



UN-A-CH
BIBLIOTECA CENTRAL UNIVERSITARIA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CAMPUS II

**MODELO DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE
ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS: LEISHMANIASIS**

PRESENTA

MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ARELLANO

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS
DE LA SALUD**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. FLOR IVETT REYES GUILLEN

Noviembre de 2012

EI PRESENTE TRABAJO SE DESARROLLO BAJO LA ASESORIA DE:



Dra. Flor Ivett Reyes Guillén

Investigadora Conacyt

Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres.

REVISORES

MDCS. Zally Patricia Mandujano Trujillo

Profesor Titular, Facultad de Medicina Humana;

Universidad Autónoma de Chiapas.

MDCS. Jorge Luis Toledo Castillejos

Profesor Titular, Facultad de Medicina Humana;

Universidad Autónoma de Chiapas.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas Noviembre 7 de 2012

C. Integrantes del
Comité de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina Humana de la UNACH
Presente

Sirva este medio para informar a Ustedes, que fue asesorada y revisada la Tesis "Modelo de Educación en salud para la atención de enfermedades tropicales desatendidas: leishmaniasis" que para obtener el grado de Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud presenta la C. María de Lourdes Martínez Arellano.

Por lo anterior, solicito de la manera mas atenta, autoricen la impresión de la misma y emitan la fecha del examen de grado.

Sin más, hago oportuno el momento para enviar un afectuoso saludo,

Atentamente



Dra. Flor Ivett Reyes Guillén

Directora del Proyecto de Tesis y Asesora
Coordinadora de Investigación y Posgrado del CEMESAD, UNACH

Dedicatorias

A Dios
Por sus Bendiciones.

Al amor

Porque me dio la existencia en la unión de mis padres **Luis y Rafaela** y a mis hermanos Alfredo, Juany, María Luisa, Rafaela, Luis Santiago y Jesús Guillermo con quienes he vivido momentos extraordinarios en las diferentes etapas de nuestra vida.

A

Isis Gabriela Emma Elizabeth

Raúl Rodrigo

Quienes son la razón de mi existencia

Marianita y Mikel

Por los momentos que me permiten compartir

A Ti

Por estar en el momentos necesario y por el apoyo brindado,

Dr. Ángel René Estrada Arévalo, con admiración, y afecto por las enseñanzas y el apoyo brindado

AGRADECIMIENTOS

DRA.: FLOR IVETT REYES GUILLÉN,

DR.: JORGE LUIS TOLEDO CASTILLEJOS

DRA. ZALLY PATRICIA MANDUJANO TRUJILLO.

DRA. LETICIA DEL CARMEN FLORES ALFARO,

M. EN C ADRIANA AGUILAR GIO.

Por su invaluable apoyo en la realización de este trabajo

GRACIAS

ÍNDICE

	PÁGINA
Introducción	7
I Planteamiento del problema	8
II Justificación	9
III Objetivo general	11
IV Objetivos específicos	11
V Marco teórico	12
V.1.1 Leishmaniasis	12
V.1.2 Leishmaniasis visceral	18
V.1.3 Leishmaniasis muco cutánea	18
V.1.5 Leishmaniasis cutánea difusa	19
V.1.6 Leishmaniasis mexicana	20
V.1.7 Tratamiento Farmacológico	20
V.2 Promoción y educación para la salud	20
V.2.1 Promoción de la salud	20
V.2.2 Educación para la salud	21
V.2.3 Promoción para la salud en México	21
VI Marco Institucional	25
VI.1 Marco Jurídico	25
VI.2 Vinculación con PDN 2007-2012	26

	6
VII Metodología	30
VII.1 Universo y muestra de estudio	30
VII.2 Instrumento	30
VII.3 Análisis de la información	31
VIII Resultados	32
VIII.1 Diagnóstico general de la situación de la Leishmaniasis en México y Chiapas.	32
VIII.2 Potencialidades para la educación para la salud en Chiapas: el caso de la Col. San José Copalar, Municipio. de Acala, Chis.	34
VIII.3 Diseño de un modelo de educación para la salud, a través de matrices de diagnóstico y relación, para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, En específico para el control de la Leishmaniasis.	36
VIII.4 Modelo de Educación para la Salud dirigido a enfermedades tropicales desatendidas.	39
IX Conclusiones	40
X Bibliografía	41
XI Anexos	

Introducción.

El presente trabajo de tesis intitulado “Modelo de Educación en Salud para la atención de enfermedades tropicales des-atendidas: Leishmaniasis”, tiene como objetivo principal, diseñar un modelo de educación para la salud para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, en específico para el control de la Leishmaniasis. Lo anterior, considerando la importancia que tiene que el personal de salud pueda contar con este tipo de herramientas de trabajo para coadyuvar de esa manera en la trasmisión de un mejor conocimiento para una nueva cultura de salud.

El presente trabajo, responde también, a uno de los objetivos del macro-proyecto “Análisis de factores de riesgo de la morbilidad por Leishmaniasis visceral en la localidad de San José Copalar del municipio de Acala Chiapas,” presentado por el CEMESAD y aprobado por SIINV-UNACH-2011, el cual tuvo como objetivo general analizar los factores de riesgo de morbilidad por Leishmaniasis visceral en la localidad de San José Copalar, municipio de Acala, Chiapas.

De esta comunidad se obtuvo un diagnóstico general de vivienda y su entorno, constatando que las condiciones de saneamiento básico son insuficientes, generando contaminación ambiental, facilitando la presencia de enfermedades transmitidas por vector.

I. Planteamiento del problema.

En México y en específico el caso de Chiapas, no están exentos de problemas de salud pública relacionados con los hábitos y costumbres de la población, así también los relacionados con la carencia de infraestructura básica, lo cual predispone al individuo a sufrir este tipo de enfermedades.

