campo de la salud, educación, psicología, e investigación. Estas personas evaluaron los instrumentos teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia, y redacción de preguntas. A cada experto se le proporcionó un formulario en el cual se incluyó los indicadores y las preguntas de acuerdo a la matriz del instrumento. El puntaje asignado, de las opiniones y sugerencias de los expertos, al establecer relaciones entre el indicador y el reactivo fueron tomados en cuenta por el investigador para corregir y mejorar los instrumentos. Luego de haber levantado las observaciones de los expertos, se aplicó los instrumentos a una muestra piloto de 20 personas de ≥ 18 años habitantes del distrito de Las Pirias, la cual fue excluida de la muestra de la presente investigación. Finalmente, se construyó los instrumentos definitivos. Este proceso ayudó a mejorar la parte semántica de los instrumentos y a calcular el tiempo apropiado para su aplicación.

Para seleccionar al entrevistador se tuvo en cuenta que las personas propuestas reúnan características como: responsabilidad, motivación y experiencia en el trabajo de campo en zonas rurales quienes fueron capacitados en el uso de

los instrumentos. Además, se elaboró un instructivo para estandarizar su aplicación y evitar sesgos durante la recolección de la información.

Para recoger información sobre *conocimientos*, se elaboró una prueba específica con preguntas de opción múltiple distribuidas en ocho categorías. Para el cálculo en cada categoría, se le fijó arbitrariamente el valor de un punto; dentro de cada categoría, a cada pregunta se asignó un porcentaje de acuerdo al número de variables. Toda la prueba tuvo un valor de 8 puntos. Se consideró como conocimiento básico al grado de comprensión mínimo que permite a la persona identificar el daño y/o aspectos relacionados.

Para evaluar *actitudes*, frente a la Bartonellosis se elaboró una escala de Likert. En tal sentido, el instrumento aplicado constó de 16 preguntas distribuidas en 5 categorías: disposición frente a la enfermedad, disposición frente al vector, disposición frente al tratamiento, disposición frente a la prevención y disposición frente al control. Esta metodología exige tener la mitad de los enunciados elaborados de manera positiva y la mitad negativa con respecto a la enfermedad de la Bartonellosis siendo la finalidad balancear el instrumento en su conjunto y de ese modo neutralizar las tendencias que pueda inducir el instrumento sobre el sujeto (a cada reactivo de signo positivo se le asignó otro de signo negativo). En cada enunciado se utilizó una escala que varió de 1 a 5 puntos (ver puntuación en el instrumento del anexo 5).

Para la evaluación de las *prácticas* que realiza la población sobre las medidas de prevención y control de la enfermedad, se construyó una guía de observación directa con 6 variables; siendo 4 para prevención y 2 para control. Las opciones de las respuestas para todas las preguntas fueron dicotómicas; prácticas negativas y prácticas positivas.

2.7. Recolección de datos

Estos instrumentos fueron aplicados por un Bachiller en Enfermería, que fue previamente capacitado y reforzado en las tareas de trabajo de campo, se le entregó los croquis de cada localidad con la ubicación respectiva de las viviendas y también, el número de las viviendas que habían sido seleccionadas en el estudio.

Con el fin de garantizar que el entrevistador hiciera la visita y entrevista a todos los sujetos del estudio se hizo un trabajo de monitoreo al 10% de las viviendas tomadas en la muestra seleccionadas al azar.

Durante el trabajo de campo, el entrevistador procedió a visitar las viviendas seleccionadas en las localidades que formaron parte de la muestra, en el horario de 6.a.m. hasta las 9 a.m. y de 17: 00 horas hasta las 21 horas, siendo el horario en que la mayoría de pobladores se encontraban en sus viviendas y regresaban a descansar de la jornada laboral. Se aplicó el instrumento en forma personalizada al poblador seleccionado(a) en visitas realizadas en un lapso de 2 meses.

2.8 Procesamiento y plan de análisis de datos

Se construyó una base de datos en una hoja del formato Excel 2003 en el que se ingresó las respuestas de manera codificada, previa nominación de las

respuestas y verificación de la consistencia de la información. Las incoherencias así como los datos incompletos no fueron consideradas en el análisis. Posteriormente se analizaron los datos con el programa estadístico Stata 8.0.

La información procesada se analizó mediante diferentes medidas estadísticas, básicamente frecuencias absolutas y porcentuales medidas de tendencia central como media, desviación estándar e intervalo de confianza.

Para determinar los niveles de conocimientos por cada categoría se calculó los siguientes rangos proporcionales, los cuales se definieron como: "insuficientes" = 0-0,33 "básico" = 0,34 -0,66 ; "suficiente" = 0,67-1 puntos. Para determinar de manera general los niveles de variable "conocimientos" se calculó los siguientes rangos: insuficientes = 0-0,299 puntos; básico = 3-5,99; suficiente = 6-8 puntos.

Para evaluar actitudes, los datos presentados son de manera dicotómica, es decir agrupados en actitudes "favorables" y "desfavorables". La puntuación obtenida en la escala "ni de acuerdo" ni en desacuerdo" se ha evaluado como actitudes desfavorables asumiendo que en la práctica la disposición actitudinal neutra es una actitud desfavorable. Los resultados por categorías se presentan en los siguientes niveles: para la disposición frente a la enfermedad, al vector y tratamiento: desfavorable = 2-6 puntos, favorable = 7-10 puntos; para la disposición frente a la prevención: desfavorable = 6-18 puntos, favorable = 19-30 puntos y finalmente disposición frente al control: desfavorable: 4-12 puntos y favorable = 13-20 puntos. Por otro lado, la variable actitud frente a la bartonelosis de manera general fue evaluada de la siguiente manera: desfavorable = 16-48 puntos, favorable = 49-80 puntos.

Para evaluar las prácticas, los resultados están presentados en frecuencias según indicadores, categorías y de manera general; así mismo para un mejor análisis, se estratificó en dos categorías; positivas y negativas. En los domicilios que no existió evidencia o hubo pruebas que la acción no fue realizada, se calificó como prácticas no saludables, en los domicilios que hubo evidencia o pruebas que la acción se realizó, se calificó como prácticas saludables.

Los resultados de la muestra se extendieron al total de la población mayor o igual a 18 años de edad del distrito, mediante factores de expansión, de acuerdo al número de personas mayores o iguales a 18 años que residían en una vivienda y al número de viviendas seleccionadas del total de ellas, previo censo local de viviendas en cada una de las 23 localidades del distrito en estudio.

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la autorización al participante a través de un consentimiento informado escrito que fue firmado por todos los participantes de este estudio. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud del Perú. Las entrevistas fueron anónimas y se mantuvo la confidencialidad con la información obtenida. Se brindó información solicitada sobre la enfermedad después de aplicar la encuesta.

CAPITULO III

RESULTADOS

El universo del estudio en el distrito de Las Pirias estuvo constituida por 2699 personas con edades iguales o mayores de 18 años, según INEI-2005, las mismas que habitan en 1039 viviendas, distribuidas en 23 localidades rurales.

El tamaño muestral calculado para el presente estudio en el distrito de Las Pirias fue de 393 viviendas. Un total de 391 personas (99.4%) fueron entrevistadas (una persona por cada casa). Dos personas (0.5%) de sexo masculino no aceptaron la aplicación de la encuesta.

La probabilidad de ser seleccionadas que tuvieron las viviendas fue de aproximadamente 1 de cada 3 y en el caso de los pobladores 1 de cada 7 personas de 18 años a más.

3.1. Características generales

La tabla 1, resume las características sociodemográficos de la población general; además en el Anexo 1 se muestra las localidades de procedencia.

El 91.78%.de la población vive por mas de 10 años en sus localidades. El tiempo medio de permanencia en la localidad es de 23 años. Cerca del 60% viven en conglomerados mientras que 40,0% lo hace en forma dispersa en áreas rurales. La población fue predominantemente menor de 45 años (77.4%). El 73.6% tienen

nivel de Instrucción primaria. Según las visitas realizadas se conoce que la actividad laboral básica es la agrícola en el varón y ama de casa en la mujer.

Tabla 1 Características de la población general. Distrito de Las Pirias - 2005

Características	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Masculino	1439	53,3
	Femenino	1260	46,7
Edad	18-25 años	343	12,7
	26-35 años	1066	39,5
	36-45 años	681	25,2
	46-55 años	370	13,7
	56-65 años	209	7,7
	66 a más años	30	1,2
Nivel de instrucción	Ninguno	336	12,4
	Primaria	1987	73,6
	Secundaria	332	12,3
	Superior técnico	31	1,2
	Universitario	13	0,5
Ocupación	Agricultor	1341	49,7
	Ama de casa	1206	44,7
	Comerciante	63	2,3
	Estudiante	42	1,6
	Otro	47	1,7
Tiempo de residencia	0 - 2 años	12	0,4
	3 - 4 años	29	1,1
	5 - 9 años	181	6,7
	10 años a más	2477	91,8
Localización de la vivienda	Disperso	1101	40,8
	Conglomerado	1598	59,2

3. 2. Conocimientos acerca de la Bartonellosis

3.2.1. Nivel de conocimientos:

Tabla 2 Nivel de conocimientos sobre la Bartonellosis de la población mayor de 18 años. Distrito de Las Pirias (N = 2699) - 2005

Nivel de Conocimientos	Rango (0– 8 puntos)	Frecuencia	%
Suficiente	6 – 8	568	21,0
Básico	3 – 5,9	1536	56,9
Insuficiente	0 - 2,9	595	22,1

Más de la mitad de la población (56.9%), tuvo un nivel de conocimientos básico acerca de la Bartonellosis (Tabla 2) y sólo en el 21% su nivel fue suficiente como para considerarse susceptible a la enfermedad y percibir su gravedad. El nivel de conocimientos promedio fue de 5,14 puntos (i.c.95%: 4.99 – 5,99) de un total de ocho puntos previstos.

3.2.2. Categorías evaluadas en la variable conocimientos

Para evaluar el nivel de conocimientos se consideraron ocho categorías: Agente causal, cuadro clínico, vector, transmisión, diagnóstico, tratamiento, prevención y control. (Tabla 3)

Tabla 3 Nivel de conocimientos sobre la Bartonellosis según categorías en población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias - Provincia de Jaén (N = 2699)

Categorías	Nivel de Conocimiento					
	Suficiente 6 -8		Básico 0,3 – 5,99		Insuficiente 0- 2,99	
	N	%	N	%	N	%
Agente causal	491	18,2	-	-	2208	81,8
Cuadro clínico	828	30,7	1385	51,3	486	18,0
Vector	1162	43,1	1221	45,2	316	11,7
Transmisión	1097	40,6	153	5,7	1449	53,6
Diagnóstico	2113	78,2	-	-	586	21,8
Tratamiento	672	24,9	1601	59,3	426	15,8
Prevención	2127	78,7	280	10,2	299	11,0
Control	2050	75,9	210	7,7	439	16,1

Sobre el agente causal:

En la tabla 3, se muestra que más del 80% de la población tienen conocimientos insuficientes sobre el **agente causal**, solo el 18% de los pobladores tenían conocimientos suficientes y manifestaron que el agente causal de la enfermedad era una bacteria llamada Bartonella.

Tabla 4 Conocimiento del agente causal de la población del distrito de Las Pirias (N = 2699) - 2005

Característica	n	%
1. Microbio que causa la Bartonellosis		
El virus de la Hepatitis	30	1,07
El virus de la fiebre amarilla	924	34,13
La bacteria de la bartonelosis	491	18,21
La bacteria de la Fiebre Tifoidea	74	2,72
No sabe / no responde	1180	43,64

Según la Tabla 4 un porcentaje importante de la población atribuía la causa de la enfermedad a otros agentes como el de la fiebre amarilla (43%) o el de la tifoidea (2%). (Tabla 4)

Sobre el cuadro Clínico:

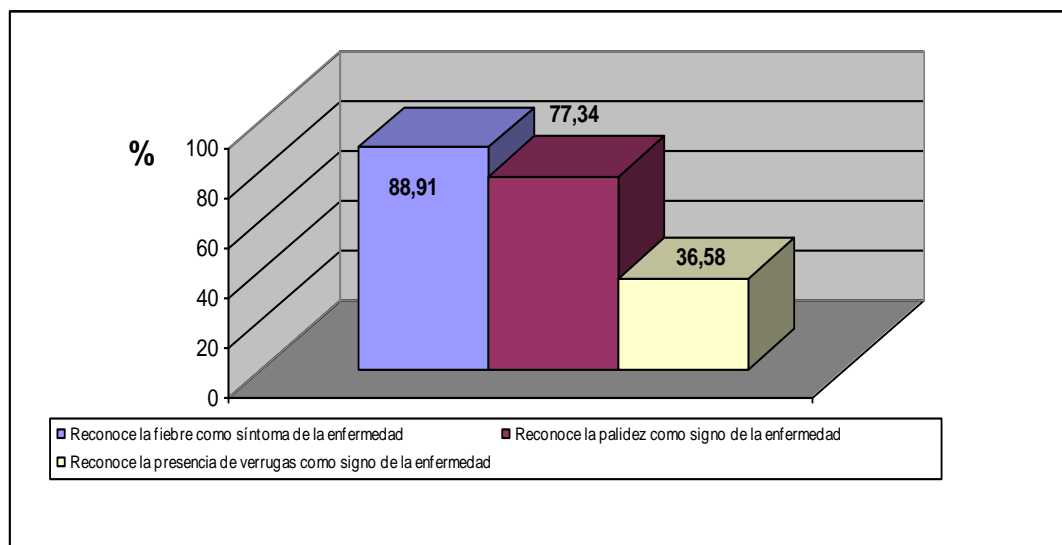
La tabla 3 muestra también que la mitad de la población (51,3%) tuvo nivel de conocimientos básicos respecto al cuadro clínico, el 30,7 tuvo nivel suficiente y el 18,0 % insuficiente. Por otro lado la fiebre (88,91%) y palidez (77.34%) fueron los síntomas identificados por un alto porcentaje de la población como manifestación de la fase aguda de la enfermedad (tabla 5 y gráfico 1). Así mismo el 36,58 % supo reconocer la fase crónica de la enfermedad (tabla 5 gráfico 1).

Tabla 5 Conocimiento sobre el cuadro clínico de la población del distrito de Las Pirias (N = 2699) - 2005.

Signo/síntoma	n	%
Dolor de oído	16	0.59
Verruga algunas veces	987	36.58
Palidez	2087	77.34
Tos	47	1.75
Fiebre	2400	88.91
Diarrea	120	4.46
No sabe / no responde	265	9.82

Gráfico 1

Conocimientos del cuadro clínico de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias – Año 2005



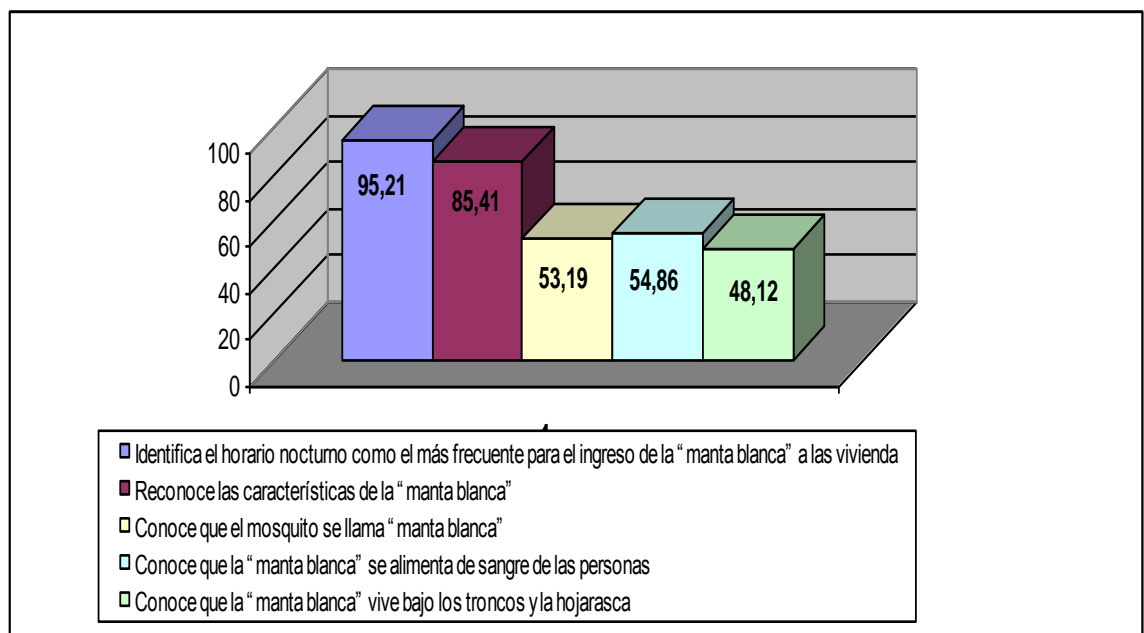
Sobre el vector:

Menos de la mitad de la población (45,2%) tuvo conocimientos básicos sobre el **Vector**, 43,1% su nivel fue suficiente e insuficiente en el 11,7 % (Tabla 3). La mitad de la población conoce que la enfermedad es transmitida por un

vector, describe sus características y conoce su nombre (*manta blanca*) (85,40%) además, identifica el horario más frecuente de ingreso a la vivienda (95,21%). Por otro lado, más de la mitad de la población asume que el vector se alimenta de *sangre humana* e indica su hábitat (troncos y hojarasca) (Gráfico 2).

Gráfico 2

Conocimientos del vector de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias. Año 2005



Sobre la forma de transmisión:

La tabla 3 pone en evidencia que el 53,6% tienen conocimientos insuficientes sobre la forma de transmisión. Según la Tabla 6 sólo el 40,6% de la población reconoce que la transmisión se produce por la picadura de una manta blanca infectada, el 7% atribuye a otras causas: como la ingesta de alimentos y agua contaminada (7%) o la cercanía con personas enfermas de Bartonellosis

(3,28%) y un porcentaje importante no reconoce que la enfermedad es causada por la picadura de *manta blanca* infectada (49,92). Por otro lado los niños fueron reconocidos como el grupo etario más afectado por la enfermedad (88%).

Tabla 6. Conocimiento sobre la transmisión de la Bartonelosis en la población del distrito de Las Pirias (N = 2699) - 2005

Característica	N	%
Transmisión de la bartonelosis		
Por estar cerca de enfermos que tiene bartonelosis	89	3,28
Al picar una manta blanca infectada	1097	40,66
Al comer alimentos o tomar agua contaminada	179	6,63
Por castigo de Dios	31	1,16
No sabe / no responde	1347	49,92
Personas más afectadas		
A los niños	2364	87,57
A los jóvenes	853	31,59
A los adultos	553	20,50
A los ancianos	383	14,20
No sabe / no responde	235	8,69

Sobre el diagnóstico:

Más de las tres cuartas partes de la población (78,2%) tuvo conocimientos suficientes en relación al diagnóstico de la bartonelosis (tabla 3). Solo el 21.8% de los entrevistados desconocía que este se realiza a través de un exámen de sangre periférica.

Sobre el tratamiento:

El nivel de conocimiento sobre tratamiento fue básico (59,3 %), en casi la cuarta parte (24.9%) de la población el conocimiento es suficiente e insuficiente en el (15.8%) (Tabla 3).