Los servicios de salud a través de los promotores voluntarios proporcionan información a la población pero el tema de enfermedades de rezago poco se habla, con los programas de apoyo social, cuyas beneficiarias son principalmente mujeres, son los espacios que utiliza la educación y promoción de la salud, impartiendo pláticas, no obstante son formas condicionantes para la obtención de apoyo, y los esfuerzos educativos reales se reducen.

Dentro de la Educación para la Salud, podemos encontrar definiciones tales como, las referidas al proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificultan el desarrollo de una vida saludable y que incluso pueden llevarnos a la muerte en forma prematura. La educación para la salud es una de las varias estrategias de trabajo para lograr la promoción de la salud, la cual parte de entender que la salud depende de una multiplicidad de factores sociales, ambientales, económicos, políticos, en el ámbito individual, grupal y estructural”.

La educación para la salud sigue siendo una estrategia prioritaria para asegurar a la población su derecho a la salud; muestra de ello es su presencia en los planes nacionales y estatales de desarrollo y en los planes nacionales y estatales de salud. Sin embargo, lo anterior no siempre se ve reflejada en la formación de recursos profesionales y en la asignación y ejercicio presupuestal. Todo ello, arroja como resultado que no hay suficientes recursos humanos y financieros para hacer frente a todas las acciones educativas que tendrían que estarse efectuando si verdaderamente se quisiera mejorar la salud de toda la población” (Villaseñor, 2004).

Si bien es cierto que, a través de diversas organizaciones gubernamentales, ONG's, organismos internacionales, se han implementado manuales o cursos de capacitación, estos

generalmente han sido para personal operativo, pero no se difunde a la población directamente afectada, o es probable que estos manuales no tengan las técnicas adecuadas para modificar la conducta de la población, sin olvidar el respeto a los hábitos, costumbres y religión.

La educación para la salud como parte de la salud pública y de la mano del fomento sanitario serán los medios para poder alcanzar el objetivo del presente trabajo. La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud (Villaseñor, 2004).

II. Justificación

Sabemos que estas enfermedades de rezago son poco estudiadas y atendidas porque la mayoría de las veces, cuando el individuo llega a buscar ayuda médica, la enfermedad está avanzada y si de niños se trata probablemente estos ni siquiera pudieron sobrevivir.

Las enfermedades de la pobreza o desatendidas, tienden a propagarse en zonas de desventaja económica y/o rural, donde las condiciones de vida, el acceso a la atención médica, y los servicios de agua y saneamiento básico son inadecuados. Contribuyen al ciclo de pobreza el efecto negativo sobre la productividad, el retraso en el crecimiento infantil, desarrollo intelectual y aprendizaje (Alvar & Yactato, 2006).

Este tipo de enfermedades son pocas veces mortales; pero las complicaciones que provoca, como disminución en la capacidad para el trabajo, así como las consecuencias como mutilaciones o defectos físicos graves, la discapacidad y el daño psicológico son importantes, muchas veces las consecuencias suelen manifestarse en los efectos crónicos insidiosos que causan principalmente en la infancia (Alvar & Yactato, 2006).

Por lo anterior, es de importancia el desarrollo de investigaciones y mecanismos de intervención que incidan en la disminución de estos problemas de salud. La Educación para la Salud, ofrece herramientas útiles, e implementar programas de educación en salud debe ser un aporte para lograr transformar hábitos de vida sin lesionar los usos y costumbres, informar a la población sobre la importancia que tiene una convivencia sana con el entorno y con aquellos animales que les acompañan quienes en ocasiones les ayudan a obtener alimentos, pero todo esto sin olvidar las buenas prácticas de higiene que deben de mantener. Que el individuo comprenda que el micro y macro ambiente en el cual se desarrolla es importante y el papel que juega en la salud (2008).

III. Objetivo general

Diseñar un modelo de educación para la salud para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, en específico para el control de la Leishmaniasis.

IV. Objetivos específicos

Diagnóstico general de la situación de la Leishmaniasis en México y Chiapas.

Análisis de potencialidades para la educación para la salud en Chiapas: el caso de la Colonia 19 de marzo, Municipio. de Acala, Chiapas.

Diseño de un modelo de educación para la salud, a través de matrices de diagnóstico y relación, para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, en específico para el control de la Leishmaniasis.

V. Marco teórico.

V.1 Leishmaniasis.

Como resultado del parasitismo de los macrófagos que al ser infectado por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, el cual se introduce en el organismo a través de la picadura de un insecto flebotómico, que en el nuevo continente pertenece al género *Lutzomyia* da por resultado una zoonosis que puede afectar la piel, mucosas o vísceras la cual se ha llamado leishmaniasis. La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria transmitida por la picadura del flebótomo o mosquito simúlido. Presenta una variedad de manifestaciones que difieren ampliamente en severidad y en su impacto sobre la salud. Se clasifica en: cutánea, mucocutáneas y visceral siendo esta última la que afecta en la infancia donde puede ser mortal. (Bonfante, 1989)

Generalidades sobre leishmaniasis el agente es un parásito protozoo de la familia *Trypanosomatidae* y género *Leishmania* Presentan en su ciclo de vida dos estados morfológicos, el promastigote y el amastigote. El Promastigote de forma flagelada, está en el vector y el amastigote de forma aflagelada intracelular que se detecta en el reservorio y en el hombre. Los huéspedes pueden ser los humanos, perros, gatos y carnívoros. Los vectores, son los mosquitos flebotomos del género *Lutzomyia*, conocidos popularmente con el nombre de jején.