La tabla 7 muestra que más de las tres cuartas partes (75,3%) de la población reconoce que la enfermedad se cura con tratamiento proporcionado por personal de salud (antibiótico), mientras que el 22,1%, no sabía como se cura la enfermedad, así mismo un 2% usa remedios preparados por un curandero. Más del 65% de la población asume que se ha curado luego de recibir el tratamiento completo o cuando no presenta molestias aun cuando no se haya tomado una nueva prueba de sangre. Respecto a esto último sólo una tercera parte de los entrevistados (33.26%) tiene conocimiento que la curación se comprueba con un examen de sangre negativo. (Tabla 7)

Tabla 7 Conocimiento sobre el *tratamiento* de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias - 2005

Característica	n	%
Tratamiento de la bartonellosis		
Con remedios preparados por un curandero	62	2,3
Con rezos a un santo milagroso	8	0,3
Con medicina (antibiótico) recetada por un médico	2033	75,3
Con baños en aguas termales	0	0
No sabe / no responde	596	22,1
Criterios de curación		
Cuando toma el tratamiento completo	236	8,74
Cuando no presenta ninguna molestia	1523	56,41
Cuando se obtiene un nuevo examen de sangre negativo	898	33,26
Cuando tiene examen de orina normal	22	0,81
No sabe / no responde	20	0,74

Sobre la prevención:

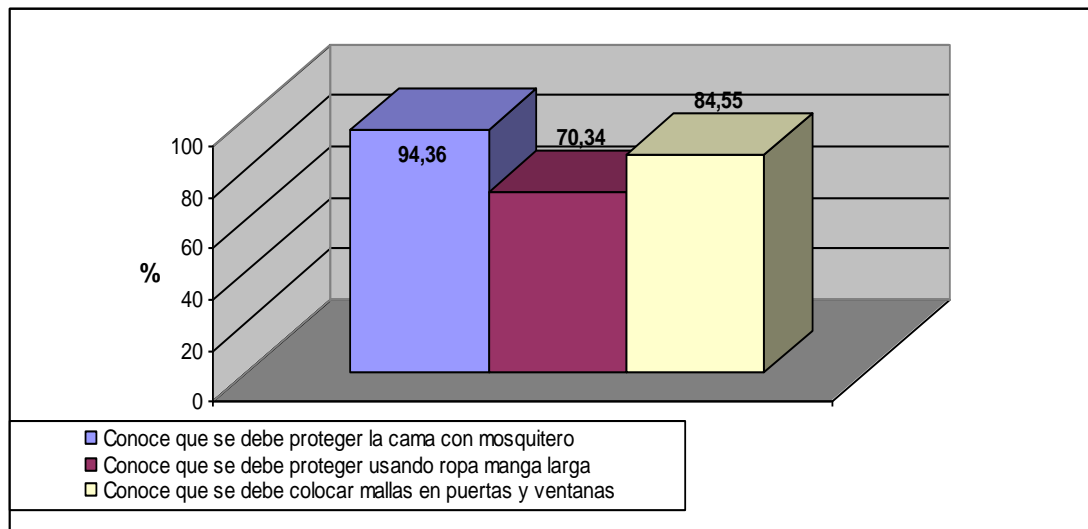
Al explorar el nivel de conocimientos sobre prevención de la Bartonellosis, se encuentra que el uso de mosquitero (94,3%), el colocar mallas en puertas y ventanas (84,5%) y el empleo de ropa manga larga (70.34%) son las medidas de prevención más conocidas por la población. Un 18% reconoce erróneamente que *tomar agua hervida*, y cerca a un 30% manifiestan que *barrer la casa todos los días* “es también una medida de prevención. (Gráfico 3 y Tabla 8)

Tabla 8 Conocimiento sobre las medidas de *prevención* de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias - 2005

Característica	n	%
Prevención de la Bartonellosis		
Lavarse las manos antes de comer	353	13,08
Proteger la cama con mosquitero	2547	94,36
Barrer la casa todos los días	768	28,45
Usar ropa manga larga	1898	70,34
Tomar agua hervida	494	18,30
Colocar mallas en las puertas y ventanas	2282	84,55
No sabe/no responde	89	3,31

Gráfico 3

Conocimientos sobre medidas de prevención de la Bartonellosis – Pobladores mayores de 18 años del distrito de Las Pirias- 2005



Conocimiento sobre el control de la Bartonellosis:

La tabla 9 muestra el nivel de conocimientos sobre las medidas de control de la enfermedad. Entre las principales medidas de control reconocidas por la

población destacan la fumigación (90,43%), “cortar el monte alrededor de la vivienda” (84,14%) y “curar al enfermo lo más pronto posible” (41,41%). Un 40,30% de la población reconoce como medida de control de la bartonelosis el “eliminar los charcos de agua

Tabla 9 Conocimiento sobre las medidas de control de la Bartonellosis en la población del distrito de Las Pirias - 2005

Característica	n	%
Fumigar las viviendas	2441	90,43
Eliminar charcos de agua	1088	40,30
Tapar bien la comida cocinada	300	11,13
Cortar el monte alrededor de la vivienda	2271	84,14
Curar al enfermo lo más rápido posible	1118	41,41
Mantener la cama bien limpia	341	12,62
No sabe / no responde	106	3,92

A continuación se presenta una síntesis de las respuestas a las preguntas sobre los conocimientos extrapolados a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias.

Tabla 10 Conocimientos evaluados sobre la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito Las Pirias (N = 2 699)

Características	n (aciertos)	%
Sobre el agente causal		
Conoce el agente que causa la Bartonellosis	491	18,2
Sobre el cuadro clínico		
Reconoce la presencia de verrugas como signo de la enfermedad	987	36,5
Reconoce la palidez como signo de la enfermedad	2087	77,3
Reconoce la fiebre como síntoma de la enfermedad	2400	88,9
Sobre el vector		
Conoce que el mosquito que transmite la Bartonellosis se llama “manta blanca”	1436	53,1
Reconoce las características de la “manta blanca”	2305	85,4
Conoce que la “manta blanca” habita bajo los troncos y la hojarasca	1299	48,1
Conoce que la “manta blanca” se alimenta de sangre de las personas	1481	54,8
Identifica el horario nocturno (desde las 6 pm a 12m) como el más frecuente para el ingreso de la “manta blanca” a las vivienda	2570	95,2
Sobre la transmisión		
Conoce que la enfermedad ataca mayormente a los niños	2364	87,5
Reconoce que la enfermedad se transmite por la picadura de una “manta blanca” infectada	1097	40,6
Sobre el diagnóstico		
Conoce que el diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante un exámen de sangre	2113	78,2
Sobre el tratamiento		
Reconoce que la enfermedad se cura con medicina (antibiótico) recetada por un médico	2033	75,3
Reconoce que la enfermedad se cura cuando se obtiene un resultado negativo en el examen de sangre	898	33,2
Sobre la prevención		
Conoce que se debe proteger la cama con mosquitero	2547	94,3
Conoce que se debe proteger usando ropa manga larga	1898	70,3
Conoce que se debe colocar mallas en puertas y ventanas	2282	84,5
Sobre el control		
Conoce que se deben fumigar las viviendas	2441	90,4
Conoce que se debe cortar el monte alrededor de la vivienda	2271	84,1
Conoce que se debe curar al enfermo lo más rápido posible	1118	41,4

3.3. Actitudes sobre la Bartonellosis

Esta variable, fué evaluada de acuerdo a la disposición favorable y desfavorable (ya sea con inclinación a favor en el caso de las expresiones positivas, o en contra en el caso de expresiones negativas). Y fueron medidos según cinco dimensiones: disposición frente a la enfermedad, al vector, tratamiento, y disposición frente a medidas de prevención y de control.

La actitud global respecto a la Bartonellosis en promedio, tuvo un valor de $70,86 \pm 4,14$ puntos de un máximo de 80 puntos en la escala de actitud de nuestro estudio. El 97.5% de la población tuvo una actitud favorable mientras que solo un 2.5% se manifestó desfavorablemente de acuerdo a la encuesta aplicada. (Tabla 11)

Tabla 11 Nivel de actitudes frente a la Bartonellosis en la población mayor de 18 años del distrito de Las Piras – 2005

Actitudes	Rango (0 – 80 puntos)	Frecuencia	%
Desfavorable	16 – 48	68	2,5
Favorable	49 – 80	2631	97,5
Puntaje promedio	$70,86 \pm 4,14$		

La evaluación de las actitudes por cada categoría en general se muestra en la Tabla 12. De todas estas, la población mostró una actitud más favorable en relación: a lo negativo que resulta la enfermedad, a la necesidad de tomar medidas efectivas para el control así como también para evitar la presencia del vector. El que generó menor aceptación entre la población resultó ser el tratamiento de la

Bartonellosis. Sólo el 64.5% de la población mostró una actitud favorable frente al tratamiento, y un 35% una actitud desfavorable estando de acuerdo en considerar que las medicinas más bien empeoran la condición del paciente.

Tabla 12 Actitudes frente a la Bartonellosis según subcategorías en la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N =2699)

Actitud Categorías	Favorable			Desfavorable		
	Rango	Frecuencia	%	Rango	Frecuencia	%
Enfermedad	7- 10	2519	93,3	2 - 6	180	6,7
Vector	7- 10	2432	90,1	2 – 6	267	9,9
Prevención	19- 30	2379	88,1	6 -18	320	11,9
Tratamiento	7 – 10	1742	64,5	2 – 6	957	35,5
Control	13 – 20	2625	97,2	4 – 12	74	2,8
Global	53-80	2631	97,5	16-48	68	2,5

Actitudes frente a la Bartonellosis según categorías generales

La evaluación de la actitud incluye respuestas a favor “de acuerdo” y “muy de acuerdo para las actitudes positivas, y en contra “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo” para las actitudes negativas o desfavorables. Las respuestas *ni de acuerdo ni en desacuerdo* están evaluadas como grado de intensidad actitudinal desfavorable en ambos tipos de preguntas.

La tabla 13 muestra de manera más detallada el tipo de actitud frente a cada una de las categorías analizadas.

En cuanto a la disposición frente a la **enfermedad**, la mayoría de la población presentó una disposición favorable pues el 96.9% estuvo en desacuerdo con la expresión que la enfermedad es pasajera; De igual forma el 96,42% refirió tener miedo a presentar la enfermedad. En relación al **vector**; gran parte de la población reconoce a la manta blanca como un insecto dañino. El 93.8% estuvo en desacuerdo con que la manta blanca era inofensiva y el 92,5% estuvo de acuerdo con terminar con la manta blanca.

En relación la disposición al **tratamiento** en la población más del 60% estuvo desacuerdo con la expresión que los medicamentos que brinda el Ministerio d Salud empeora la enfermedad, asimismo por el contrario en un 64,2% creen que estos medicamentos son indispensables para combatir la enfermedad.

En relación a las actitudes relacionadas a **la prevención**, 88,6% estuvieron de acuerdo con la afirmación respecto a la utilidad de los mosquiteros frente al vector, e inclusive en un 94,0% estuvieron en desacuerdo con la expresión “*que no sirve para nada*”. Además, respecto al uso de mallas en puertas y ventanas, un gran porcentaje (84%) estuvieron de acuerdo en su efectividad siendo que el 86.4% cree que “*vale la pena usar mallas en las puertas y ventanas*”. Sobre el uso de ropa manga, 81,2% estuvieron en desacuerdo con la expresión que su uso era aburrido, lo que concuerda con que 95,9% está de acuerdo en usar ropa manga larga como prevención ante la picadura del vector.

Las actitudes de los entrevistados relacionadas **al control**, la mayoría mostró una actitud favorable frente a las medidas de control de la enfermedad (cortar montes en 97,3% y fumigar en 99,5%).

Tabla 13 Actitudes favorables respecto a la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N = 2 699)

AFIRMACIÓN REALIZADA	Actitud favorable	%
Disposición frente a la enfermedad		
La Bartonellosis es una enfermedad pasajera que no debe preocupar a la población	2616	96,9
Tengo miedo que un día de estos me ataque la bartonellosis	2602	96,4
Disposición frente al vector		
Se hace tanto escándalo para la pequeña e inofensiva manta blanca	2531	93,8
Quiero terminar con la manta blanca en mi vivienda	2498	92,5
Disposición frente al tratamiento		
Las medicinas que receta el personal del Ministerio de Salud para la bartonellosis más bien empeora a los enfermos	1742	64,5
Sin la medicina que recetan los del Ministerio de Salud ya nos hubiera acabado la bartonellosis	1733	64,2
Disposición frente a la prevención		
Los mosquiteros no sirven para nada, la manta blanca es pequeña y siempre ingresará	2537	94,0
Debería premiarse al que inventó el mosquitero, es muy necesario para protegernos de la manta blanca	2379	88,6
Para que poner mallas en puertas y ventanas si la manta blanca de todos modos entrará a la casa por otros lugares	2267	84
Vale la pena usar mallas en puertas y ventanas porque impide que ingrese la manta blanca a los domicilios	2332	86,4
Usar ropa manga larga por causa de la manta blanca es aburrido	2192	81,2
Cae bien usar ropa manga larga mucho más si es para prevenir la picadura de la manta blanca	2590	95,9
Disposición frente al control		
La manta blanca viene desde muy lejos, entonces no tiene sentido chalear los montes de alrededor de la casa	2351	87,1
Me gusta cortar los montes de alrededor de mi casa para ahuyentar a la manta blanca	2625	97,3
La fumigación para la manta blanca debería prohibirse porque ensucia y deja con mal olor la casa	2639	97,8
La fumigación es una buena medida, serán bienvenidos los fumigadores a mi vivienda	2686	99,5

3.4. Prácticas acerca de la Bartonellosis

Los resultados de las prácticas observadas acerca de las medidas de la prevención y control de la enfermedad de la Bartonellosis de la población en estudio se presentan en la tabla 14 divididos en 2 categorías; prácticas negativas y prácticas positivas.

Tabla 14 Prácticas que realiza la población del distrito de Las Pirias acerca de la Bartonellosis (N = 2699)

Variable	Prácticas			
	Negativas		Positivas	
	N	%	N	%
1.-Sobre prevención				
Mosquiteros colocados sobre la cama	1979	73,4	720	26,6
Mallas colocadas en puertas y ventanas de la viviendas	2646	98,3	53	1,7
Evidencias de cenizas y de ramas verdes chamuscadas alrededor de la vivienda con el fin hacer humo para ahuyentar a los insectos	1598	59,2	1101	41,8
Personas que usan ropa manga larga	2492	92,3	207	7,67
2.- Sobre el control				
Mantienen tarjeta de control de rociamiento de ala vivienda con insecticidas en fechas menores de 3 meses	2630	97,4	69	2,57
Se observa alrededor de las casas libres de matorrales	1788	66,2	911	33,8

Al observar las prácticas relacionadas a las medidas de prevención acerca de la enfermedad de la Bartonellosis en la población de las Pirias los resultados obtenidos muestran que solo el 26,6% tiene mosquiteros en sus camas (independiente del estado o si están impregnados de insecticidas). El uso de ropa manga larga (7.6%) y el uso de mallas en las puertas y ventanas (1.7%) se da en muy baja proporción Por el contrario, alrededor

del 42% de las viviendas evidenció rastros de cenizas y de ramas chamuscadas alrededor de las viviendas.

Se encontró que menos del 3% de la población cuenta con la tarjeta de control de rociamiento de sus viviendas con insecticidas con fecha menor de 3 meses, y que la práctica usual de control en la población para disminuir la densidad del vector es el cortado de la vegetación (“montes”) que está alrededor de la vivienda y es la sospechosa de albergar a la manta blanca. (33,8%)

Tabla 15 Prácticas evaluadas por categorías y niveles sobre la Bartonellosis – extrapolación a la población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias (N =2699)

Variable	Prácticas			
	No saludable		Saludable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Prevención	2265	83,9	434	16,1
Control	2472	91,6	227	8,4

La tabla 15 evidencia los niveles de prácticas saludables o no saludables que se llevan a cabo en la Población mayor de 18 años del distrito de Las Pirias. El dieciséis por ciento de la Población tuvo prácticas consideradas como saludables para la prevención de la Bartonellosis, mientras que un menor porcentaje (8,4%) de la población tuvo prácticas saludables para el control de la enfermedad.

En síntesis podemos señalar que en promedio las prácticas no saludables (en relación a la prevención y control) por parte de la comunidad es orden del 87.75%, mientras las prácticas saludables constituyen sólo el 12.25%.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Se señala que existen diversos estudios (aunque nunca suficientes) sobre la clínica y epidemiología de la Bartonellosis en el Perú (32) (33) (34) (35) (36), sin embargo, son pocos los que abordan la dinámica local de las poblaciones afectadas, es decir, aquellos que enfocan los conocimientos y comportamientos de las personas, así como sus hábitos y costumbres (5) (12).

Los resultados de este estudio mostraron un nivel conocimiento básico de la población de Las Piras, una actitud bastante positiva pero un pobre nivel de prácticas tanto en la prevención de la transmisión, como en el control de la bartonellosis, similar a lo encontrado en los otros estudios sobre el mismo tema en distritos de la provincia de Jaén (15, 16, 17), en donde el común denominador son las deficientes prácticas de prevención y control de la población, independiente del nivel de conocimientos sobre la enfermedad. En las siguientes líneas se discutirá el entorno y los hallazgos de este estudio.

Es preciso señalar que estudios similares realizados en esta parte Nor oriental del Perú como San José del Alto (Jaén), Bellavista (Jaén), Santa Rosa (Jaén), Tabaconas (San Ignacio) (15) (16) (17); y que habiendo sido comunicados, sin embargo, no han servido de base para la formulación de políticas públicas saludables para la prevención y control de la Bartonellosis, hecho que se demuestra porque después del último gran brote del año 2002, continúan activos los focos epidémicos según reporta la Dirección de salud Jaén (Anexo 8).

Actualmente según los reportes oficiales de la Dirección de epidemiología del Ministerio de Salud continúan los brotes epidémicos en el país ampliándose a otras regiones donde antes no se hallaba el vector, lo que se ha dado en llamar en los “nuevos paradigmas de la enfermedad”; en efecto se sabe que de ser una enfermedad de valles interandinos hoy afecta a la costa, sierra y selva del país (Anexo 9); por ello es necesario seguir insistiendo en la búsqueda de nuevas tecnologías basados en los aprendizajes de los comportamientos de la población en riesgo.

Es por ello que esta tesis es relevante en tanto se vuelve a poner en la discusión académica y se espera que posteriormente en la discusión pública, el desarrollar estrategias preventivo-promocionales utilizando la información que se ha recogido a través de investigaciones bien diseñadas a nivel poblacional, en las áreas endémicas y que permita desarrollar programas educativos con un adecuado impacto en prácticas de la población que reduciría el riesgo de transmisión de la bartonelosis. Estas estrategias deben de ser desarrolladas, probadas y estandarizadas en épocas que no exista los brotes epidémicos, de tal manera que se aplique en lugares de riesgo de transmisión (endémicos) o en las nuevas áreas que están siendo afectadas por la enfermedad.

Desde el punto de vista geográfico es necesario señalar que el distrito tiene localidades situadas en altitudes variables entre 500 y 1400 msnm. Anteriormente en esta región nor oriental del país (Jaén, Cutervo, Chota, Amazonas) no se había reportado la presencia del vector, ni menos algún caso de Bartonellosis en altitudes tan bajas; el brote del año 2002 evidenció que la *Lutzomyia* se había

adaptado a un hábitat de menor altitud, incrementando el riesgo para desarrollar epidemias en ciudades emergentes de características similares a Jaén (740 msnm).

Al respecto es necesario realizar algunas precisiones sobre el espacio donde se desarrolló la investigación lo que nos permitió entender la lógica histórica, geográfica, demográfica, cultural y política del distrito de Las Pirias (37). Enclavado en la vertiente oriental de los andes del Norte pertenece a la provincia de Jaén del departamento de Cajamarca, es considerada como ceja de selva y región fronteriza con Ecuador y en su formación ha recibido migrantes de las provincias de Chota y Cutervo del departamento de Cajamarca. La orografía y clima de Jaén son propicios para el desarrollo de la *Lutzomyia* y otros insectos ya que al ser cálido y presentar lluvias torrenciosas favorecen su vida silvestre. Estos aspectos geográficos son también la base para el desarrollo de una economía eminentemente agraria, basada en el cultivo del café y de algunos productos de pan llevar.