El jején, es un pequeño insecto que mide de 2 a 5 mm de longitud, con el cuerpo y las alas densamente cubiertos de pelos. Con una vida media de 20 -30 días; el modo de transmisión de la enfermedad es mediante la picadura de la hembra infectante, siendo el periodo de incubación, para las formas cutáneas y mucocutáneas, de entre 3 semanas y 6 meses. Para la forma visceral generalmente es de dos a cuatro meses pero se puede prolongar hasta dos años. El periodo de transmisión no esta definido, ya que mientras persistan los parásitos en la sangre, puede transmitirse la enfermedad, en los casos no tratados generalmente entre cinco meses y hasta varios años.

Susceptibilidad: Los niños y las personas con inmunodeficiencias son los que con mayor frecuencia desarrollan la enfermedad y las personas que por sus actividades cotidianas, están en contacto frecuente y las condiciones de salud están disminuidas.

Un caso confirmado es aquel que por las manifestaciones clínicas y pruebas de laboratorio se le ha diagnosticado la enfermedad; el caso probable es aquel en el que se tienen manifestaciones clínicas; pero no se ha confirmado con las pruebas de laboratorio. Un caso sospechoso, es aquel paciente con lesión cutánea o mucosa que no cicatriza en un período de tiempo normal que cumple con tres o más de los siguientes criterios; 1) Proceder de zona endémica, 2) Ulcera con más de dos semanas de evolución, 3) Ulcera redonda u ovalada, 4) Ulcera con bordes levantados, 5) Lesiones nodulares. El caso probable de leishmaniasis cutánea con lesiones ulcerosas en conjuntiva, mucosa de nariz, orofaringe o genitales, en pacientes con síndrome febril prolongado, anemia y esplenomegalia, procedente de área endémica y que generalmente tiene menos de cinco años de edad (Bonfante, 1989)

La leishmaniasis está clasificada como una de las enfermedades del rezago se encuentra en su mayoría en pequeñas poblaciones situadas en la proximidad de zonas montañosas con densa vegetación. Se presenta con mayor frecuencia en altitudes comprendidas entre 0 y 800 msnm, temperatura media anual de 25°C y humedad atmosférica de 75% o más. También se ha encontrado en zonas comprendidas entre 1 000 y 3 000 m de altitud. Se observa indistintamente en cualquier edad, sexo raza, sin embargo, es más frecuente en hombres que en mujeres y en adultos que en niños (Santos & Franco, 2011).

De acuerdo a datos obtenidos y publicados por la Organización Mundial de la Salud sobre la leishmaniasis, se reporta que tienen distribución mundial siendo endémicas en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países en los 4 continentes, por lo que la encontramos en Europa, África, Asia, norte y Sudamérica, en áreas rurales principalmente, por las condiciones y el entorno en el cual viven, la población principalmente afectada (Josh C, Jennifer N 1983).

Se han descubierto nuevas especies de *Lutzomyia* como vectores de leishmaniasis y su comportamiento resulta fundamental para establecer nuevas medidas de control. Los resultados de los trabajos entomológicos realizados, en la región andina colombiana y venezolana, donde se han presentado nuevos registros de especies de flebótomos, y evidencias para incriminar a algunas especies de *Lutzomyia*, entre ellas, *L. youngi*, *L.*

trapidoi, *L. longiflocosa* y *L. gomezi*, como posibles vectores de especies de *Leishmania* causantes de leishmaniasis cutánea; todos resaltan la presencia de estos insectos vectores en el intra y peridomicilio. Otros dos trabajos confirman el papel de *Lutzomyia longipalpis* y *Lutzomyia evansi* como especies vectores de leishmaniasis visceral en zonas de bosque seco tropical. (1983)

Los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana debido a varios factores: a) la distribución de las zonas de transmisión en áreas endémicas es frecuentemente discontinua; b) numerosos casos no son diagnosticados o no se declaran; c) la mayoría de los datos oficiales se obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos; d) el número de personas infectadas, pero asintomáticas, es mucho mayor que el número de casos manifiestos de leishmaniasis visceral y, por último, la leishmaniasis es de notificación obligatoria en tan sólo 40 de los 88 países endémicos. En el continente americano se han reportado casos desde el norte de Argentina hasta el sur de Texas y un estudio del Centro Médico de la Universidad de Maryland, ha informado del contagio entre algunos militares que regresaron del golfo Pérsico. (OPS 2007)

La OMS reporta, solo para la leishmaniasis cutánea, 1,5 millones de casos nuevos cada año. Aunque no se encuentra clasificada dentro de las enfermedades reemergentes, su asociación con otras patologías, que afectan la inmunidad del organismo, hace que cada día aumente su importancia. La actualización de los datos de la (OPS, 2007) referente a la Leishmaniasis Visceral (LV), aprecia que entre los principales factores de riesgo que contribuyen con las tasas de morbilidad de leishmaniasis en la Región de las Américas, se encuentra las siguientes: 1) La inaccesibilidad a la atención que registran los pacientes. 2) La falta de participación social organizada. 3) El insuficiente uso de la información para la toma de decisiones. 4) La falta de tratamiento. 5) La interacción del ser humano con el vector. 6) La incidencia de la LV se han incrementado en los años recientes. 7) Los sistemas de vigilancia son deficientes. Falta de recursos humanos capacitados para actividades de diagnóstico, tratamiento y medidas de control. 8) Falta de medicamentos para el tratamiento en forma oportuna (OPS, 2007).

La leishmaniasis es un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que 350 millones de personas están en riesgo de

contraer la infección, existen actualmente cerca de 12 millones de personas infectadas y cada año se presentan, aproximadamente, 2 millones de casos nuevos de las diferentes formas clínicas la leishmaniasis. En la matriz de énfasis estratégico del programa de investigación en enfermedades tropicales (Tropical Disease Research) de la OMS, la leishmaniasis está clasificada en la categoría I como una enfermedad emergente sin control. (2010)

La Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, está lanzando una acción internacional de lucha contra la leishmaniasis, que además es la única enfermedad tropical que aún es endémica en España (Secretaría Técnica Salud Madrid)

La Leishmaniasis representa un problema importante de salud pública para los gobiernos de India, Bangladesh y Nepal por lo que tomaron la iniciativa de eliminación VL, con el objetivo de reducir la incidencia anual de VL a menos de 1/10, 000 habitantes para el año 2015. La estrategia aprovecha los últimos avances tecnológicos en el diagnóstico, las drogas y el control de vectores. Aunque el patrón de transmisión en esta región es totalmente diferente, con *L. donovani* el agente causal, es un vector flebótomo diferente (*P. argentipes*) y lo más importante es antroponótica en lugar de la transmisión zoonóticas

En la región mediterránea, donde VL es también zoonóticas los perros juegan un papel importante como reservorio, los casos humanos y caninos se tratan con medicamentos antiparasitarios. En Europa, las distintas medidas para proteger a los perros de las picaduras de flebotomos utilizando insecticidas son prácticas comunes (1983)

La *Leishmaniasis visceral* (LV) en América Latina reporta que es una enfermedad sistémica grave causada por un protozoo intracelular *Leishmania infantum* (sin. *L. chagasi*). VL es una zoonosis; se considera que el perro doméstico es el principal reservorio animal, mientras que los zorros y otros animales salvajes juegan un papel importante en la transmisión silvestre. El parásito es transmitido por un mosquito, *Lutzomyia longipalpis*, el cual mide un 2 a 3 mm de longitud insecto bien adaptado al ambiente doméstico y distribuido en toda América Latina. *L. infantum* también se transmite por *Lu. cruzi* en Brasil y *Lu. evansi* en Colombia y Venezuela (Pastor et al, 2012).

Al no contar con un sistema de vigilancia adecuado en los países de América latina no podemos conocer exactamente cuántos casos de morbilidad existen, aunado a esto los países realizan el control de los casos de manera aislada por ejemplo Brasil declaró un total de 50.060 casos clínicos VL entre 1990 y 2006, y esta cifra representa el 90% de todos los casos notificados VL en las Américas, pero está sujeto a subregistro considerable, Argentina informó hasta el momento 176 casos coinfectados VIH-VL, pero tiene un número significativo de individuos asintomáticos coinfectados Considerando que el VL se concentró inicialmente en las áreas rurales pobres en el noreste de Brasil, desde la década de 1980 las epidemias se han producido en las grandes ciudades como Belo Horizonte, Campo Grande, Natal, y otros. Algunos de estos brotes VL urbanas se atribuye a la migración de las familias de las zonas rurales a los barrios peri-urbanos después de períodos de sequía prolongada. Considerando que la incidencia de la LV en la década de 1980 un promedio de 1.500 casos al año, esta cifra aumentó a un promedio de 3.362 por año entre 2000 y 2006. La enfermedad se ha ido extendiendo al sur y hacia el este y se ha reportado desde 1999 de los estados de São Paulo y Mato Grosso do Sul, así también se tiene reportado casos de Leishmania visceral en: Honduras, Venezuela, Paraguay, Chile, Ecuador, Bolivia, México, Costa Rica, y la Guayana Francesa (1983).

A pesar de ser un importante problema de salud pública, el subregistro es importante por lo que se ha invitado a los diferentes países para que mejoren los registros correspondientes de ahí que se ha notado un incremento de casos de leishmaniasis en los dos últimos años lo que se refleja en que el incremento de la transmisión de esta parasitosis, es atribuible a diversos factores, entre los que tenemos, aumento de las actividades humanas en ambientes silvestres en donde existe transmisión enzoótica; cambios en los entornos de transmisión, que ahora incluyen el peridomicilio y el domicilio, y zonas periurbanas (Valadez, Villaseñor & Alfaro, 2004).

El mejor control de la leishmaniasis visceral es posible si cada uno de los países involucrados desarrolla una política de control coherente, e invierte en un mejor manejo de los casos y la capacitación del personal de los sistemas de vigilancia epidemiológica, así como en la investigación y publicación de resultados.

El primer estudio epidemiológico sobre leishmaniasis, en México, fue realizado en 1942 por Beltrán y Bustamante. La distribución geográfica en el país es amplia y afecta por lo menos a 17 estados: Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas en el norte, algunos estados del Pacífico y el centro, y todos los estados del Sureste. Del año 1995 a 2000 se reportaron casos en 11 estados con presencia regular en ocho de ellos, al norte como Nayarit y Sinaloa, en el Océano Pacífico; en el Golfo de México se distribuyen desde Veracruz, Tabasco y Campeche, Oaxaca y Chiapas en el Pacífico Sur y en el Caribe mexicano, Quintana Roo. (Santos & Franco, 2011)

El primer caso reportado en México en 1952 y el primer caso reportado y confirmado de leishmaniasis visceral en Chiapas en 1990 fecha desde la cual ha aumentado el número de casos reportados y confirmados la mayoría de los pacientes con LV diagnosticados y tratados son atendidos en hospitales comunitarios y algunos trasladados a los Centros Hospitalarios de la Ciudad de México. Con estos datos se confirma una vez más que LV es una ETR con un importante impacto en poblaciones de México, al ser Chiapas estado vecino con Guatemala, donde la L.V. se considera endémica para L. cutánea la cual se ha incrementado por los movimientos poblacionales que conlleva la migración (Beltrán & Martínez, 2011).

La región de los valles, que corresponde a la Cuenca del Río Grijalva, se conoce como la zona de la LV desde 1990.