Por tanto, la fuente de ingresos y el sustento de la economía familiar es el cultivo del café (cultivo que proporciona las características de medio ambiente y temperatura, que permite el abundante desarrollo de las *Lutzomyias*) desarrollado con incipientes tecnologías que en el momento son objeto de intervenciones por parte de agencias para el desarrollo. Sin embargo, lo precario de los ingresos hace que la migración hacia la ciudad de Jaén en busca de mejores oportunidades en especial de los jóvenes, produzca un debilitamiento de las estructuras familiares y del capital humano. Este es un elemento a considerar en los programas y proyectos sanitarios para la zona.

Al respecto el Plan estratégico concertado de Las Pirias 2004-2014 señalaba que el distrito tienen una tasa de crecimiento poblacional intercensal de 0.61%; lo que nos manifiesta que es una zona expulsora de población. Así mismo muestra que el índice de analfabetismo es de 23.2% (nosotros hemos hallado un 12.4% de personas sin instrucción dentro de la población mayor de 18 años censados) y el índice de necesidades básicas insatisfechas es de 64.7%, lo que nos pone ante una población en pobreza extrema.

Por ello no es sorprendente encontrar que el nivel de desnutrición crónica infantil sea de 45.3 %, dos puntos más que la ciudad de Jaén, mientras que la tasa de mortalidad infantil es del orden de 54.36 %. Si al lado de esto hallamos- según la misma referencia (37) - que *“la deserción escolar, se está incrementando puesto que los padres de familia están utilizando a sus hijos como mano de obra no calificada para atender la cosecha de café, ante la imposibilidad de pagar los servicios de los peones agrícolas”*, entonces podemos tener un escenario de condiciones geográficas económicas, sociales, antropológicas y políticas que pueden enmarcar el “campo” en el que se produce el proceso/salud enfermedad en especial de las enfermedades prevalentes como la Bartonellosis.

Lo anteriormente señalado es importante pues cualquier imaginario social, modo de actuar, práctica social o proceso relacionado al accionar en la vida diaria, responde a las condiciones materiales y espirituales en la que se desenvuelven las personas; es decir su devenir cotidiano es producto de complejas relaciones entre los propios individuos, y entre estos y su medioambiente. Por tanto la salud en Las Pirias –como en cualquier otro lugar- responde a las condiciones sociales de la existencia de las personas o sea a sus determinantes sociales.

No es extraño entonces señalar que la Bartonellosis ocurre en Las Pirias a semejanza de otros lugares del país, ahí donde la pobreza y exclusión están presentes. En efecto, Ancash, Huánuco, Cuzco, serranías de la Libertad, y las serranías de Piura comparten -junto a la presencia del vector infectado- las injustas condiciones sociales en las que “vive la gente”. Antonovsky nos recuerda al respecto que *“la salud se gana o se pierde, ahí donde el hombre nace, crece, trabaja, se recrea y también ama”* (38)

Esta es la perspectiva de abordaje que no debemos perder de vista, por ello este estudio escudriña los factores culturales y conductuales que subyacen en estos determinantes sociales y que explican las altas incidencias y alta mortalidad con los costos sociales que conlleva.

Dentro de las características demográficas halladas en la investigación se destaca en primer lugar las bajas tasa de escolaridad. La mayoría de los encuestados (73.6%) tienen nivel primaria y el 12% son iletrados, este determinante educativo es fundamental pues si consideramos que la educación en nuestro país es de muy mala calidad (así lo demuestran los estudios latinoamericanos) donde la comprensión de la lecto-escritura es de las peores de América Latina y que la de las regiones rurales es aún mayor; entonces podemos explicar porque nuestro niveles de conocimientos son tan básicos y que nuestras actitudes aparentemente muy “positivas” no se expresan sin embargo en prácticas saludables, al no haber una linealidad entre lo que conocemos y lo que hacemos. Esta observación es común en todos los CAP sobre Bartonellosis realizados en otras partes del país. (5)(12)(13)(15)(14)(16)(17)(18). Más adelante volveré sobre

esto último, pues no existe tampoco una relación lineal absoluta entre la actitud y la práctica.

Otro elemento motivo de análisis es la ocupación. Los hombres se dedican a la agricultura y las mujeres son amas de casa. Esta situación es importante pues los agricultores de esta región consideran a la naturaleza casi como una extensión de su esquema corporal y por tanto los insectos son “animales molestosos” con los que hay que convivir a no ser que sean muy nocivos.

De hecho si no los sienten “malignos” entonces no hay necesidad de protegerse y menos eliminarlos. En base a las observaciones propias del autor puedo señalar que la “*manta blanca*” (nombre común con el que se conoce al vector en esta zona) es indeseable en tanto por las noches no deja dormir y su picadura es muy pruriginosa más no porque puede producir enfermedad. Coincidentemente a esta apreciación la investigación demostró que sólo un 40.6% asoció la Bartonellosis a la picadura del insecto infectado.

Precisemos un poco más. En el mundo de la cotidianeidad de los pobladores de Las Pirias, la *manta blanca* es un insecto cuya presencia no es ajena, lo que se expresa en las respuestas de la encuesta (un gran porcentaje conoce sus hábitos y hábitat). Sin embargo su asociación a una enfermedad no es elevada. Sucede que estas poblaciones si bien es cierto contaban con la presencia del vector desde hace muchos años, por otro lado la Bartonellosis es de ingreso sólo reciente. De ahí que a diferencia de otras enfermedades transmitidas por insectos como es el caso del anófeles (el paludismo se presenta en las partes bajas) sí se reconoce su potencial efecto patógeno.

Los pobladores suelen asociar con mayor facilidad anófeles-paludismo que *manta blanca*-Bartonellosis pues la primera de ellas los acompaña desde muchos años atrás. Lo más probable es que el contacto cercano con la ciudad de Jaén (distrito al que perteneció hasta hace poco) donde el paludismo es endémico, hizo que su aprendizaje tanto por experiencia como por los programas de educación para la salud hayan generado un mayor conocimiento de la asociación paludismo-anófeles que para el caso de la Bartonellosis. Esto sugiere la necesidad de mejorar la intensidad y calidad de los mensajes educativos para esta última.

Otro aspecto que se halló tiene que ver con una cuestión de género. Las mujeres son amas de casa en su gran mayoría este hecho tiene fuertes implicancias sociales y sanitarias. La mujer no tiene capacidad de decisión, es obsecuente a las decisiones de los varones, sin embargo es la persona que cumple el rol de “curadora” en la familia; y si además sabemos que su grado de escolaridad es menor que la de los varones, entonces la salud de los menores está en manos de personas con dificultades para comprender y entender mensajes que son enviados desde una perspectiva cultural diferente como son la de los servicios de salud. Sobre este tema de los saberes occidentales y los saberes populares volveré más adelante pues no existe ningún afán peyorativo sino muy por el contrario servirá de fundamento para un acercamiento de saberes y perspectivas culturales en las intervenciones educativo- comunicacionales.

Sí es de interés señalar que en las familias de la zona el valor de la vida está en términos de quienes producen, habiendo observado que los niños no son considerados como prioritarios en la atención nutricional, ni de salud propiamente dicha. Así, en esta región la mejor alimentación es para el padre, de ahí los altos

índices de desnutrición reseñados anteriormente y puede explicar el porqué de la alta mortalidad por Bartonellosis en los niños ya que los padres suelen llevarlos muy tarde a los servicios de salud.

Para concluir con la discusión de la información general es útil comentar la localización de la vivienda. Casi el 40% era dispersa y al respecto debo señalar que en todas ellas existían animales domésticos que conviven con las personas, es decir comparten el mismo espacio. En esta región los cuyes son criados dentro de las viviendas, no siendo extraño la presencia de aves de corral en las mismas. Aun cuando en la observación de las prácticas no ha sido consignada, sin embargo es necesario informarlas, pues es sabido que el hacinamiento sí es factor que atrae a los insectos, debido a la mayor presencia de CO₂ (dióxido de carbono de la exhalación respiratoria) en las viviendas.

A continuación se comenta la variable conocimiento. Como en todo proceso de construcción de prácticas adecuadas de prevención de las enfermedades y del cuidado efectivo de la salud, es importante iniciar sabiendo el nivel de conocimientos de la población acerca de esta enfermedad, en relación a sus mecanismos de transmisión, las características del vector, la sintomatología de la enfermedad, su gravedad y consecuencias potenciales, su tratamiento y sus acciones principales de prevención y control.

Al respecto más de la mitad de la población (56.9%), tuvo un nivel de conocimientos básico acerca de la enfermedad y sólo en el 21% su nivel fue suficiente como para considerarse susceptible a la enfermedad y percibir su

gravedad. Es de recalcar que hubo diferencias entre los diversos tópicos de conocimiento investigados.

Así por ejemplo sólo el 18,21% conoce el agente responsable de la infección, siendo llamativo que el 43,13% lo confunda con la fiebre amarilla. Esto es de singular importancia pues en la zona la palidez suele ser atribuida a la fiebre amarilla y cuando no a la hepatitis. Este desconocimiento del agente causal es primordial a la hora de explicar la poca asociación entre el vector y la enfermedad, sólo un 40,66% de entrevistados considera que la transmisión se realiza por la picadura de una “manta blanca” infectada. Gonzales (1993) en Huaraz y Carhuaz (Ancash) encontró que sólo 28,5% conocía que la enfermedad era transmitida por mosquitos, lo que nos lleva a pensar en la necesidad de incidir sobre la relación agente causal-vector en los programas de educación y comunicación.

Ahora, respecto al nivel de conocimientos sobre el cuadro clínico, se encontró que la mayoría saben reconocerla y el síntoma más frecuentemente identificado fue la fiebre (88,91%), resultado que también está por encima de los reportados por Gonzáles (1993) quien halló que sólo 50% reconoce la fiebre como parte del cuadro clínico de la enfermedad. Además, la importante cantidad de participantes que identificaron la verruga como signo de la enfermedad (36,58%) probablemente esté relacionado con la proporción de casos de Bartonellosis que presentan la fase eruptiva de la enfermedad en el distrito Las Pirias. Otro signo altamente explicitado en nuestros entrevistados (77,34%) es la palidez que por ser en muchos casos extrema los hace confundir con la fiebre amarilla, enfermedad que no ha sido reportada en esa zona.

Sobre la fiebre debemos señalar que es de muy frecuente presentación en esta parte del país pero que también es inespecífica. Al respecto Troyes L. y Fuentes L. (Jaén 2004-2005) (39) realizaron un estudio hallando que de 1039 casos febriles el 30 % de los casos correspondía a Malaria por falciparum, leptospirosis (11,1%), dengue 10,1% y bartonellosis en el 1,6% entre otros. Podemos notar la relevancia del síndrome febril asociado a las enfermedades metaxénicas, por tanto los programas educativos y las diversas estrategias de control deben ser integrales pero salvando las particularidades de los diferentes vectores.

Respecto al conocimiento del vector, la mitad de la población conoce que la enfermedad es transmitida por un vector, describe sus características y conoce su nombre “*manta blanca*” (85,40%), además identifica el horario más frecuente de ingreso a la vivienda (95,21%). Por otro lado, más de la mitad de la población asume que el vector se alimenta de *sangre humana* e indica su hábitat (troncos y hojarasca). Este valor es superior a los reportados por Susuki (1978) en Huaylas y Yungay quien encontró que sólo 22,6% reconoció al vector que transmitió la enfermedad. Esto se constituye en una fortaleza a la hora de preparar proyectos de intervención pues las personas reconocen las características y hábitos del vector.

Este tipo de conocimiento no exige una mayor capacidad de abstracción ni valoración sino mas bien forma parte de un conocimiento a partir de la experiencia cotidiana de ahí su elevado porcentaje y calidad del saber (en términos conocer los hábitos del insecto). De hecho estos saberes deberían ser aprovechados para su sistematización.

Por otro lado este vector no era de masiva presencia en Las Pirias pero en la actualidad su carga es de mayor magnitud, al parecer los cambios climáticos observados en esta parte del país pueden estar jugando un rol importante. Al respecto un estudio desarrollado por Huarcaya E. y col. (2004) (40) sobre la influencia del Fenómeno del Niño ha señalado la asociación entre la temperatura del mar y una mayor abundancia de las *Lutzomyias*. Esta epidemia en Las Pirias debe servirnos como indicador de la forma cómo se viene extendiendo la enfermedad en nuestro país y sobre todo de la asociación a épocas de Fenómeno del Niño intenso como viene sucediendo desde tiempos cercanos.

Sobre la transmisión, sólo un 40,66% lo asoció a la picadura del vector y un 49.92% desconocía totalmente ese mecanismo, lo que sí identificó, es que en la gran mayoría de casos los más afectados son los niños. Esto no es de extrañar puesto que sus altas tasas de desnutrición comentadas al inicio se constituyen en un factor de riesgo. Si consideramos que de por si la desnutrición genera una depresión inmunológica y la Bartonellosis otro tanto; entonces nos hallamos a un grave problema que explica la alta mortalidad por la enfermedad en este grupo etario. Adicionalmente debemos reiterar una observación del autor; en esta región la vida de los niños no tiene el mismo valor que la vida de los adultos (sostén familiar), por consiguiente cualquier política o estrategia debe ponderar la protección de los menores.

Con relación al diagnóstico la gran mayoría 78,2% conoce que este se realiza por examen de sangre, y con relación al tratamiento el nivel de

conocimiento fue básico (59,3 %). Si bien es cierto que el 75,3% reconoció que la enfermedad se cura con medicina, sólo el 33,2% refirió que para estar curado se necesita tener un examen de sangre negativo. Debemos prestar mucho interés a este tema pues hay un 33,26% de personas que consideran que están curados cuando no presentan ninguna molestia, sabiendo que las complicaciones por un tratamiento inadecuado pueden llevar a desenlaces lamentables pero además a resistencias antibióticas. Nuestra experiencia nos ha permitido apreciar que en brotes anteriores, el tratamiento con penicilina y cloranfenicol eran más que suficientes, sin embargo en esta epidemia nos vimos precisados a emplear terapia combinada que aún no estaba considerada en los protocolos nacionales.

Por otro lado en relación al tratamiento en esta región el empleo de la automedicación y la praxis “médica” desarrollada por los promotores de salud debe ser considerada como un elemento importante. En muchas poblaciones donde no llega el servidor oficial del estado, el promotor de salud (especialmente el perteneciente al Vicariato de Jaén) es un valioso aliado en la atención de la población, siendo necesario entonces su formación intensiva con el enfoque de interculturalidad y complementariedad de saberes y sistemas médicos alternativos. (Por ejemplo creencias en el sistema frío-caliente).

Respecto al conocimiento de las medidas de prevención y control, 78,7% reconocieron suficientemente las tres medidas de prevención recomendadas (uso de mosquiteros, uso de ropa manga larga, colocar mallas en puertas y ventanas), y el 75.95% las tres medidas de control recomendadas (fumigación, cortar el monte alrededor de la vivienda, y curar al enfermo lo más rápido posible). Esto

demuestra que las personas si tienen conocimientos sobre las formas de evitar las picaduras del vector que en la práctica significa cortar la cadena de transmisión. Sin embargo contrasta con el nivel de prácticas que es muy pobre como veremos más adelante. Llama la atención el desconocimiento en la mayoría de los casos (sólo un 41,41% lo sabía) que una forma de controlar la enfermedad es a través del tratamiento oportuno del enfermo, la mayor consecuencia asociada no sólo es la persistencia del reservorio humano sino las posibilidades que este pueda presentar formas graves complicadas de la enfermedad. Este es otro tema que debe ser trabajado intensamente.

Con relación a las actitudes es de destacar que el 92,5% de las personas presentaron actitudes muy favorables como predisposición para la acción, siendo la más baja en relación al tratamiento (64,5%) pues como explicábamos líneas arriba la automedicación y el uso de la medicina tradicional es muy frecuente.

La actitud como predisposición psicológica está en relación a las creencias, valores y conocimientos pero su transformación en acción es muy compleja. Al respecto hay muchas teorías que tratan de explicar el porqué las personas asumen determinadas conductas o prácticas.

Una de ellas la *elección racional* que a decir de Jon Elster (2003) (41) explica las motivaciones que tienen los hombres para actuar y que estarían en función a determinados intereses y creencias, sin embargo pensamos que el proceso es aún más complejo y estaría asociado a valores y sentimientos contruidos socialmente a manera de imaginarios. De ahí que cambiar un estilo de

vida no es tan sencillo y requiere de otros estímulos o incentivos que pueden ser sociales o también de carácter político, entendida esta como la posibilidad de decidir sobre qué hacer en un determinado asunto que afecta su propia vida. Desde este punto de vista es imprescindible que en la formulación de cualquier estrategia se deba contar con la participación activa de las personas y las comunidades. El empoderamiento individual y colectivo puede ser un incentivo de valía personal que apoye un cambio hacia la acción.

Se considera por otro lado que para facilitar el proceso del paso de una actitud positiva a una práctica es fundamental (en la misma perspectiva de la elección racional) dotar de otros recursos a la población. Por ejemplo es necesario desarrollar nuevas investigaciones para tecnologías que busquen controlar al vector dentro de los domicilios por ejemplo a través del empleo de lámparas. Este hecho es relevante toda vez que los pobladores difícilmente en estas épocas van a cambiar su manera de vivir con sus animales domésticos en casa (por cultura y necesidad), hecho que incrementa la cantidad de dióxido de carbono que sería un factor atractor de insectos en general.

Dentro de la observación de las prácticas lo más positivo lo constituyó el corte de los matorrales alrededor de las viviendas así como la quema de los mismos (48.8%), sin embargo debemos señalar que esta acción no es sólo para modular la presencia de los insectos, sino además por limpieza y protección contra las serpientes que abundan en el monte. Una medida poco costosa y altamente efectiva lo constituye el mosquitero cuyo uso debería ser recomendado siempre y

cuando se realice una inducción a su empleo. En este sentido la investigación demostró la buena actitud para su uso (88,6%) en contraste con la observación de su práctica en sólo un 26,6%, esto puede deberse a su falta de disponibilidad por la pobreza del poblador.

Para conseguir un cambio conductual no bastan intervenciones comunicativo- educativas a nivel comunitario o a través de los medios de comunicación masivo. No estamos negando su importancia, sin embargo desde nuestra experiencia pensamos en priorizar la educación para la salud en la escuela, pues los niños pueden ser valiosos agentes educativos de sus padres en especial de las madres que reitero son las cuidadoras de la salud en las áreas rurales (también lo son en las ciudades y en todas partes del mundo). Cambiar las actitudes en la infancia y adolescencia es más efectivo y sostenible que en la adultez.

En relación a lo anterior, debemos señalar que en los enfoques actuales para el control de las enfermedades, es importante el proceso de educación para la salud, pero que reconozca la existencia de un sujeto productor de información y no sólo receptor de ésta, de ahí la importancia de la participación comunitaria.

Un punto adicional a tener presente es que no basta con elevar el nivel de conocimientos (información) de la población, sino que ello debe combinarse con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención (42). Esto porque el tener conocimientos adecuados no necesariamente siempre deriva en prácticas preventivas. Esta situación ya ha sido definida por Allport (43) como la

“segregación del conocimiento con respecto a la conducta”, y de forma particular también se constata en los resultados de nuestro estudio respecto a algunas variables de interés como las relacionadas a las medidas de prevención y control: En el caso del empleo de mosquiteros, aunque 94,36% conocen esta medida, sólo 26,6% la usan; y en el caso de la fumigación, aunque 90,43% conocen esta medida, sólo 2,57% la usa. Claro que estos bajos niveles en las prácticas podrían relacionarse directamente al nivel de disponibilidad de los mosquiteros y de los insecticidas. Estos resultados de disociación entre los conocimientos y las prácticas, también coinciden con diversos estudios que abordan otras enfermedades, como el dengue (44) (45).

Es importante insistir que la modificación de las prácticas y comportamientos humanos resulta esencial en la prevención y control de la enfermedad. Medidas tan sencillas como colocar mallas en las puertas y ventanas, hacer humo alrededor de la vivienda, o utilizar ropa manga larga (cuya práctica en nuestro estudio sólo alcanzó 1,7%, 48,8% y 7,67%, respectivamente), pudiesen ayudar de sobremanera a prevenir y controlar la enfermedad.

Comparando esta investigación con los otros estudios desarrollados en la zona por Troyes L. 2005, Estela R. 2005, Monteza B. 2005 y Guerrero N. 2005 empleando la misma metodología, podríamos señalar que el perfil de conocimientos es muy similar (básicos) y en todos los casos las actitudes y las prácticas son idénticas (actitudes altamente positivas pero prácticas poco saludables respecto de la Bartonellosis). Se considera relevante, estudiar porqué

las poblaciones no ponen en práctica sus conocimientos, siendo aparentemente su actitud muy positiva. Con frecuencia asumimos que el factor crítico es la pobreza, sin embargo, no existe la demostración causal al respecto.

En conclusión, se considera fundamental que la población del distrito Las Pirañas, que vive expuesta al riesgo de contraer la Bartonellosis mejore sus niveles de conocimientos y refuerce sus prácticas y actitudes respecto a la enfermedad. Es probable que la participación activa y organizada de la población con el aporte de otros sectores facilite que la población adopte prácticas adecuadas para la prevención y control de la Bartonellosis. Sin embargo existe una pobre investigación sobre bartonellosis, en especial en los niveles y de prevención y control. Se requieren estimular investigaciones operativas que permitan determinar la efectividad de los programas de intervención, incluyendo los preventivo-promocionales, como por ejemplo el mercadeo social.

Sin embargo en esta parte de la discusión señalamos que está demostrado que para operar un cambio en los estilos de vida (al fin y al cabo prácticas sociales) no es suficiente una intervención educativo-comunicacional, es fundamental además comprometer a los decisores políticos en especial del nivel de los gobiernos locales pues ellos son responsable de gobernar sus comunidades actuando a través de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos.

Este compromiso político debe ser asumido también por niveles de gobierno más altos, porque la enfermedad de Carrión es una enfermedad que afecta las

comunidades más pobres del país y es coincidentemente una enfermedad “pobre” y olvidada. Las altas tasas de letalidad presentadas en el brote que azotó nuestra región pueden ser un llamado de atención sobre lo puede ocurrir en otras partes del país sobre todo por los cambios climáticos que viene operando en el mundo y dentro de ellos, nuestro país es uno de los tres más vulnerables del mundo.

De ahí que la Educación y comunicación para la salud acompañada de políticas públicas saludables con enfoque de derechos deben ser los pilares para cualquier intervención que coadyuven al control de la Bartonellosis en esta parte del país.

Este año 2014 la Organización Mundial de la Salud celebró el Día Mundial de la salud bajo el lema: “Pequeñas picaduras, grandes amenazas” con el objetivo de llamar la atención a la comunidad internacional sobre la necesidad de emprender una lucha integral contra los vectores que transmiten diferentes enfermedades especialmente en América latina donde se estima que en los últimos años existe un creciente brote de enfermedades metaxénicas.

Esta tesis discute algunos aspectos de la prevención y control de la Bartonellosis , y a partir de ello propone seguir insistiendo en la necesidad de agendar en las diferentes instancias de gobierno un conjunto de políticas afirmativas que permitan vulnerar los determinantes sociales negativos para la presencia del vector. Entender que el cambio climático ha hecho variar el hábitat del vector y que las personas actúan en base a incentivos de diverso orden es crucial a la hora de hacer incidencia política.

Resulta claro que a pesar de los conocimientos y actitudes que tienen las personas respecto de la Bartonellosis sin embargo su práctica social dista mucho

de lo esperado por tanto se debe realizar estudios sobre los incentivos (sociales, económicos, morales) que hacen que las personas actúen de una forma u otra.

El presente estudio explora los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Bartonellosis en pobladores de una zona endémica de la enfermedad: distrito de Las Pirias, provincia de Jaén departamento Cajamarca. Además, cabe resaltar que este es el primer estudio que se realiza en esta zona y cuya información deberá servir para tomar decisiones en relación al abordaje de la prevención y control de esta enfermedad.

Es papel de las universidades desarrollar espacios de encuentro de investigadores respecto de las enfermedades transmitidas por vectores, las agencias de salud internacional así lo recomiendan; pero también se hace necesario una fuerte discusión entre los responsables de los proveedores de salud en los diversos niveles de gobierno (nacional, regional y local) bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Finalmente debemos recalcar que la fortaleza de este estudio radica en su carácter poblacional, haberse realizado un censo general de la población, la validación de los instrumentos a través de expertos y su inicial pilotaje, el de haberse realizado en una zona rural de un enclave semejante a las nuevas áreas de expansión de la enfermedad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Respecto al nivel de conocimientos 60% de los encuestados tiene un nivel básico, 20% suficiente y 20% un conocimiento insuficiente. Un 81% de los encuestados tiene un conocimiento insuficiente respecto al agente causal, 53.6% a la forma de trasmisión y 78.7% a las acciones de prevención y control de la Bartonellosis.

- Un 97.5% de los encuestados presenta una actitud favorable respecto a la Bartonellosis, en particular frente a la fumigación como método de control. La actitud menos favorable observada en el estudio es la disposición frente al tratamiento.

- En relación a las prácticas de prevención y control, el 26.6% utiliza mosquiteros, 7.6% utiliza manga larga y solo el 1% utiliza mallas en puertas y ventanas, en general al analizar las practicas respecto a las de prevención y de control de la Bartonella, encontramos que del total de encuestados solo el 16.1% realiza practicas preventivas y 8.4% de control de la enfermedad.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- Es necesario elaborar e implementar una estrategia comunicacional, integral y articulada, enfocada en el poblador en riesgo de contraer bartonelosis, con énfasis en lo referente al vector transmisor de la enfermedad y los mecanismos de contagio.
- Desarrollar un plan integral con participación escolar enfocado en reforzar y promover las actitudes y prácticas que favorezcan la reducción del riesgo a enfermar y contribuyan al control de la bartonelosis.
- El Gobierno local en el marco de las redes integradas de salud deberá promover el trabajo articulado y eficiente en salud para fomentar practicas preventivas y de control en el Distrito, a la luz de los resultados es evidente que se necesita mayor evidencia socioantropológica sobre el tema. (uso de mallas y ropa de manga larga)
- Cualquier Estrategia para el control de la Bartonellosis debe ser considerada en el marco de un Plan de desarrollo distrital pues los principales determinantes sociales de su eclosión y perennización están asociados a la pobreza, desnutrición y bajos niveles de instrucción de la población.
- Este plan de desarrollo debe contemplar aspectos educativos, de desarrollo agrícola sustentable, y mercado laboral pues todo ello condiciona el perfil sanitario de la zona. Su abordaje integral puede constituirse en un potencial círculo virtuoso para el control de esta y otras enfermedades metaxénicas prevalentes en la zona.

- Se debe elaborar proyectos de fortalecimiento del capital humano basados en la educación para los adultos en especial de las mujeres porque son ellas las principales cuidadoras de la salud en los hogares de estas comunidades.
- Es fundamental desarrollar estudios complementarios: sobre los determinantes sociales de la salud vinculadas a la Bartonellosis y estudios cualitativos sobre los factores asociados a las prácticas sociales respecto de la enfermedad.
- Es necesario realizar investigaciones sobre el uso de nuevas tecnologías para el control del vector (vg.Lámparas).
- El Estado peruano (gobierno nacional y regional), la sociedad civil nacional y las agencias internacionales deben destinar recursos para la investigación social, biológica, clínica, y epidemiológica de la enfermedad.
- Desarrollar programas intensivos contra la desnutrición y la anemia infantil, pues ellas son un determinante social que coloca en mayor riesgo de mortalidad por Bartonellosis a los menores de edad.
- Desarrollar escuelas saludables con modificaciones curriculares donde se construya conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad de la región.
- Las facultades de ciencias para la salud de las universidades de Jaén deberían desarrollar internado rural en las comunidades de la región con la finalidad de aportar en la educación para la salud.
- El Ministerio de salud debe señalar como prioritario el control de Bartonellosis en la regiones endémicas de nuestro país para lo cual debe destinar el presupuesto correspondiente. La Bartonellosis nuestra enfermedad oriunda no debería ser, ***“la más pobre entre las pobres ni la mortal enfermedad de los pobres y olvidados del Perú profundo”***.

BIBLIOGRAFIA

1. Cáceres A. Distribución geográfica de *Lutzomyia verrucarum*, vector de la bartonelosis en el Perú). *Rev. Ins. Med. trop. S. Paulo*, 1993, 35(6):485-490.A. 1993.
2. Alero-Hidalgo G Gonzalo, Aguilar M, Castillo P. Estudio clínico y epidemiológico de la bartonelosis en Ecuador. *Dermatol. peru.*, mayo/agos 2005, vol.15, no.2, p.132-136. ISSN 1028-7175.
3. Maguiña CP. Estudio clínico de 145 casos de enfermedad de Carrión en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1969-1992. Tes. Dr. UPCH. Lima, 1993.
4. Oficina General de Epidemiología/Instituto Nacional de Salud. Enfermedad de Carrión (Bartonellosis) en el Perú. Lima 2001.
5. Susuki L. Algunos Aspectos Epidemiológicos y Ecológicos de la Verruga Peruana en el Departamento de Ancash. I Congreso Regional de Medicina. Trujillo, 1 979.
6. Maguiña CP. Bartonellosis ò Enfermedad de Carrión. Nuevos aspectos de una vieja enfermedad. Lima A.F.A. Editores Importadores 1998
7. Ministerio de Salud. Impacto económico de la Enfermedad de Carrión en el Departamento de Ancash. Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias N° 001 .Lima .Oficina General de Epidemiología 2001
8. Maguiña C, Sánchez E, Gotuzzo E y Col. Estudios de nuevas zonas endémicas de Bartonellosis humana o Enfermedad de Carrión en el Perú .Acta Méd. Peruana 2001 ; 18 : 22-27

9. Análisis de la Situación del Perú. 2003. Serie de Análisis de Situación de Salud. Ministerio de de Salud del Perú .Oficina General de Epidemiología. 2004 -95-97.
10. Dirección de Salud Jaén. Análisis Situacional de Salud Perú 2004.
11. Ministerio de Salud. Oficina de Epidemiología Perú. Bartonellosis: Distribución Geográfica y Pirámide Poblacional de Casos S.E. 53. Lima. 2003.
12. Gonzáles F, Minaya P, Gómez L, Portugal W, Cáceres A, Adrianzen A, Coste C, Nakamoto I, Salazar Z , Usares L, Ruiz J . Creencias y Conocimientos sobre la Bartonellosis en las localidades Rurales en las Provincias Rurales de Carhuaz y Huaraz. Ancash. 1993.
13. Castillo R, Terrones C, Yabar D, Ventosilla P. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la Bartonellosis aguda (fiebre de la Oroya) en los pobladores del distrito de Ollantaytambo, provincia de Urubamba, en el Valle Sagrado de los Incas, Cuzco, Perú. 2008 Acta Med Per 25(2)
14. Bengoa F, LLanos Luis, Mayca J, *et al.* Conocimientos, intenciones de conducta y prácticas sobre Bartonellosis en la localidad de Sartimbamba, Provincia Sánchez Carrión, Dpto. de La Libertad: Enero - Marzo 2005. Rev Med Hered, abr. /jun. 2008, vol.19, no.2, p.48-49
15. Troyes L. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Enfermedad de Carrión, en el distrito de San José del Alto, provincia de Jaén, Cajamarca. Tes. Mg. UPCH. Lima, 2007.

16. Estela R. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Enfermedad de Carrión, en el distrito de Bellavista, provincia de Jaén, Cajamarca. Tes. Mg. UPCH. Lima, 2008.
17. Monteza B. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Enfermedad de la Bartonellosis en el distrito de Santa Rosa, provincia de Jaén. Tes. Mg. UPCH. Lima 2009
18. Guerrero N. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Enfermedad de Carrión, en el distrito de Tabaconas, provincia de San Ignacio, Cajamarca. Tes. Mg. UPCH. Lima, 2009.
19. Kerlinger, Fred. Investigación del comportamiento. 3º edición México DF. Editorial. MG Graw. Hill. 1994
20. Bunge, Mario. La investigación Científica. 3º edición. Barcelona. Editorial Ariel S.A. 1982
21. Díaz, E. y Heller. M, el conocimiento científico. Buenos Aires Eudeba. 1985
22. Belda Maria. Metodología de investigación 1984
23. Martínez Fidel, Ortiz Eloy, Gonzáles Ania, Brito Humberto. Algunos antecedentes, iniciadores y fundamentos de los estudios de la Complejidad. Revista Quórum Académico de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Zulia, Venezuela 2009. Número 1. Vol. 6.
24. Bolívar A. Evaluación de Valores y Actitudes Madrid. Ed Anaya. 1995
25. Eagly AH, Chaiken, S. La psicología de las actitudes. Harcourt d Brace, Jovanovich, Inc Florida EE.UU. 1993

26. Eiser JR. Psicología social Actitudes, cognición y conducta social. Madrid. ED Pirámide. 1989
27. Tejada J, Sosa F. Las actitudes en el perfil del formador de formación Profesional y Ocupacional. Ponencia Presentada en el segundo congreso CIFO. Unidad Autónoma de Barcelona España 1997.
28. Morales JF. La psicología social. 2da edición Madrid. Mc Graw-Hill.1999.
29. Morales P. Medición de las actitudes en Psicología y Educación Construcción de Escalas y Problemas Metodológicos 2da Ed. Universidad Pontífica Comillas .Madrid 2000.
30. Fishbein M., Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley. 1975.
31. Morales JF. La psicología social 2d. Edición .Madrid MC Graw-Hill 1999.
32. Kosek M, Lavarello R, Gilman R, Delgado J, Maguiña C, Verástegui M, et al, Natural history of infection with Bartonella bacilliformis in a nonendemic population, J Infect Dis 2000; 182: 865-872
33. Birtles R, Fry N, Ventosilla P, Cáceres A, Sánchez E, Vizcarra H, et al, Identification of Bartonella bacilliformis genotypes and their relevance to epidemiological investigations of human bartonellosis, J Clin Microbiol 2002; 40(10): 3006-3612
34. Huarcaya E, Maguiña C, Torres R, Rupay J, Fuentes L, Bartonellosis (Carrion's disease) in the pediatrics population of Peru: an overview and update, Braz J Infect Dis 2004; 8(5): 331-339

35. Cruz-Vílchez J, Vargas-Cruz M, Bartonellosis aguda complicada, Presentación de 44 casos, Huancabamba, Piura, Rev Soc Per Med Inter, 2003; 16(4): 5-9
36. Maguiña C, García P, Gotuzzo E, Cordero L, Spach D, Bartonellosis (Carrion's disease) in the modern era, Clin Infect Dis 2001; 33: 772-779
37. Municipalidad distrital de Las Pirias –Jaén. Plan estratégico concertado de las Pirias 2004-2014. Agosto 2004 Jaén- Perú
38. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11(1): 11-18.
39. Troyes L, Fuentes L, Troyes M. *et al.* Etiología del síndrome febril agudo en la provincia de Jaén, Perú 2004-2005. Rev. perú. med. exp. salud pública, ene.-mar. 2006, vol.23, no.1, p.5-11
40. Huarcaya E, Chinga E, Chavez J, *et al.* Influencia del fenómeno de El Niño en la epidemiología de la Bartonellosis humana en los departamentos de Ancash y Cusco entre 1996 y 1999. Rev Med Hered, ene./mar. 2004, vol.15, no.1, p.4-10
41. Elster J, Inglehart R, Eisler R. Reflexiones sobre la investigación en ciencias sociales y estudios políticos. Universidad Nacional de Colombia 2003
42. Acosta OS, Chalgub AM, Baydes RO, Abraham E, Modificación de los conocimientos, actitudes y practicas de la población sobre la prevención de los mosquitos, Rev Cub Hig & Epidemiol 1999; 37: 6–12
43. Allport G, La naturaleza del prejuicio, Eudeba: Buenos Aires; 1964

44. Benítez-Leite S, machi ML, Gilbert E, Rivarola K, Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción, Rev Chil Pediatr Santiago 2002; 73(1): 15-22

45. Anderson A, Zevallos M, Montes C, Ramírez G, Pezantes M, Baltasar G, et al, Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al dengue: Lima y macro región Norte del Perú, Lima: Ministerio de Salud; 2004, p, 137

ANEXOS

ANEXO 1

DISTRITO	POBLACIÓN DE ADULTOS	NUMERO DE VIVIENDAS	ADULTOS POR VIVIENDA	TAMAÑO DE LA MUESTRA + 10%	% DE VIVIENDAS A VISITAR
LAS PIRIAS	2699	1039	2.5	393	38%

ANEXO 2

LOCALIDADES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO – DISTRITO LAS PIRIAS

Localidad	Frecuencia	%
Las Pirias	95	24,30
Rumibamba	31	7,93
Salabamba	25	6,39
El Laurel	25	6,39
Laguna	22	5,63
La Mushca	20	5,12
Limón	19	4,86
Las Piñas	18	4,60
Mirador	16	4,09
San Miguel	16	4,09
Soledad	14	3,58
San Francisco	12	3,07
Cruz Roja	12	3,07
Peña Blanca	11	2,81
Quillabamba	9	2,30
La Fortuna	8	2,05
Portachuelo	8	2,05
Tumbillan	6	1,53
San Isidro	6	1,53
Flor de Café	6	1,53
El Café	5	1,28
Los Angeles	4	1,02
San Martín	3	0,77
TOTAL	391	100,00

ANEXO 3

DISTRITO DE PIRIAS

N° DE ORDEN	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	TOTAL DE VIVIENDAS POR LOCALIDADES	LOCALIZACIÓN DE LAS VIVIENDAS POR ORDEN CORRELATIVO	VIVIENDAS SELECCIONADAS
1	PIRIAS	250	001-250	1, 2, 8, 10, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 29, 34, 38, 40, 41, 42, 51, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 64, 66, 68, 69, 70, 74, 76, 81, 84, 87, 88, 89, 90, 95, 96, 106, 108, 109, 11, 112, 117, 120, 123, 124, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 135, 137, 139, 140, 143, 145, 146, 150, 156, 158, 161, 162, 165, 168, 170, 173, 189, 194, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 207, 209, 213, 214, 222, 223, 225, 232, 233, 235, 237, 241, 242, 243, 247, 250.
2	LA MUSHCA	53	251-303	252, 254, 255, 256, 259, 260, 261, 263, 266, 267, 269, 273, 282, 287, 288, 290, 293, 295, 298, 300.
3	LIMON	49	304-352	304, 310, 313, 314, 315, 319, 320, 321, 328, 330, 334, 339, 342, 345, 346, 348, 349, 350, 352.
4	CRUZ ROJA	32	353-384	353, 355, 359, 363, 365, 366, 370, 371, 372, 376, 379, 381.
5	PEÑA BLANCA	26	385-410	385, 386, 392, 393, 399, 401, 403, 404, 407, 408, 410.
6	SAN MIGUEL	51	411-461	412, 414, 422, 426, 428, 430, 431, 435, 441, 447, 453, 454,

				455, 457, 458, 460.
7	QUILLIBAMBA	27	462-488	462, 465, 468, 470, 474, 477, 479, 488, 484, 488.
8	PIRIAS	47	489-535	489, 490, 491, 495, 497, 500, 503, 504, 507, 509, 513, 515, 520, 523, 525, 532, 533, 534.
9	LAUREL	66	536-601	544, 548, 549, 554, 556, 558, 559, 563, 564, 565, 568, 574, 576, 578, 579, 581, 583, 587, 589, 590, 592, 593, 598, 600, 601.
10	SAN MARTIN	8	602-609	604, 6006, 609.
11	SAN ISIDRO	17	610-626	613, 614, 616, 618, 623, 625,
12	SALABAMBA	67	627-693	627, 632, 633, 635, 637, 639, 641, 644, 645, 651, 652, 653, 654, 656, 659, 660, 668, 673, 675, 679, 683, 685, 687, 690, 691.
13	EL CAFÈ	12	694-705	696, 699, 700, 702, 703.
14	FLOR DE CAFÈ	16	706-721	706, 709, 712, 714, 719, 720.
15	MIRADOR	43	722-764	722, 724, 730, 731, 732, 733, 737, 742, 743, 748, 755, 757, 75999, 760, 763, 764.
16	SOLEDAD	36	765-800	765, 767, 770, 772, 775, 776, 777, 782, 788, 790, 793, 797, 798, 799.
17	LA FORTUNA	22	801-822	801, 804, 805, 807, 812, 814, 817, 822.
18	TUMBILLAN	15	823-837	823, 824, 832, 833, 835, 837.
19	RUMIBAMBA	82	838-919	838, 840, 843, 844, 848, 850, 852, 855, 859, 864, 872, 875, 878, 882, 884, 886, 889, 890, 891, 899, 901, 903, 905, 909, 910, 911, 912, 914, 916, 918, 919.
20	LA LAGUNA	57	920-976	922, 928, 929, 930,

				931, 933, 936, 942, 943, 946, 947, 950, 952, 953, 956, 957, 958, 961, 965, 966, 974, 976.
21	SAN FRANCISCO	32	977-1008	977, 981, 982, 983, 988, 991, 992, 996, 998, 1001, 1003, 1005.
22	LOS ANGELES	11	1009-1019	1011, 1012, 1017, 1019.
23	PORTACHUELO	20	1020-1039	1021, 1023, 1025, 1032, 1035, 1036, 1037, 1039.