Los resultados de estudio realizado sobre leishmania visceral en el estado de Chiapas, el cual se realizó en el periodo de 1990-2006, donde se estudiaron 89 casos en niños menores de 5 años del 77% de los casos estaban asociados a otros factores como es falta de saneamiento básico. (Pastor et al, 2012)

V.2 Leishmaniasis visceral.

En América la leishmaniasis visceral (LV) se presenta desde el sur de Estados Unidos hasta el sur de Argentina. Su mayor incidencia se manifiesta en el Nordeste de Brasil, pero se encuentra en la mayoría de las zonas semiáridas de la Región. Recientemente se han descubierto focos de transmisión en áreas más intermedias. Esta enfermedad se asocia sobre todo con la desnutrición y, en zonas rurales, con la presencia de perros. La transmisión urbana se produce en algunas ciudades importantes. (Bonfante, 1989)

El agente etiológico es *Leishmania chagasi*. En la mayoría de los casos, el vector principal asociado con la LV es *Lutzomyia longipalpis*. Sin embargo, *Lu. evansi* se ha encontrado infectando naturalmente. Los perros y sitios domésticos son los reservorios en la transmisión y diseminación de la LV, aunque algunos otros animales salvajes, como el zorro y la zarigüeya, podrían mantener y propagar esta zoonosis en situaciones especiales. (2010)

V.3 Leishmaniasis mucocutáneas

Mucocutáneas clínicamente, VL se caracteriza por fiebre prolongada, pérdida de peso, hepatomegalia, esplenomegalia, hipergammaglobulinemia y pancitopenia y suele ser mortal si no se trata adecuadamente. No todas las infecciones producidas por leishmania producen una enfermedad clínica manifiesta lo cual dificulta su detección y tratamiento oportuno.

V.4 La Leishmaniasis cutánea

Se presenta desde el sur de los Estados Unidos hasta el norte de la Argentina. Canadá, Chile, Uruguay y la mayoría de las islas del Caribe se encuentran libres de transmisión. Existen unas 14 especies de *Leishmania* con nombre y por lo menos otras cuatro sin nombre, que afectan al hombre y pueden manifestarse en tres formas clínicas diferentes, que se describen a continuación.

La leishmaniasis cutánea (LC) simple consiste en una o más úlceras cutáneas que aparecen entre uno y varios días y después de la picadura de un flebótomo infectado. Estas úlceras pueden ser pequeñas ($< 0,25$ cm) o muy grandes (> 30 cm). Clásicamente, la lesión es de bordes elevados y de centro papuloso y húmedo, pero puede manifestarse en formas irregulares.

En algunos casos hay afección linfática, lo que indica la diseminación de la enfermedad en ciertos casos las lesiones pueden ser vegetativas o verrugosas. Pueden aparecer lesiones satélites a partir de una lesión primaria. Según el agente etiológico, estas heridas pueden curarse espontáneamente, responder a tratamiento o ser difíciles de tratar con medicamentos. Muchas veces ocurre una recaída debido a un tratamiento incompleto. Hasta la fecha, en América no hay registros científicamente documentados de resistencia a los medicamentos antimoniales. Leishmaniasis mucocutáneas también llamada "espundia", se manifiesta por la destrucción severa de las membranas nasofaríngeas. Esta forma de leishmaniasis normalmente no responde bien al tratamiento con medicamentos antimoniales, y muchas veces requiere series múltiples de aplicaciones. La metastasis a los tejidos mucosos puede ocurrir simultáneamente con una lesión crónica de LC, o puede presentarse hasta 24 años después de la infección original. Los agentes etiológicos aislados de pacientes con LMC son *L. braziliensis* y *L. panamensis*.

V.5 Leishmaniasis cutánea difusa.

La leishmaniasis cutánea difusa (LCD) es una forma diseminada que afecta la mayor parte del cuerpo de paciente, semejante a la lepra lepromatosa. Es rara (menos de 500 casos notificados en todo el mundo), y el paciente presenta un defecto inmunológico específico. Dos características de la LCD es que la persona afectada es alérgica y la enfermedad es crónica recidivante (no existe cura). Todas las lesiones son riquísimas en parásitos. La incidencia de la LCD es baja, pero se encuentran casos desde México hasta el Brasil. Se desconoce su fisiopatogenia, pero se estima que puede ser consecuencia de una deficiencia inmunológica específica en combinación con un parásito relativamente no inmunogénico. Las lesiones no están aisladas por una pared de linfocitos, como en las lesiones clásicas de borde elevado, y por este motivo no se ulceran, a no ser que sean traumatizadas. De esta manera los parásitos no están restringidos y pueden dispersarse por

la superficie de la piel, particularmente en las partes con temperaturas más bajas. Los agentes etiológicos asociados con esta forma son *L. amazonensis* y *L. mexicana* (2010).

V.6. Leishmania mexicana.

L. mexicana mexicana es causada por este parásito es endémica en Belice, Guatemala y México, especialmente en los estados de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Sus reservorios naturales son animales silvestres, particularmente roedores de los géneros *Ototylomys*, *Heteromys*, *Nyctomys* y *Sigmodon*. Los parásitos se localizan en lesiones discretas de la piel, el principal vector es *Lutzomyia olmeca*, insecto que tiene mayor predilección por los roedores silvestres que por el hombre

V.7 Tratamiento farmacológico.

Los medicamentos utilizados actualmente para el tratamiento de las Leishmania son Estiboglunato de sodio, Fluconazol, Pentamidina.

V.8. Promoción y educación para la salud

V.8.1 Promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no. (PSS 2006-2012)

La promoción de la salud constituye un escalón más dentro del proceso de atención integral, que viene definido por: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud). Es un nivel necesario de la atención integral, con el cual podemos obtener una respuesta eficaz a los problemas de salud principalmente a los de tipo social (Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.).