ANEXO 4

RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTO DE LA BARTONELLOSIS – DISTRITO LAS PIRIAS

Característica	n	%
1. ¿Cuál es el microbio que causa la Bartonellosis?		
El virus de la hepatitis	30	1,07
El virus de la fiebre amarilla	924	34,13
La bacteria de la bartonella	491	18,21
La bacteria de la Fiebre Tifoidea	74	2,72
No sabe / no responde	1180	43,64
2. ¿Qué presenta una persona que está enferma de Bartonellosis?		
Dolor de oído	16	0,59
Verruga algunas veces	987	36,58
Palidez	2087	77,34
Tos	47	1,75
Fiebre	2400	88,91
Diarrea	120	4,46
No sabe / no responde	265	9,82
3. ¿Cómo se llama el mosquito que transmite la Bartonella?		
Zancudo	111	4,12
Lambeojo	5	0,19
Manta blanca	1437	53,19
Vaquerillo	5	0,19
No sabe / no responde	141	5,24
4. ¿Cómo es el mosquito manta blanca?		
De color amarillo y cuando vuela hace un fuerte ruido	45	1,65
Es pequeña de alas blancas y cuando pica deja una manchita rosada	2305	85,41
Tiene patas largas y vive en las chacras de arroz	87	3,23
Un insecto con ponzoña que hace panal	42	1,54
No sabe / no responde	220	8,16
5. ¿Dónde vive la manta blanca?		
Bajo el colchón	11	0,39
Sobre los techos	134	4,95
En el agua	1369	50,73
Bajo los troncos y la hojarasca	1299	48,12
No sabe / no responde	530	19,63
6. ¿De qué se alimenta la manta blanca?		
De agua	1021	37,84
De dulce de las frutas	71	2,63
De sangre de las personas	1481	54,86
De miel de las flores	188	6,95
No sabe / no responde	432	16,02
7. ¿En qué horario la manta blanca ingresa más a la vivienda?		
En la mañana (hasta las 12 am)	0	0,00
En la tarde (hasta las 5 pm)	56	2,07
En la noche (desde las 6 pm a 12 m)	2570	95,21

En la madrugada (desde la 1 am a 5 am)	0	0,00
No sabe / no responde	73	2,72
8. ¿Cómo se transmite la Bartonella?		
Por estar cerca de enfermos que tiene Bartonellosis	89	3,28
Al picar una manta blanca infectada	1097	40,66
Al comer alimentos o tomar agua contaminada	179	6,63
Por castigo de Dios	31	1,16
No sabe / no responde	1347	49,92
9. ¿A quienes ataca mayormente la Bartonellosis?		
A los niños	2364	87,57
A los jóvenes	853	31,59
A los adultos	553	20,50
A los ancianos	383	14,20
No sabe / no responde	235	8,69
10. ¿Tenemos certeza que 1 persona está enferma de Bartonella al tener los resultados de?		
Examen de sangre	2113	78,29
Examen de orina	23	0,87
Examen de esputo	0	0,00
Examen de heces (caca)	0	0,00
No sabe / no responde	563	20,85
11. ¿Con qué se cura la Bartonellosis?		
Con remedios preparados por un curandero	62	2,30
Con rezos a un santo milagroso	8	0,29
Con medicina (antibiótico) recetada por un médico	2033	75,36
Con baños en aguas termales	0	0,00
No sabe / no responde	596	22,10
12. ¿Cuándo sabe Ud. que ya se curó de la Bartonellosis?		
Cuando toma el tratamiento completo	1523	56,40
Cuando no presenta ninguna molestia	898	33,27
Cuando se obtiene un nuevo examen de sangre negativo después de haber terminado el tratamiento	200	7,41
Cuando tiene examen de orina normal	22	0,81
No sabe / no responde	56	2,07
13. ¿Qué medidas conoce usted con el fin de prevenir la Bartonellosis?		
Lavarse las manos antes de comer	353	13,08
Proteger la cama con mosquitero	2547	94,36
Barrer la casa todos los días	768	28,45
Usar ropas manga larga	1898	70,34
Tomar agua hervida	494	18,30
Colocar mallas en puertas y ventanas	2282	84,55

No sabe / no responde

89 3,31

14. ¿Qué medidas conoce para controlar la Bartonella?

Fumigar las viviendas	2441	90,43
Eliminar charcos de agua	1088	40,30
Tapar bien la comida cocinada	300	11,13
Cortar el monte alrededor de la vivienda	2271	84,14
Curar al enfermo lo más rápido posible	1118	41,41
Mantener la cama bien limpia	341	12,62
No sabe / no responde	106	3,92

ANEXO 5

RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES FRENTE A LA BARTONELLOSIS – DISTRITO LAS PIRIAS

Característica	Frecuencia	%
1. La Bartonella es una enfermedad pasajera que no debe preocupar a la población		
Muy de acuerdo	13	0,47
De acuerdo	21	0,78
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	50	1,84
En desacuerdo	809	29,97
muy en desacuerdo	1807	66,94
2. Tengo miedo que un día de estos me ataque la Bartonellosis		
Muy en desacuerdo	31	1,16
En desacuerdo	10	0,38
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	55	2,04
De acuerdo	765	28,36
Muy de acuerdo	1838	68,06
3. Se hace tanto escándalo por la pequeña e inofensiva manta blanca		
Muy de acuerdo	8	0,28
De acuerdo	19	0,69
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	141	5,24
En desacuerdo	788	29,21
Muy en desacuerdo	1743	64,59
4. Quiero terminar con la manta blanca en mi vivienda		
Muy en desacuerdo	13	0,47
En desacuerdo	16	0,59
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	172	6,39
De acuerdo	682	25,27
Muy de acuerdo	1816	67,27
5. Los mosquiteros no sirven para nada, la manta blanca es pequeña y siempre		

ingresará

Muy de acuerdo	44	1,62
De acuerdo	5	0,19
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	113	4,17
En desacuerdo	823	30,49
Muy en desacuerdo	1714	63,52

6. Debería premiarse al que invento el mosquitero, es muy necesario para protegernos de la manta blanca

Muy en desacuerdo	33	1,22
en desacuerdo	35	1,31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	252	9,33
de acuerdo	996	36,90
Muy de acuerdo	1383	51,25

7. Para que poner mallas en puertas y ventanas si la manta blanca de todos modos entrará a la casa por otros lugares

Muy de acuerdo	44	1,63
De acuerdo	32	1,19
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	356	13,20
En desacuerdo	798	29,58
Muy en desacuerdo	1469	54,40

8. Vale la pena usar mallas en puertas y ventanas porque impide que ingrese la manta blanca a los domicilios

Muy en desacuerdo	45	1,67
En desacuerdo	26	0,96
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	296	10,96
De acuerdo	937	34,70
Muy de acuerdo	1395	51,70

9. Usar ropa manga larga por causa de la manta blanca es aburrido

Muy de acuerdo	39	1,46
De acuerdo	166	6,16
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	301	11,17
En desacuerdo	601	22,28
muy en desacuerdo	1592	58,93

10. Cae bien usar ropa manga larga, mucho más si es para prevenir la picadura de la manta blanca

Muy en desacuerdo	49	1,81
en desacuerdo	0	0,00
ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	2,23
de acuerdo	1246	46,18
Muy de acuerdo	1343	49,77

11. Las medicinas que receta el personal del Ministerio de Salud para la Bartonellosis más bien empeora a los enfermos

Muy de acuerdo	0	0,00
de acuerdo	11	0,39
ni de acuerdo ni en desacuerdo	947	35,08
en desacuerdo	709	26,27

Muy en desacuerdo	1033	38,26
12. Sin la medicina que receta el personal del Ministerio de Salud ya nos hubiera matado la Bartonellosis		
Muy en desacuerdo	13	0,49
en desacuerdo	34	1,26
ni de acuerdo ni en desacuerdo	919	34,04
de acuerdo	913	33,83
Muy en desacuerdo	820	30,38
13. La manta blanca viene desde muy lejos, entonces no tiene sentido chalear los montes de alrededor de la casa		
Muy de acuerdo	0	0,00
de acuerdo	4	0,07
ni de acuerdo ni en desacuerdo	322	11,80
en desacuerdo	759	27,80
Muy en desacuerdo	1614	59,32
14. Me gusta cortar los montes de alrededor de mi casa para ahuyentar a la manta blanca		
Muy en desacuerdo	13	0,49
en desacuerdo	0	0,00
ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	2,24
de acuerdo	896	33,18
Muy de acuerdo	1730	64,09
15. La fumigación para la manta blanca debería prohibirse porque ensucia y deja con mal olor la casa		
Muy de acuerdo	0	0,00
de acuerdo	18	0,68
ni de acuerdo ni en desacuerdo	42	1,55
en desacuerdo	955	35,39
Muy en desacuerdo	1684	62,37
16. La fumigación es una buena medida, serán bienvenidos los fumigadores a mi vivienda		
Muy en desacuerdo	0	0,00
en desacuerdo	0	0,00
ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	0,49
de acuerdo	747	27,68
Muy de acuerdo	1939	71,83
Total	2699	100,00

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACION
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA
BARTONELLOSIS EN EL DISTRITO DE LAS PIRIAS
PROVINCIA JAEN, CAJAMARCA – AÑO 2005

I.- DATOS GENERALES:

- 1.Nombre de la
Localidad.....
2. Nombre del Entrevistador.
.....
- 3.- Fecha de entrevista (día, mes, año)...../...../.....
- 4.- Código de Vivienda N°.....
- 5.- Localización de la vivienda: 1. Disperso ()
2. Conglomerado ()

I.- DATOS GENERALES DEL INDIVIDUO:

- 1.- Código del individuo Entrevistado N°... (Iniciales).
- 2.- Fecha de nacimiento exacta...../...../.....
Día mes año
3. Sexo:
1. Masculino ()
2 .Femenino ()
4. ¿Cuántos tiempo vive UD. en esta localidad? -----Años(-----).. Meses
(.....)
5. Nivel de instrucción:
1.- Sin nivel () 2.- Primaria () 3.- Secundaria ()
4.- Superior técnica/Pedagógica () 5.- Superior Universitaria ()
- 6.- ¿Cuál es su ocupación ?-----
7. ¿cuantas personas mayores de 18 años viven en la vivienda?

1. PRUEBA OBJETIVA DE CONOCIMIENTOS

AGENTE CAUSAL

1. ¿Cuál es el microbio que causa la Bartonellosis?
- a) El virus de la hepatitis ()
 - b) El virus de la fiebre amarilla ()
 - c) La bacteria de la bartonelosis ()
 - d) La bacteria de la fiebre tifoidea ()

CUADRO CLÍNICO

2. ¿Qué presenta una persona que está enferma de Bartonellosis?
- a) Dolor de oído ()
 - b) Verruga algunas veces ()
 - c) Palidez ()
 - d) Tos ()
 - e) Fiebre ()
 - f) Diarrea ()

VECTOR

3. ¿Cómo se llama el mosquito que transmite la Bartonellosis?
- a) Zancudo ()
 - b) Lambiojo ()
 - c) Manta blanca ()
 - d) Vaquerillo ()
4. ¿Cómo es el mosquito manta blanca?
- a) De color amarillo y cuando vuela hace un fuerte ruido. ()
 - b) Es bien pequeña de alas blancas y cuando pica deja una manchita rosada. ()
 - c) Tiene patas largas y vive en las chacras de arroz. ()
 - d) Un insecto con ponzoña. ()
5. ¿Dónde vive la manta blanca?
- a) Bajo el colchón ()
 - b) Sobre los techos ()
 - c) En el agua ()
 - d) Bajo los troncos y la hojarasca ()
6. ¿De qué se alimenta la manta blanca?
- a) De agua sucia ()
 - b) De jugo de las frutas ()
 - c) De sangre de las personas ()
 - d) De miel de las flores ()
7. ¿En qué horario la manta blanca ingresa más a la vivienda?
- a) En horas de la mañana ()
 - b) En horas de la tarde ()
 - c) En horas de la noche ()

- d) En horas de la madrugada ()

TRANSMISIÓN

8. ¿Cómo se transmite la Bartonellosis?

- a) Por estar cerca de enfermos que tienen Bartonellosis ()
b) Al picar una manta blanca infectada ()
c) Al comer alimentos o tomar agua contaminada ()
d) Por castigo de Dios. ()

9. ¿A quienes ataca mayormente la Bartonellosis?

- a) A los niños ()
b) A los jóvenes ()
c) A los adultos ()
d) A los ancianos ()

DIAGNÓSTICO

10. Tenemos certeza que una persona está enferma de Bartonellosis al tener los resultados de:

- a) Examen de sangre ()
b) Examen de orina ()
c) Examen de esputo ()
d) Examen de heces (caca) ()

TRATAMIENTO

11. ¿Con qué se cura la Bartonellosis?

- a) Con remedios preparados por un curandero ()
b) Con rezos a un santo milagroso ()
c) Con medicina (antibiótico) recetada por un médico ()
d) Con baños en aguas termales ()

12. ¿Cómo sabemos que un paciente está curado de la Bartonellosis?

- a) Cuando toma el tratamiento completo ()
b) Cuando no presenta ninguna molestia ()
c) Cuando tiene resultado de examen de sangre negativo después de haber terminado el tratamiento. ()
d) Cuando tiene examen de orina normal. ()

PREVENCIÓN

13. ¿Qué medidas conoce usted con el fin de prevenir la Bartonellosis?

- a) Lavarse las manos antes de comer ()
b) Proteger la cama con mosquitero. ()
c) Barrer la casa todos los días. ()
d) Usar ropas manga larga ()
e) Tomar agua hervida ()

- f) Colocar mallas en puertas y ventanas ()

CONTROL

14. ¿Qué medidas conoce para controlar la Bartonellosis?

- a) Fumigar las viviendas ()
- b) Eliminar charcos de agua ()
- c) Tapar bien la comida cocinada ()
- d) Cortar el monte alrededor de la vivienda ()
- e) Curar al enfermo lo más rápido posible ()
- f) Mantener la cama bien limpia ()

2. CUESTIONARIO DE ACTITUDES

DISPOSICIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD

1. La Bartonelosis es una enfermedad pasajera que no debe preocupar a la población.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

2. Tiene miedo que un día de estos le ataque la Bartonelosis.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
()	()	()	()	()

DISPOSICIÓN FRENTE AL VECTOR

3. La pequeña e inofensiva manta blanca no hace daño a la salud de la familia.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

4. Quiere terminar con la manta blanca en su vivienda.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
()	()	()	()	()

DISPOSICIÓN FRENTE A LA PREVENCIÓN

5. Los mosquiteros no sirven para nada, la manta blanca es pequeña y siempre ingresará a la cama.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

6. Debería premiarse al que inventó el mosquitero, es muy necesario para protegernos de la manta blanca.

Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)
()	()	()	()	()

7. Para que colocar mallas en puertas y ventanas si la manta blanca de todos modos ingresará a la casa por otros lugares.

Muy de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (4)	Muy en desacuerdo (5)
()	()	()	()	()

8. Vale la pena colocar mallas en puertas y ventanas porque impide que ingrese la manta blanca a los domicilios.

Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)
()	()	()	()	()

9. Usar ropa manga larga por causa de la manta blanca es aburrido.

Muy de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (4)	Muy en desacuerdo (5)
()	()	()	()	()

10. Es necesario usar ropa manga larga, mucho más si es para prevenir la picadura de la manta blanca.

Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)
()	()	()	()	()

DISPOSICION FRENTE AL TRATAMIENTO

11. Las medicinas que receta el personal del Ministerio de Salud para la Bartonellosis más bien empeora a los enfermos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

12. Sin la medicina que receta el personal del Ministerio de Salud ya nos hubiera matado la Bartonellosis.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
()	()	()	()	()

DISPOSICION FRENTE AL CONTROL

13. La manta blanca viene desde muy lejos, entonces no tiene sentido cortar las malezas de alrededor de la casa.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

14. Debería cortarse las malezas de alrededor de la casa para ahuyentar a la manta blanca.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
()	()	()	()	()

15. La fumigación para la manta blanca debería prohibirse porque ensucia y deja con mal olor la casa.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
()	()	()	()	()

16. La fumigación es una buena medida, serán bienvenidos los fumigadores a mi vivienda.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
()	()	()	()	()

3. GUIA DE OBSERVACION DE PRÁCTICAS

Marca en el paréntesis que corresponda, luego de observar la acción verificada.

Prevención:

1. Mosquiteros colocados sobre la cama.

a) Prácticas positivas ()	b) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

2. Mallas Colocadas en puertas y ventanas de la vivienda.

c) Prácticas positivas ()	d) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

3. Evidencia de cenizas y de ramas verdes chamuscadas alrededor de la vivienda con el fin de hacer humo para ahuyentar a los insectos.

e) Prácticas positivas ()	f) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

4. Personas que usan ropa manga larga.

g) Prácticas positivas ()	h) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

A) Control:

5. Tarjeta de control de rociamiento de la vivienda con insecticida con fecha menor de hace tres meses.

i) Prácticas positivas ()	j) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

6. Casa con los alrededores libre de matorrales.

k) Prácticas positivas ()	l) Prácticas negativas ()
----------------------------	----------------------------

ANEXO 7

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACION SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA POBLACION MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS DEL DISTRITO DE LAS PIRIAS, PROVINCIA DE JAEN ACERCA DE LA BARTONELOSIS.-2005

INTRODUCCION

La presente encuesta de conocimientos actitudes y practicas acerca de la enfermedad de Bartonellosis será aplicadas al poblador mayor o igual a 18 años de las viviendas seleccionadas del 100% de las localidades del distrito en estudio. Dicho instrumento constituye el medio más importante y oportuno que dispondrá el presente estudio para la obtención de información estadística, fidedigna y confiable, proveniente de las personas seleccionadas, que permitirá conocer la realidad de lo que esta sucediendo en las localidades de los distritos seleccionados de las provincias de Jaén y San Ignacio.

OBJETIVOS

Recoger y registrar la información acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de la Bartonellosis de la población mayor o igual de 18 años del distrito en estudio año 2005.

CARACTERISTICAS DE LOS INSTRUMENTOS

1. TIPO DE INSTRUMENTO

La aplicación de los instrumentos de recojo de información será previo consentimiento respetando el derecho a las personas , es decir, la población de estudio estará constituida por uno de los residentes mayor o igual a 18 años habituales de la vivienda seleccionada.

2. POBLACION OBJETIVO

Son aquellas personas mayor o igual a 18 años residentes habituales (no menor de 6 meses) de las viviendas seleccionales del 100 % de localidades del distrito en estudio que cumplen con los criterios de inclusión.

3. COBERTURA DE APLICACION

3.1 Cobertura geográfica.- Los instrumentos se aplicara en las viviendas seleccionadas del total de localidades del distrito en estudio.

3.2. Cobertura temporal.- Los instrumentos aplicados se efectuará entre los meses de Enero Febrero año 2006

4. METODO DEL RECOJO DE INFORMACION

Se emplearán el método de **entrevista directa, aplicación de prueba objetiva de conocimientos, cuestionario de actitudes y guía de observación de prácticas** con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin.

CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS A APLICAR:

I.- Datos generales:

1. Nombre de la Localidad: Se registrará con letra legible el nombre de la localidad donde se esta encuestando.
2. Nombres y apellidos del entrevistador.- Se registrará con letra legible el o los nombres del entrevistador.
3. Fecha de entrevista: Se consignará el día (DD), El mes (MM), y el año (AA) en que se realiza la aplicación de la encuesta.
4. Código de la vivienda.- El código de la vivienda estará dado por el código de la localidad y el número de la vivienda seleccionada. Ejemplo: Localidad Las Pirias le corresponde el código 01 y la vivienda encuestada es la N° 16 (001-250).

5. Localización de la vivienda: Se considera una vivienda dispersa la que se encuentra aislada o lejana al conglomerado de casas (mas de 10 minutos del centro del conglomerado, sin secuencia de viviendas) y concentrada (menos de 10 minutos del centro del conglomerado)

II.- Datos generales del individuo:

1.- Código del individuo entrevistado: La selección de individuo a entrevistar se realizara teniendo encuesta la persona mayor o igual de 18 años que cumplió años mas recientemente al momento de aplicar la encuesta y su código se conformará teniendo encuesta sus nombres y apellidos como consta en su documento de identidad .Ejemplo JAQH= José Andrés Quinde Huamán. Teniendo una base de datos con nombres y apellidos completos de los encuestados que permita realizar el control de calidad de la información, siendo utilizada exclusivamente por el investigador para el control de calidad de la información. En caso de no encontrarse la persona seleccionada se regresara por una segunda vez. De no encontrarse se seleccionara el poblador de la vivienda a la derecha y/o mas próxima.

2. Edad: Se considerará, día, mes, año, cumplidos al día de la aplicación de la encuesta.

3. Sexo: Esta pregunta se debe diligenciar por observación del encuestador (a) Según lo que determine, encierre en un círculo el código correspondiente, si es Hombre (1) o si es Mujer (2).

4. Hace cuánto tiempo vive en esta localidad

Lea la pregunta y anote la respuesta en el recuadro correspondiente. Si indicó que vive menos de un año, anote 0 en el recuadro de “Número de años” y los meses respectivos, en el recuadro “Número de meses”.

5.- Nivel de instrucción: Lea la pregunta y luego marque con un aspa el nivel que indica haber alcanzado el entrevistado

Si respondió “Sin nivel” (código 1) “primaria” (código 2), secundaria (código“3”) superior técnico pedagógico (código 4)y Superior universitaria (código 5)

Definiciones:

Nivel de educación.- Es el año o grado de estudios más alto aprobado por cada persona dentro del nivel de educación regular alcanzado. Comprende los siguientes niveles:

Analfabeto.- Aquellos que nunca han asistido a la escuela o colegio.

Primaria.- Cuando la persona asistió en la modalidad de menores o adultos de acuerdo al sistema educativo vigente a la escuela primaria. El informante puede haber concluido o no sus estudios en grados.

Secundaria.- Cuando la persona estudió ya sea en la modalidad de menores o adultos, en el nivel secundario. El informante puede haber concluido o no sus estudios en años. Incluye también a las personas que estudiaron bachillerato.

Superior.- Incluye la educación Superior No Universitaria y Universitaria.

Superior Técnico/ Pedagógico.- Comprende los institutos superiores tecnológicos ,pedagógicos, técnicos y CEOS (Centros educativos ocupacionales) . Estas carreras generalmente tienen una duración no menor de seis semestres académicos.

Superior Universitaria.- Comprende las Universidades estatales y privadas del País. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años.

7.Cuál es su ocupación principal.

Lea la pregunta y anote en la línea correspondiente lo que indique el informante con letra clara y legible.

Ocupación Principal.- Es aquella que el informante considera como tal. En caso de duda, cuando el informante tenga dos o más ocupaciones y no puede determinar su ocupación principal, se considerará como principal aquella que le produce mayor ingreso, si ambas le producen igual ingreso, se considerará aquella a la que el informante dedique

mayor tiempo.

Tenga en cuenta que es la ocupación que se encuentra desempeñando en el momento de la visita a la vivienda. De existir dudas para precisar la información sobre el tipo de trabajo que realiza el informante (cuando el no lo pueda hacer), ayúdese preguntando por las tareas que realiza.

Objetivo: Determinar cual es la ocupación principal del entrevistado.

Instrucciones específicas para recolectar información sobre conocimientos acerca de Bartonellosis en la población mayor o igual a 18 años de las localidades del distrito de Las Pirias 2005

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos acerca de la Bartonellosis de la población mayor o igual a 18 años en el distrito de Santa Rosa, año 2005.

1.- ¿Cuál es el microbio que causa la Bartonellosis? (1 punto)

Lea la pregunta al encuestado y marque con un aspa en el paréntesis según

Corresponda:

- “a” El virus de la Hepatitis.
- “b” El Virus de la Fiebre Amarilla.
- “c” La Bacteria de la Verruga Peruana. (1)
- “d” La Bacteria de la Fiebre Tifoidea.
- “e” No responde

Objetivo: Determinar si el encuestado identifica el agente causal de la enfermedad.

2.- ¿Qué presenta una persona que esta enferma de Bartonellosis?

Lea la pregunta y luego marque con un aspa la respuesta del entrevistado según corresponda:

- “a” Dolor de oído.
- “b” Verruga algunas veces (1)
- “c” Palidez. (1)
- “d” Tos.
- “e” Fiebre (1)

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce los signos y síntomas de la enfermedad.

Definiciones:

- Dolor de oído.**- Sensación desagradable en el oído
- Verruga.**- Lesión cutánea, de superficie lisa.
- Palidez.**- piel pálida, amarilla o más clara de lo usual.
- Tos.**- con o sin expectoración.
- Fiebre.**- temperatura mayor a 37 grados, calentura al tacto con la mano o “sentirse caliente”

3.- ¿Cómo se llama el mosquito que transmite la Bartonellosis?

- “a” Zancudo.
- “b” Lambiojo.
- “c” Manta Blanca (1)
- “d” Vaquerillo.
- “e” No responde.

Objetivo: Determinar si el encuestado reconoce a la manta blanca como el vector transmisor de la Bartonellosis.

4.- ¿Cómo es el mosquito manta blanca?

Lea la pregunta al encuestado y marque con un aspa la respuesta que refiere el según corresponda:

- “a” De color amarillo y cuando vuela hace un fuerte ruido.
- “b” Es bien pequeña de alas blancas y cuando pica deja una mancha rosada (1)
- “c” Tiene patas largas y vive en la chacra de arroz.

“d” Un insecto con ponzoña.

“e” No responde.

Objetivo: Determinar si el encuestado identifica las características del vector.

5.- ¿Dónde vive la manta blanca?

Lea la pregunta al entrevistado y marcar con un aspa según corresponda la respuesta que mencione el encuestado. Si no responde o dice no saber se marcará el código “e” no sabe.

“a” Bajo el colchón.

“b” Sobre los techos.

“c” En el agua

“d” Bajo los troncos y la hojarasca (1)

“e” no responde.

Definiciones

Hojarasca y troncos húmedos.- Hojas y troncos que están alrededor de la vivienda o alejada de ella en chacras, fincas, etc.

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce donde vive el vector.

6. ¿De que se alimenta la manta blanca?

Lea la pregunta y marque con un aspa la respuesta que mencione el encuestado

“a” de agua sucia.- de charcas, riachuelos, pantanos

“b” De jugo de fruta.- Frutas que existen en la localidad

“c” Sangre de personas (1)

“d” De miel de las flores.

“e” No responde.

Objetivo: Identificar si el encuestado conoce de qué se alimenta la manta blanca

7.- ¿En qué horario la manta blanca ingresa mas a la vivienda? (1 punto)

Lea la pregunta al entrevistado y marque con un aspa en el paréntesis según corresponda:

“a” En horas de la mañana

“b” En horas de la tarde.

“c” En horas de la Noche. (1)

“d” En horas de la madrugada.

“e” No responde.

Objetivo: Identificar si el entrevistado conoce el horario de mayor ingreso manta blanca a la vivienda.

8- ¿Cómo se transmite la Bartonellosis? (1 punto)

Lea la pregunta y marque con un aspa la respuesta que mencione el encuestado, si no contestara, se marcará la alternativa no responde.

“a” Por estar cerca de enfermos que tiene Bartonellosis

“b” Al picar la manta blanca infectada. (1)

“c” Al comer alimentos o tomar agua contaminada.

“d” Por castigo de Dios

“e” No responde.

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce que la Bartonellosis se transmite por medio de la picadura del mosquito manta blanca.

9- ¿A quienes ataca mayormente la bartonellosis? (1 punto)

Lea la pregunta y marque con un aspa la respuesta que mencione el encuestado, si no contestara, se marcará la alternativa no responde.

“a” A los niños (1)

- “b” A los jóvenes.
- “c” A los adultos.
- “d” A los ancianos
- “e” No responde.

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce que la bartonelosis ataca mayormente a los niños.

10- ¿Tenemos la seguridad que una persona esta enferma de bartonelosis al tener los resultados de?

Lea la pregunta y marque con un aspa la respuesta que mencione el encuestado, si no contestara, se marcará la alternativa no responde.

- “a” Examen de sangre. (1)
- “b” .Examen de orina
- “c” Examen de esputo.
- “d” Examen de heces
- “e” No responde.

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce el tipo de examen para el diagnostico de la Bartonellosis.

11.- - ¿Cómo se cura la Bartonellosis? (1 punto)

Lea la pregunta al entrevistado y marque con un aspa la respuesta o respuestas que refiere según corresponda:

- “a” Con remedios preparados por un curandero.
- “b” Con rezos a un santo milagroso.
- “c” Con medicina (antibióticos) recetada por personal de salud (1)
- “d” Con baños en aguas termales.
- “e” No responde

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce con qué se debe curar la Bartonellosis.

12.- ¿Cómo sabemos que un paciente está curado de la bartonelosis?

Lea la pregunta al entrevistado y marque con un aspa la respuesta o respuestas que refiere según corresponda:

- “a” Cuando toma el tratamiento completo
- “b” Cuando no presenta ninguna molestia
- “c” Cuando tiene resultado de sangre negativo después de haber terminado el tratamiento (1)
- “d” Cuando tiene el examen de orina normal.
- “e” No responde

Objetivo: Determinar si el encuestado sabe cuando un paciente está curado.

3.- ¿Qué medidas conoce usted para prevenir la bartonelosis?

Lea la pregunta al entrevistado y marque con un aspa la respuesta o respuestas que refiere según corresponda:

- “a” Lavarse las manos antes de comer.
- “b” Proteger la cama con mosquitero (1)
- “c” Barrer la casa todos los días.
- “d” usar ropa manga larga (1)
- “e” Colocar mallas en puertas y ventanas (1)

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce las medidas de prevención de la Bartonellosis.

14.- - ¿Qué medidas conoce para controlar la Bartonellosis?

Lea la pregunta al entrevistado y marque con un aspa la respuesta o respuestas que refiere según corresponda:

- “a” Rocear las viviendas (1)
- “b” Tapar bien la comida cocinada.
- “c” Diagnostico y tratamiento oportuno de enfermos (1)
- “d” Eliminación de malezas alrededor de la vivienda (1)
- “e” No responde

Objetivo: Determinar si el encuestado conoce las medidas de control de la Bartonellosis.

Instrucciones específicas para recolectar información sobre prácticas respecto a la prevención, y control de la Bartonellosis en la población mayor o igual a 18 años de las localidades del distrito Las Pirias – 2005

Objetivo: Determinar las prácticas acerca de la prevención, y control de la Bartonellosis en la población mayor o igual a 18 años en el distrito de Las Pirias, año 2005.

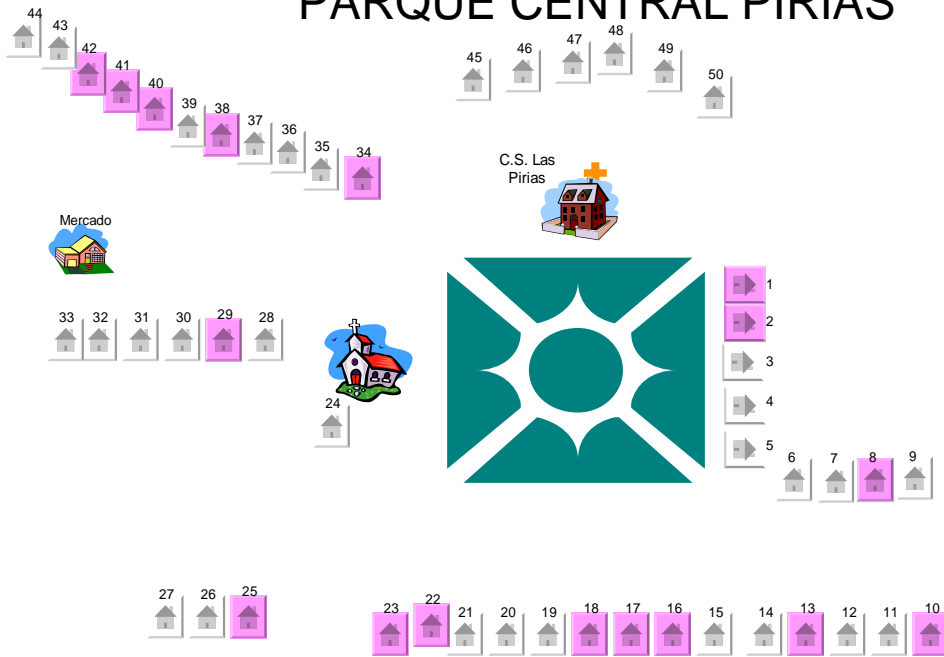
Instrucciones Generales:

En esta parte se describen los pasos a seguir para obtener información sobre las prácticas en relación a la prevención control de la bartonellosis de la población mayor o igual a 18 años del distrito en estudio. El instrumento que se utiliza es una guía de observación conformada por 06 preguntas. , siendo 4 de prevención y 02 de control .Las opciones de las respuestas para todas las preguntas son dicotómicas: prácticas negativas y prácticas positivas El encuestado deberá responder la preguntas formuladas por el encuestador.