V.8.2 Educación para la salud. Es un instrumento de la promoción de salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Debe ser una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación la educación de la salud es un instrumento transversal que afecta a cada uno de los niveles descritos de la atención integral (Villaseñor, 2004).

El informe técnico presentado en la Conferencia de México (Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 5-9 de junio, 2000 México) afirma que una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de salud es “fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud”.

V.8.3 Promoción para la salud en México

Al mismo tiempo que estamos enfrentando la responsabilidad de las enfermedades del rezago como son las infecciones de vías respiratorias, enfermedades diarreicas, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, dengue y paludismo, así como los problemas de mortalidad materna e infantil, que son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan a las localidades con menor índice de desarrollo socioeconómico, en las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas, también se deberá enfrentar la responsabilidad de darle sustentabilidad al sistema de salud que se encuentra solventando los costos por el crecimiento de los padecimientos crónicos como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, depresión y otras enfermedades mentales, cáncer cérvico-uterino y mamario, lesiones por accidentes viales y adicciones. (Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.).

Las enfermedades del rezago y las nuevas amenazas se encuentran ligadas a una "Cultura" que incluye el cambio de estilos de vida y entornos que dañan la salud como el sedentarismo; el consumo de tabaco y alcohol; el consumo de alimentos con alto contenido energético, grasas trans y sal; la higiene personal, el saneamiento básico y factores psicosociales .por lo que retoma importancia el acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Modelo Operativo de Promoción de la Salud.)

Para poder realizar prevención y/o disminución de enfermedades, es necesaria la capacitación para poder modificar y controlar los determinantes de estas enfermedades y así ir generando una nueva cultura en el área de la salud, para promover el empoderamiento social, cambios de conductas, entornos favorables que forzosamente nos llevan a un cambio en el estilo de vida con lo que se puede lograr una mejor calidad de vida, bienestar y capacidad funcional.

Para poder vincular la promoción y educación para la salud con los programas de salud pública es necesario incrementar los programas prioritarios de salud pública, mediante acuerdos de vinculación.

La promoción de la salud de los dos últimos años, en México se inicia con la elaboración e inicio de la implementación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), para la implantación del Servicio Integrado de Promoción de la Salud, en el ámbito federal, estatal y regional.

Durante la 60ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza. 2007) de los trabajadores: plan de acción mundial. Los estados miembros se comprometen a elaborar políticas y planes nacionales para aplicar el plan mundial sobre la salud de los trabajadores con acciones de promoción sanitaria. Incrementar el recurso económico para tal fin, trabajar de manera intersectorial, reorientar el sistema de salud pública para promover vida saludable y realizar intervenciones basadas en pruebas científicas (Modelo Operativo de Promoción de la Salud.).

En Washington, D.C, EUA. (Septiembre 2006.) Durante el 47º Consejo Directivo de la OPS/OMS los países retoman los compromisos de planes nacionales de acción firmados en la declaración Ministerial de México y se comprometen a: invertir en la construcción de

capacidades, buscar la responsabilidad de todo el gobierno, ejercer el papel rector de los ministerios de salud e intersectorial y enfocar las acciones en las comunidades y la sociedad civil.

En 2005, se realizó la Sexta Conferencia Internacional, Bangkok, Tailandia. En esta conferencia se ajustó la definición de promoción de la salud. En ella, los países representados se comprometieron a establecer las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud para lograr una mejor salud y firmaron la Carta de Bangkok en la que se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo nacional y mundial.

Quinta Conferencia Mundial (México, 2000). Se llevó a cabo la firma de la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. Comprometiéndose todos los países participantes a:

- a) Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud local, regional, nacional e internacional.
- b) Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de los sectores y de la sociedad civil.
- c) Apoyar la preparación de los planes de acción en el ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de sus asociados en esta esfera,
- d) Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud,
- e) Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

Previo a esta conferencia en México, se realizaron cuatro conferencias Internacionales previas mismas que sentaron las siguientes bases:

- Ottawa, Canadá en 1986. Esta fue la primera conferencia de promoción de la salud, de ella emanó La Carta de Ottawa, que contiene los principios, conceptos y agenda para la acción de la promoción de la salud. En Ottawa confluyeron las inquietudes de muchos para buscar un nuevo paradigma de salud pública que rescatara los principios de equidad y justicia social, el valor positivo de la salud como recurso para la vida y que, al mismo tiempo, señalara de nuevo la importancia de la

participación social y la responsabilidad de muchas áreas, sectores e individuos en la producción de la salud.

- Adelaida, Australia, 1988. Se definió como política pública saludable aquella que se propone crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.
- Sundsvall, Suecia, 1991. Se destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones.
- Yakarta, Indonesia, 1997. Se hace la Declaración del firme compromiso de los participantes en hacer uso de la más amplia gama de recursos públicos y privados para abordar los factores determinantes de la Salud.

Al desarrollar en forma integral los componentes del servicio de promoción de la salud como son el manejo de riesgos personales, el desarrollo de competencias, la participación social, los entornos favorables, la mercadotecnia social en salud, la abogacía y la evidencia, es la forma de cumplir con las 5 funciones básicas descritas en la Carta de Ottawa, que se requieren para producir salud.

VI. Marco Institucional.

VI.1 Marco Jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud de conformidad con el Artículo 4º, el cual manifiesta la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Ley General de Salud).

La Ley General de Salud, en su artículo 110, manifiesta que la promoción de la salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y promover en el individuo los valores, actitudes y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Los gobiernos municipales contribuyen a la creación de comunidades saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que le confiere el Artículo 115 constitucional. Información adicional a este respecto puede encontrarse en los siguientes documentos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley de Planeación.
- Ley General de Población.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
- El modelo de atención integrada a la Salud y la descentralización de los Servicios

Estatales de Salud.

- Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
- Modelo Operativo de Promoción de la Salud.

VI.2 Vinculación con PND 2007-2012.

El PND 2007-2012 plantea como tercer eje rector la igualdad de oportunidades en salud para mejorar las condiciones de salud de la población. También señala que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, con acciones de promoción de la salud para otorgar capacitación a la población en materia de promoción de la salud en el nivel local, promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Así como, actualizando los lineamientos que permitan el buen gobierno, la mayor participación y compromiso de todos los actores participantes (PND 2007-2012).

Algunos elementos de la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud pueden ser caracterizados como bienes públicos nacionales y, por lo tanto, los mecanismos para su provisión eficiente quedan primordialmente en manos del Gobierno Federal. Sin embargo, otros elementos o procesos tienen un alcance local o regional y dependen considerablemente de los niveles de esfuerzo de las autoridades locales, de la capacidad y de los arreglos institucionales que canalizan recursos entre distintos niveles de gobierno o entre distintas jurisdicciones (PSS 2007-2012).

La promoción de la salud requieren de una adecuación de los programas principalmente en dos vías: la revisión y actualización del marco regulatorio para establecer claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas de cada orden de gobierno, y la revisión y, en su caso, modificación de los mecanismos de asignación de recursos federales y federalizados para incorporar los incentivos que garanticen la generación suficiente de estos bienes de salud, tomando en cuenta los niveles de esfuerzo y capacidad fiscales de las distintas localidades y regiones. De la capacidad económica de la población en cada localidad o región y de los arreglos institucionales que canalizan recursos entre distintos niveles de gobierno o entre distintas jurisdicciones.

El Programa Sectorial de salud 2007-2012, como en la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud”, marcan la construcción de una nueva cultura para una mejor salud que sensibilice e informe de manera creíble a los distintos grupos blanco, que permita a la población tomar decisiones que favorezcan su salud. (Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud).

Mercadotecnia social en salud: Actualmente la sociedad mexicana demanda una mayor y mejor información: conocer la realidad en que vive, lo que le afecta, las causas y consecuencias que tienen que ver con la salud y bienestar de los individuos, familias y comunidades. Para satisfacer estas necesidades, cada ciudadano debe estar informado de manera clara, veraz y oportuna, con mensajes basados en evidencia científica, y transmitidos a través de las comprobadas y efectivas estrategias de mercadotecnia social y comunicación en salud.

Mientras tanto los responsables de cuidar la salud, en los últimos años se han enfocado a la atención curativa, cuando muchas de las enfermedades que se atienden en los centros de salud y hospitales, en algún momento pudieron ser prevenibles. El sector salud público en el transcurso de los últimos años ha ofrecido mensajes para mantener informada a la población pero no para motivarlos hacia un cambio de conducta para el beneficio de la salud. Estos esfuerzos se han realizado con falta de alineación de mensajes en los contenidos, falta de identificación de comportamientos que se desean modificar, falta de segmentación específica de los grupos objetivo, poco aprovechamiento de los medios complementarios, falta de medición y evaluación del impacto de las campañas en salud, entre otros. Como sector, NO se ha logrado modificar o cambiar los conocimientos, actitudes y conductas favorables para la salud de la población.

Avances en Promoción de la Salud 2000-2006: Durante el periodo del 2000 a 2006 promoción de la salud en México ha tenido las siguientes principales líneas de acción: 1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud 2. Promover la educación para la salud 3. Promover la atención integral en las personas mediante las llamadas “Línea de Vida” y “Sistema de Cartillas Nacionales de Salud”. 4. Proteger la salud de la población migrante. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud (Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud).

Promover la Educación Saludable.

El recurso más poderoso para poder alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano ha sido la educación. La escuela, en todas sus modalidades, ha constituido un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. La educación ha permitido también la creación y mantenimiento de ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables.

En cuanto a la situación actual de las áreas de promoción de la salud, la problemática desde el punto de vista crítico para el desarrollo de la promoción de la Salud, son los recursos humanos y la infraestructura (PND 2007-2012, Sachs, 2005).

Personal de Promoción de la Salud.

Un aspecto importante que no debemos perder de vista es que la promoción de la salud por su naturaleza transversal que la relaciona con los programas de acción del sistema de salud y con las acciones de la sociedad en el cuidado de su salud demanda una gran versatilidad y efectividad para instrumentar acciones que conduzcan a la modificación de estilos de vida y comportamientos para mejorar la salud y calidad de vida.

La promoción de la salud en México, campo de conocimiento y acción, ha quedado rezagada frente al desarrollo global, las transformaciones epidemiológicas y los avances en la prestación de servicios (2005, 2007)

Relacionado con la infraestructura para la promoción de la salud, podemos observar en el diagnóstico preliminar de la Organización Panamericana de la Salud del 2005 que hay una deficiencia considerable en México.

El 16 de marzo de 2007, en Cuernavaca, Morelos, realizamos el “Foro Ciudadano de Consulta sobre Promoción y Prevención para una Mejor Salud” con una asistencia total de 303 personas, procedentes de 21 estados de la república, representantes de asociaciones públicas y privadas y de la sociedad civil o participando a título individual. Se discutieron con una actitud prepositiva las 10 líneas de acción estratégicas sobre prevención y

promoción para una mejor salud, agrupados en seis mesas que conocieron lo planteado en 44 ponencias.

En este foro cuatro ideas centrales se repitieron de una a otra mesa y de una a otra ponencia: corresponsabilidad, cultura por la salud, formación profesional de recursos humanos y ética y humanismo como trasfondo de toda estrategia de promoción y prevención para una mejor salud (Santos J, Franco C. 2011)

VII Metodología.