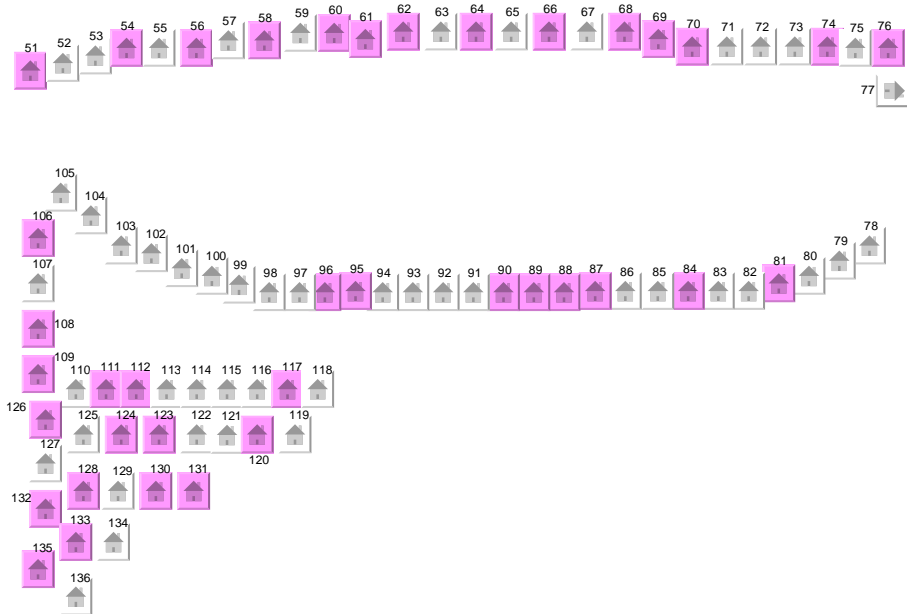
ANEXO 8

**MAPAS DE
LAS LOCALIDADES**

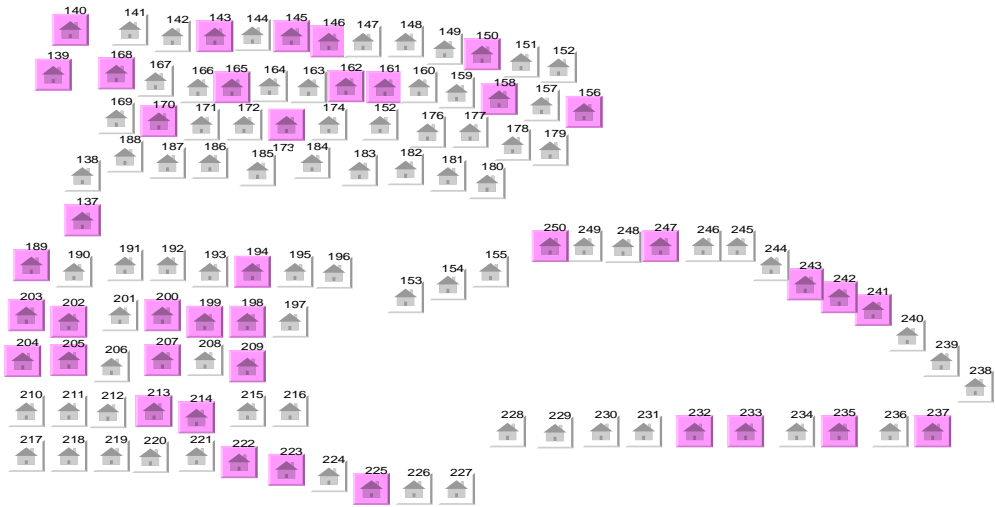
PARQUE CENTRAL PIRIAS



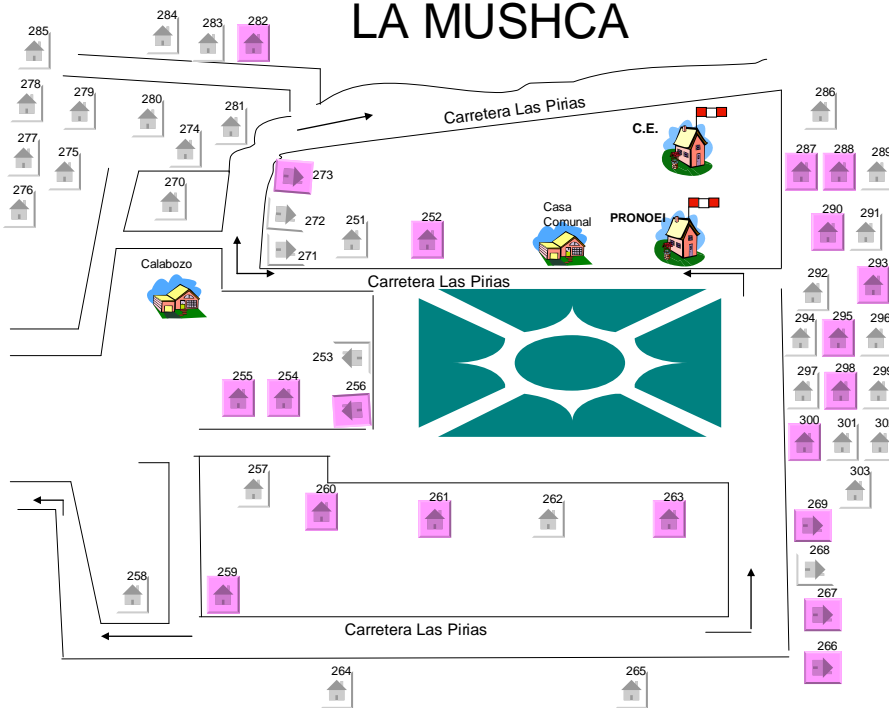
BARRIOS BAJO – LAS PIRIAS



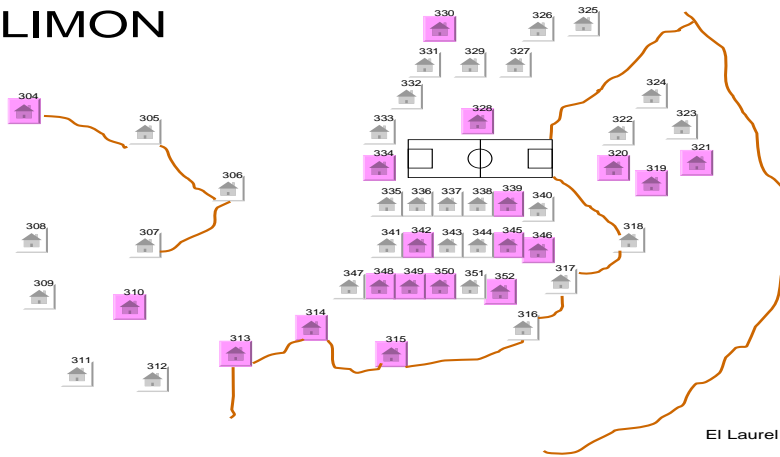
BARRIO ALTO – LAS PIRIAS



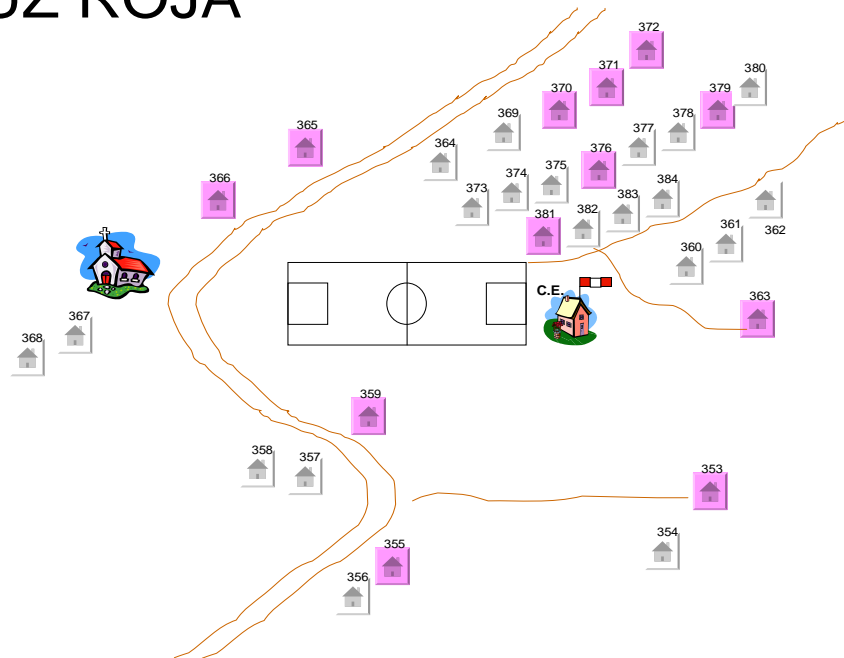
LA MUSHCA



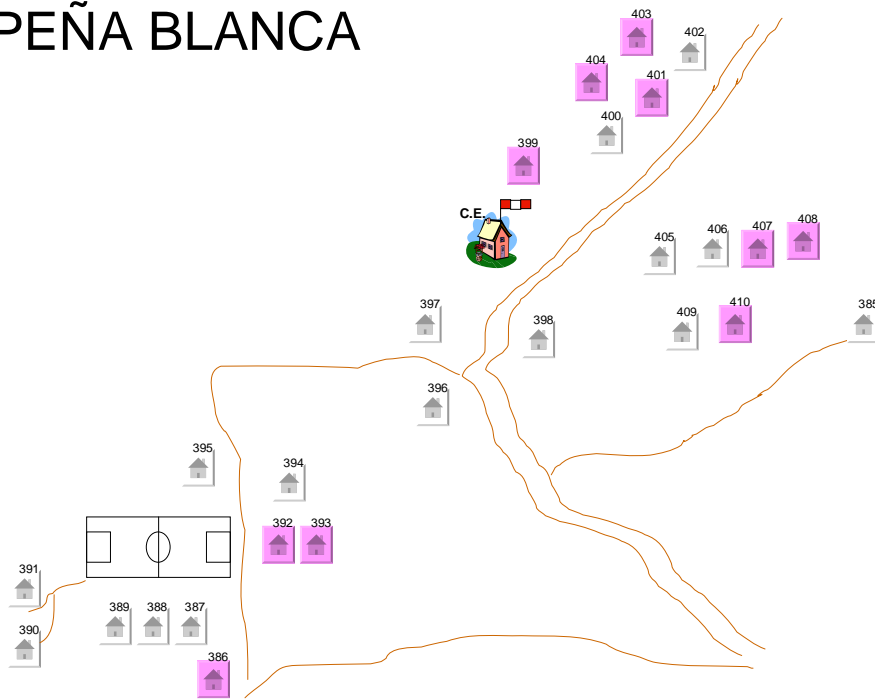
LIMON



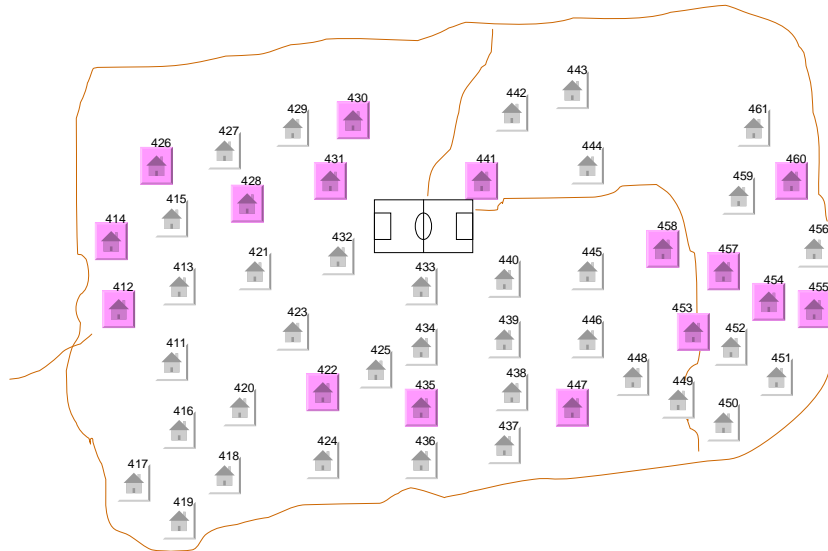
CRUZ ROJA



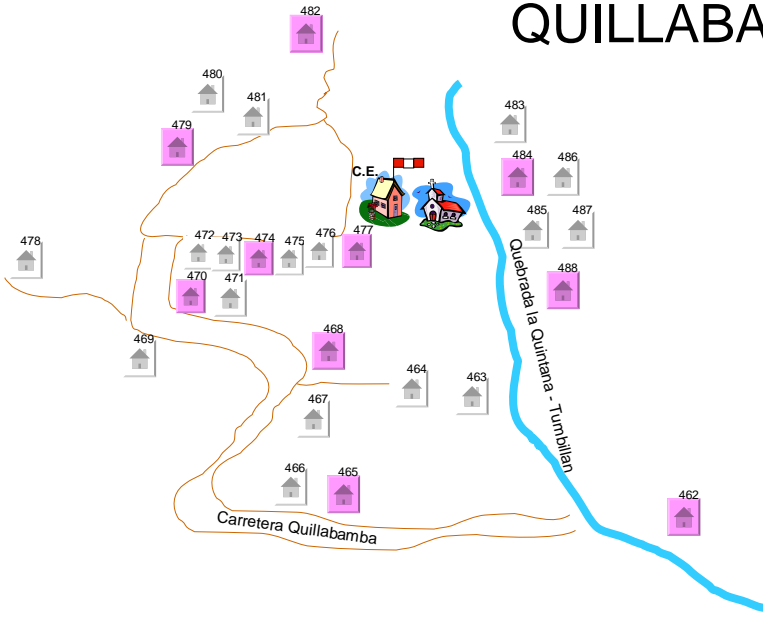
PEÑA BLANCA



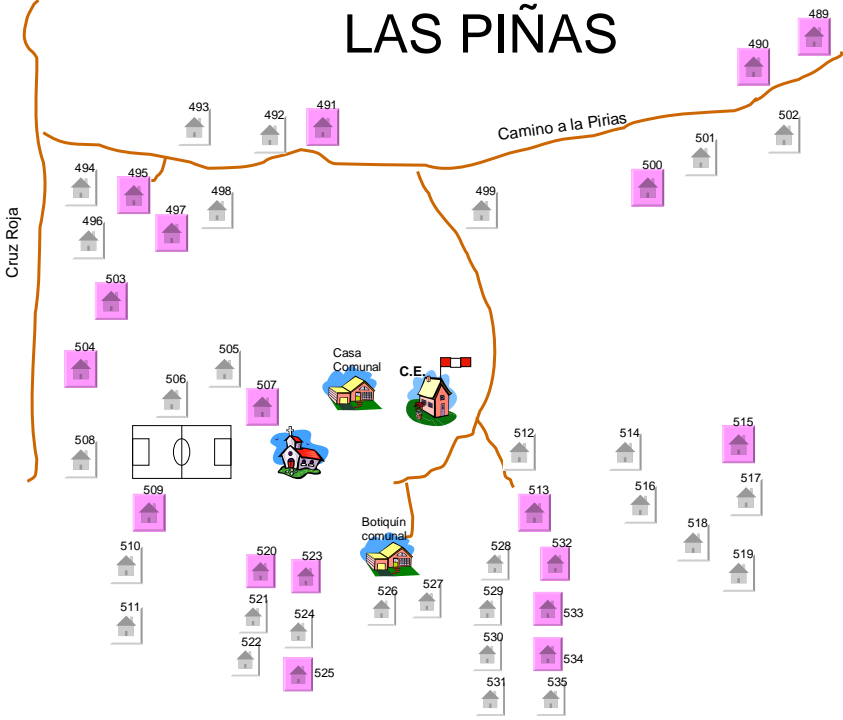
SAN MIGUEL



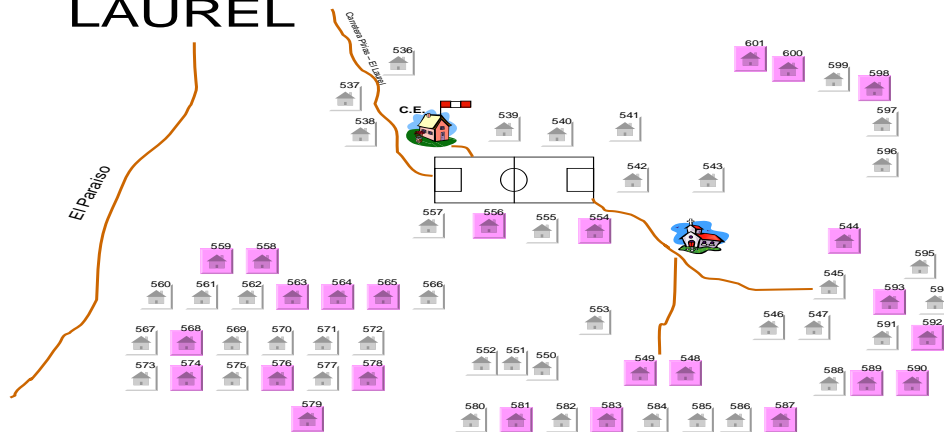
QUILLABAMBA



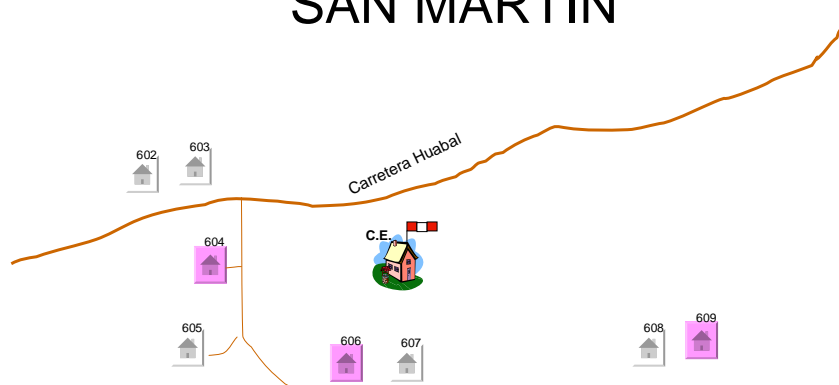
LAS PIÑAS



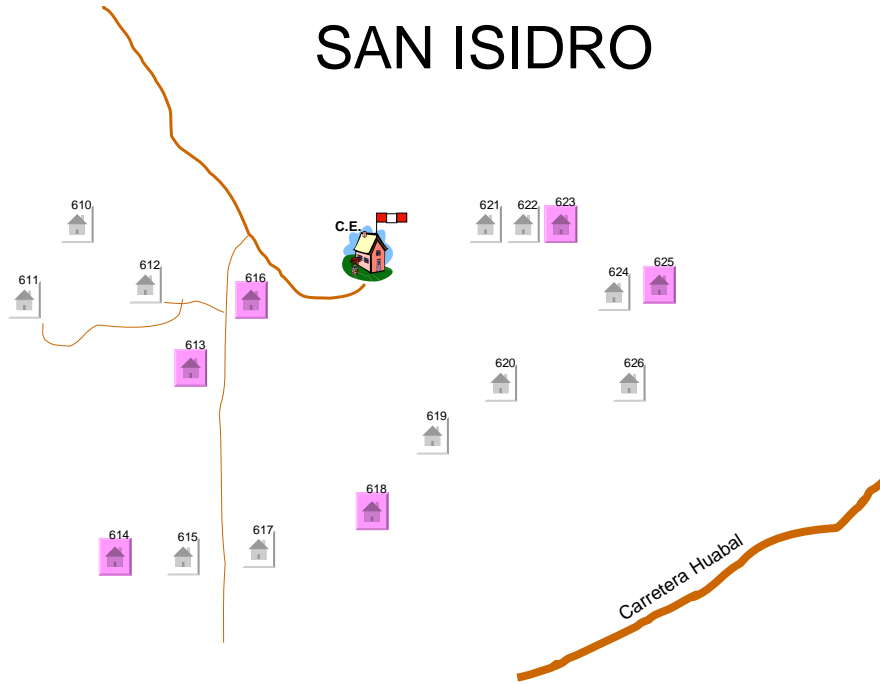
LAUREL



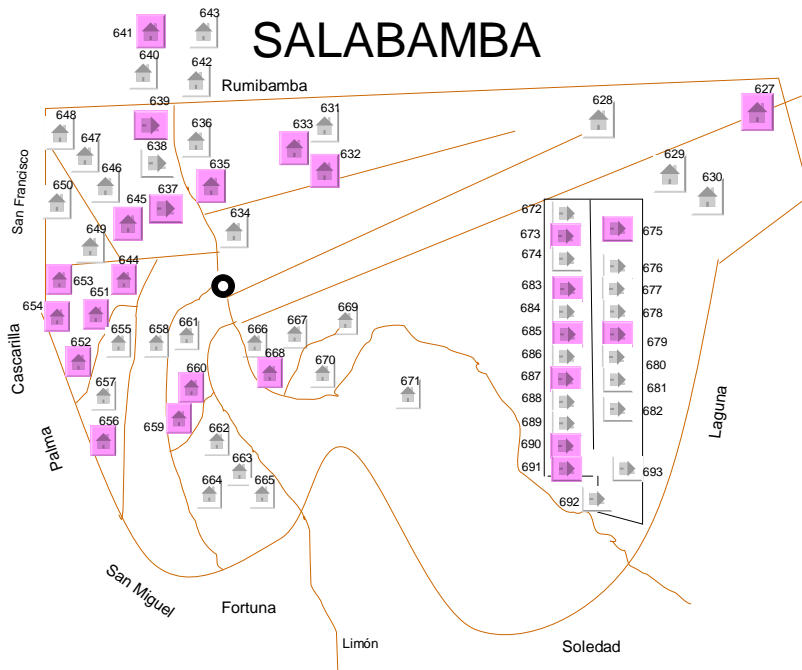
SAN MARTIN



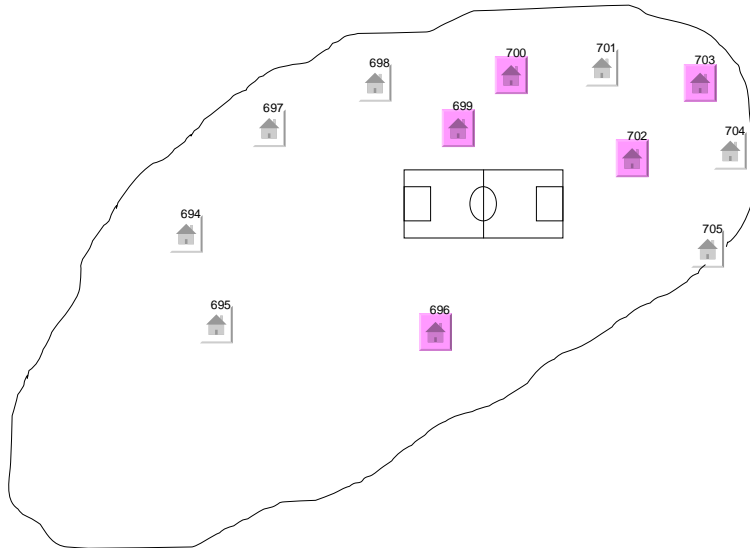
SAN ISIDRO



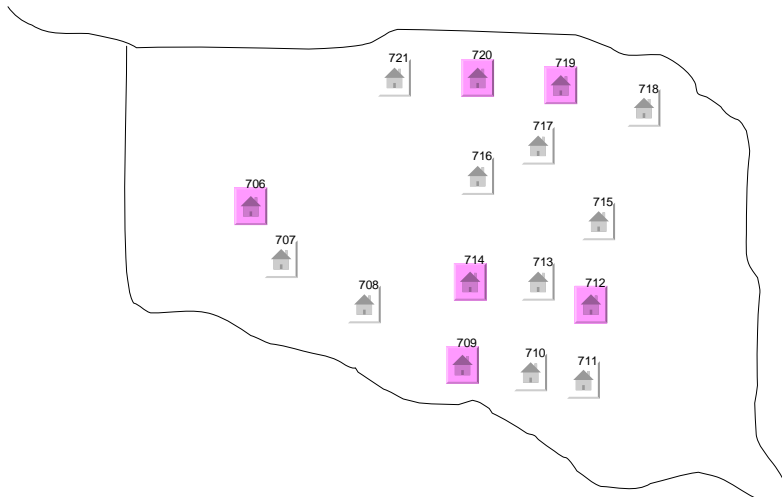
SALABAMBA



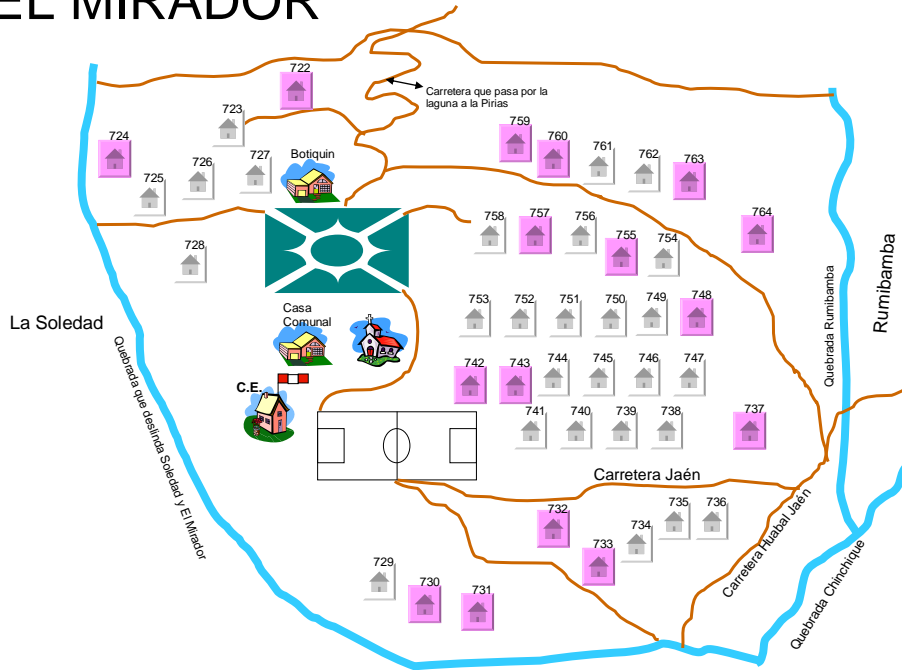
EL CAFÉ



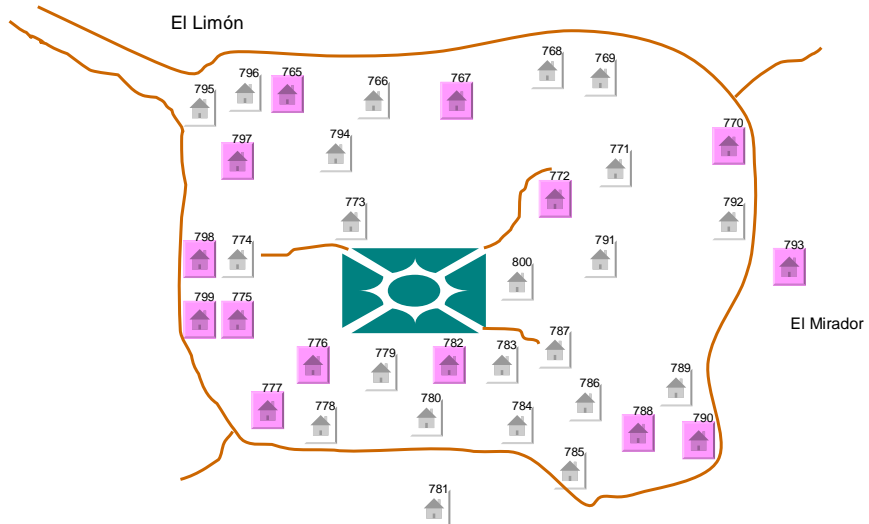
FLOR DE CAFÉ



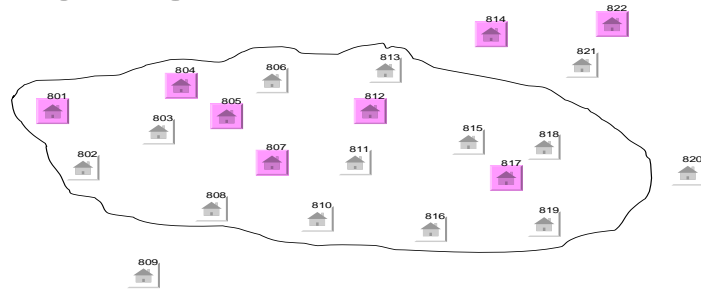
EL MIRADOR



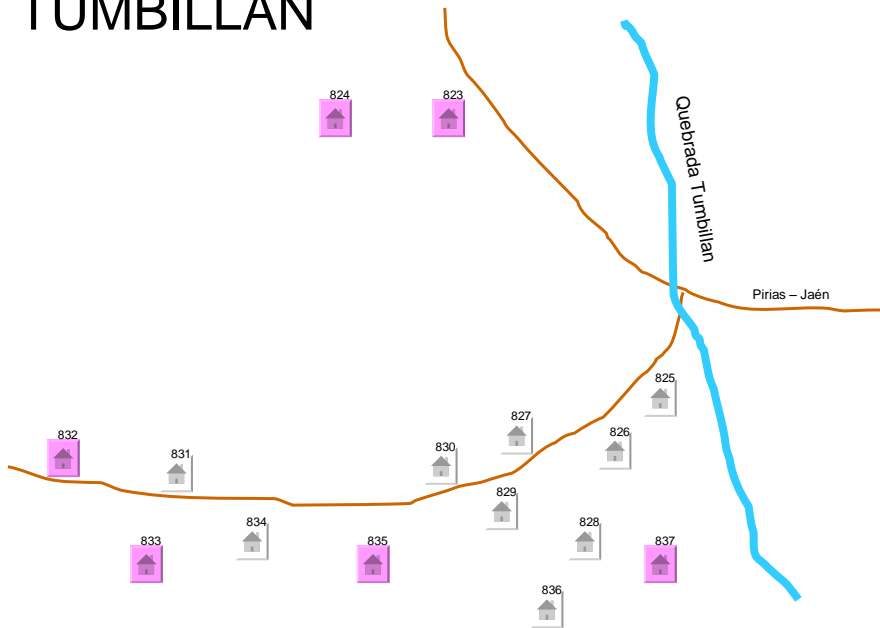
SOLEDAD

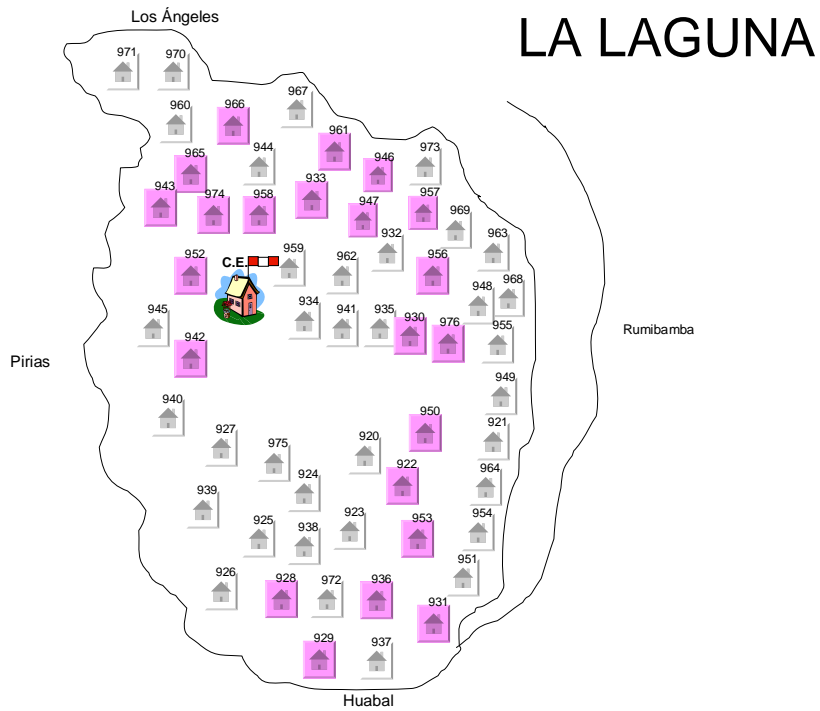
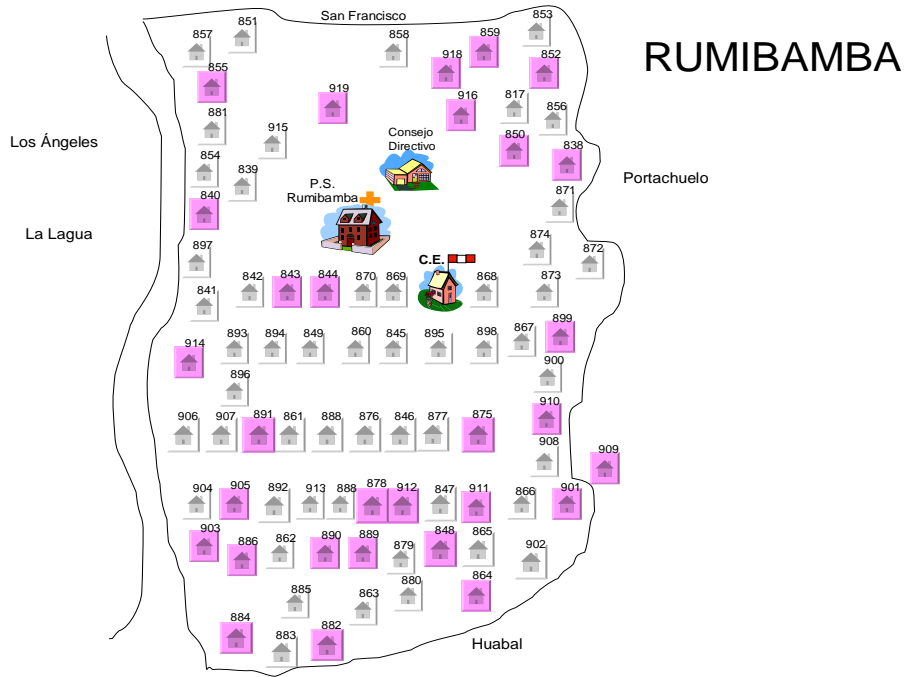


LA FORTUNA

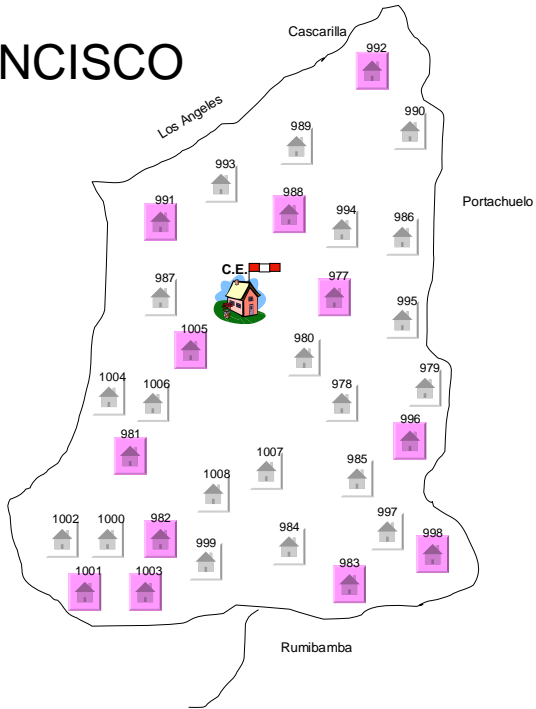


TUMBILLAN

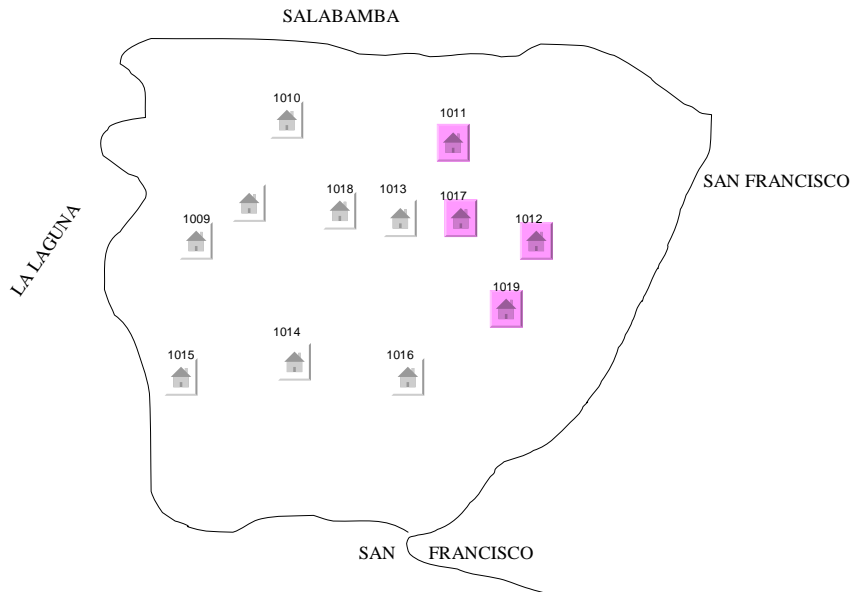




SAN FRANCISCO

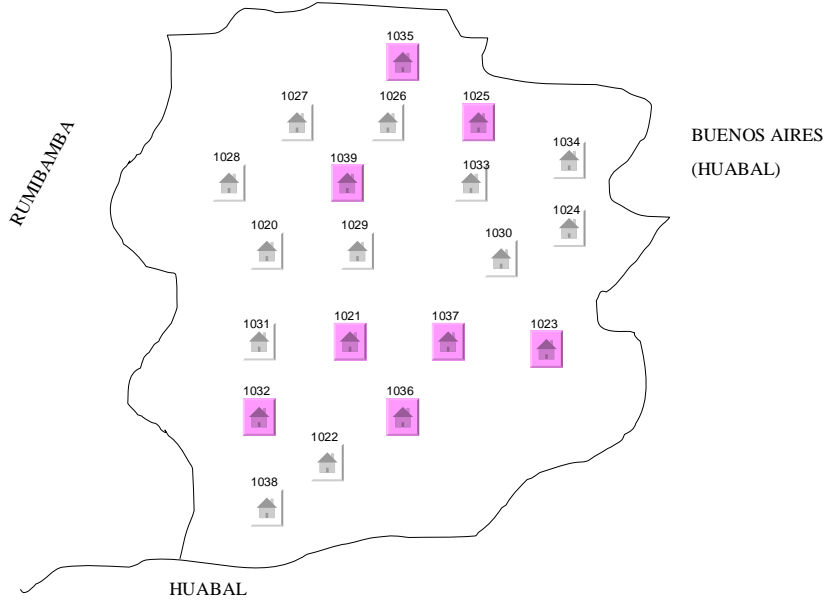


LOS ÁNGELES



PORTACHUELO

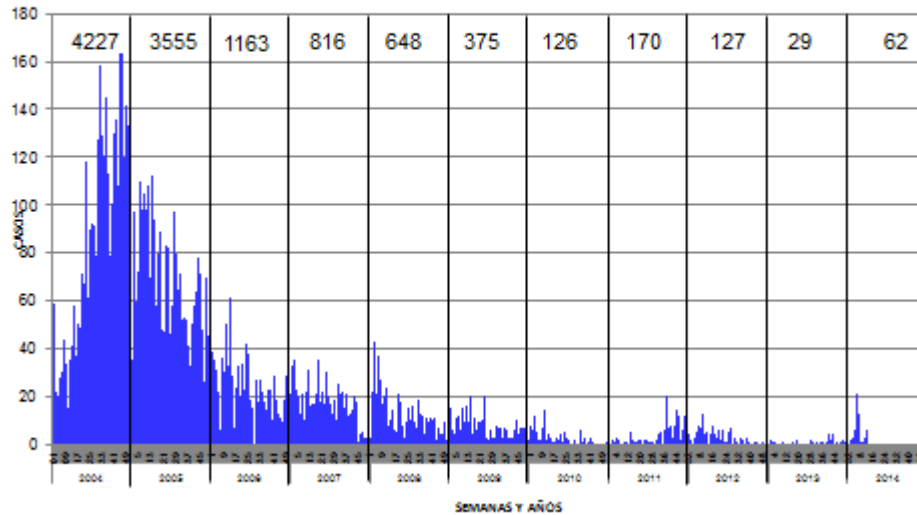
SAN FRANCISCO



ANEXO 9



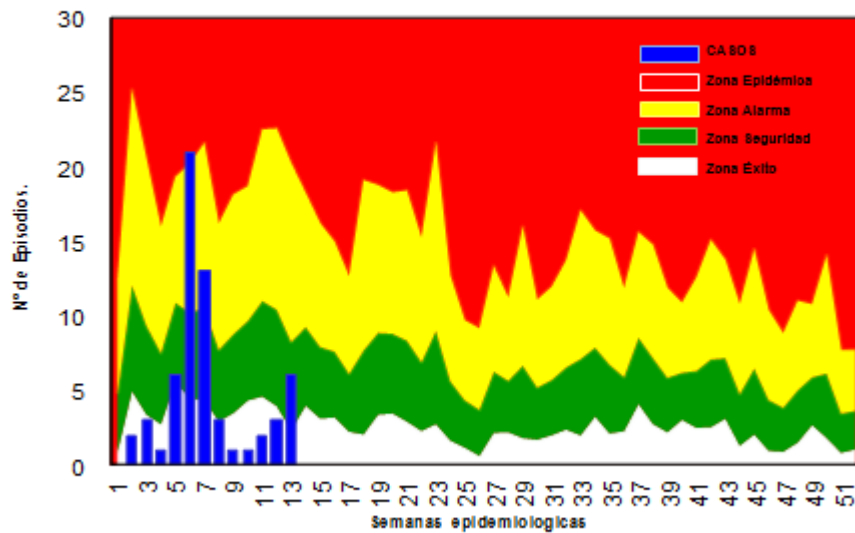
CURVA HISTORICA DE LA ENFERMEDAD DE CARRION SRS - JAEN AÑOS 2004 - 2014 - *SE. 13



DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA - SRS JAEN

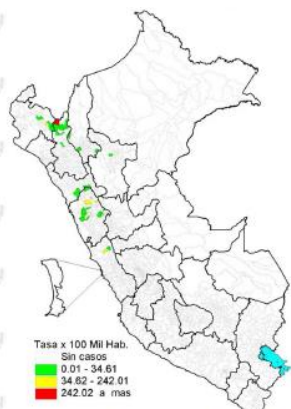


CANAL ENDÉMICO DE LA ENF. DE CARRIÓN POR S.E. SRS - JAÉN, AÑO 2014 - S.E. 13



DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA - SRS JAEN

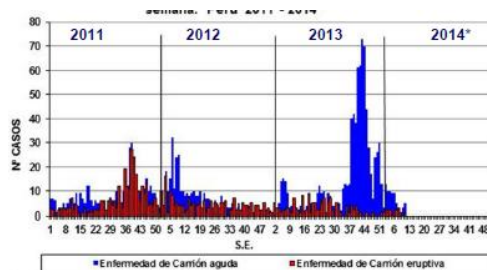
ANEXO 10



Casos de enfermedad de Carrión por años
Perú 2010* - 2014*

Tipo Dx	2,010	2,011	2,012	2,013	2,014
Confirmados	79	58	198	95	27
Probables	52	31	45	13	57
Total	131	89	243	108	84
Defunciones	2	1	3	2	1

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - DGE - MINSA
(*) Hasta la SE 12 del 2014



Enfermedad de Carrión según departamentos Perú años 2005 - 2013 y 2014*

DEPARTAMENTOS	AÑOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
CAJAMARCA	4126	1487	957	738	399	145	286	156	65	44
ANCASH	3214	1515	700	503	143	103	115	192	102	20
LA LIBERTAD	1787	1450	966	65	1	4	9	10	17	2
AMAZONAS	823	378	294	144	66	30	39	116	64	3
PIURA	129	76	38	70	71	44	248	62	619	12
LIMA	209	224	87	10	2	0	1	0	37	2
CUSCO	22	157	36	122	28	5	3	6	8	0
HUANUCO	195	36	19	6	3	1	4	1	0	0
AYACUCHO	0	124	83	6	4	3	2	10	12	0
PUNO	0	51	32	1	0	0	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	6	22	9	8	0	1	5	8	0	0
LORETO	0	26	5	0	0	0	0	0	0	0
SAN MARTIN	6	8	5	1	4	0	0	0	3	1
JUNIN	0	8	1	0	0	0	0	0	1	0
PASCO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
MADRE DE DIOS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UCAVALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	10517	5562	3233	1675	721	336	712	561	928	84