Esta investigación es de corte cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y humanista. En específico se realizó el desarrollo descriptivo de la situación de la Leishmaniasis en México y Chiapas. El Análisis estadístico descriptivo de variables relacionadas con leishmaniasis, aspectos socioeconómicos y conductas higiénicas de los pobladores de la Colonia San José Copalar, Municipio de Acala. Aunado a esto se realizó el Diseño de matriz de relación que permita el análisis de las potencialidades de la educación para la salud en Chiapas, el caso específico de la leishmaniasis. Finalmente se efectuó el diseño de un modelo de educación para la salud, para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, en específico para el control de la Leishmaniasis, mismo que incluya diseño de procesos educativos y plan de intervención.

VII.1 Universo y muestra de estudio

El universo de estudio, fue la población total de la Colonia San José Copalar, Acala, Chiapas; de las cual se tomo una muestra a conveniencia del investigador, con 122 viviendas y una población de 606 habitantes de las mismas.

VII.2 Instrumento

Para la recolección de la información de tipo cuantitativo, se utilizaron cuestionarios que fueron empleados para el proyecto: “Análisis de Factores de Riesgo de la Morbilidad por Leishmaniasis visceral en la Colonia San José Copalar, Acala, Chiapas”. Las preguntas fueron cerradas y precodificadas, también se utilizaron preguntas abiertas, las cuales nos permitieron registrar los datos sobre el diagnóstico y análisis de la población en estudio. El instrumento tiene una sección de ficha de identificación, características del grupo familiar, actividades económicas y productivas, características de la vivienda, convivencia con animales domésticos e insectos vectores, conocimiento sobre Leishmaniasis, acceso a los servicios de salud, entre otros. Sin embargo se realizó la categorización de los datos para obtener mejores resultados en el análisis de los mismos. Se categorizaron de la siguiente manera: Estilos de vida, servicios intra domiciliarios, construcción de la vivienda, acceso a

los Servicios de Salud, económicos, capacitación (promoción a la salud), características socio demográficas de la población y aspectos socio culturales (Anexo 1).

Análisis de la información

En una primera etapa después de la recolección de los datos, posterior a la aplicación del instrumento; se realizó la captura de los mismos en una base de datos con el programa SPSS v 18; para proceder al análisis de la información.

VIII. Resultados

VIII.1 Diagnóstico general de la situación de la Leishmaniasis en México y Chiapas.

La Leishmaniasis, es un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y trabajo conjunto entre los promotores de salud y la población en riesgo y actuar en los tres niveles de atención es importante para lograr un éxito en los programas.

Para poder resolver el problema de las enfermedades del rezago, es importante realizar acciones preventivas donde se informe a la población en riesgo sobre los mecanismos individuales de protección que existen como es el uso de ropas protectoras, jabones, repelentes tópicos, mosquiteros adecuados y evitar la penetración en zonas muy boscosas e infestadas del vector, especialmente después del atardecer. Así como promover acciones de saneamiento básico en la cual la población.

En segundo nivel. Actualizar los programas de prevención de enfermedades del rezago a nivel de promoción de la salud es necesario, capacitar al personal que lleva a cabo los programas como son los médicos en servicio social, enfermeras, promotores voluntarios y personal de los programas sociales a fin de que se actualicen los conocimientos sobre las enfermedades llamadas del rezago en general, puedan realizar el diagnóstico e informar a las autoridades correspondientes para que se tomen las medidas pertinentes.

En tercer nivel es necesario realizar actividades de actualización sobre Leishmaniasis y en general sobre las enfermedades del rezago, profundizar en la sintomatología y tener los conocimientos sobre los estudios de laboratorio y gabinete necesarios correspondientes a este nivel de atención, para descartar y/o confirmar el diagnóstico e iniciar a la brevedad posible el tratamiento oportuno, administración de medicamentos y su vigilancia. Realizar laboratorios y exámenes de Biopsia de piel, biopsia y cultivo del bazo, médula ósea y ganglios linfáticos; para ver si proliferan microorganismos, prueba de aglutinación directa, prueba indirecta de anticuerpos inmuno fluorescentes. En el tercer nivel es necesario vigilar la continuidad de la administración de los medicamentos realizar controles necesarios con los especialistas según el nivel de afectación en que se detecte el problema.

El primer estudio epidemiológico sobre leishmaniasis, en México, fue realizado en 1942 por Beltrán y Bustamante. La distribución geográfica en el país es amplia y afecta por lo menos a 17 estados: Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas en el norte, algunos estados del Pacífico y el centro, y todos los estados del Sureste. Del año 1995 a 2000 se reportaron casos en 11 estados con presencia regular en ocho de ellos, al norte como Nayarit y Sinaloa, en el Océano Pacífico; en el Golfo de México se distribuyen desde Veracruz, Tabasco y Campeche, Oaxaca y Chiapas en el Pacífico Sur y en el Caribe mexicano, Quintana Roo. (Santos & Franco, 2011)

El primer caso reportado en México en 1952 y el primer caso reportado y confirmado de leishmaniasis visceral en Chiapas en 1990 fecha desde la cual ha aumentado el número de casos reportados y confirmados la mayoría de los pacientes con LV diagnosticados y tratados son atendidos en hospitales comunitarios y algunos trasladados a los Centros Hospitalarios de la Ciudad de México. Con estos datos se confirma una vez más que LV es una ETR con un importante impacto en poblaciones de México, al ser Chiapas estado vecino con Guatemala, donde la L.V. se considera endémica para L. cutánea la cual se ha incrementado por los movimientos poblacionales que conlleva la migración (Beltrán & Martínez, 2011).

La región de los valles, que corresponde a la Cuenca del Río Grijalva, se conoce como la zona de la LV desde 1990.

Los resultados de estudio realizado sobre leishmaniasis visceral en el estado de Chiapas, el cual se realizó en el periodo de 1990-2006, donde se estudiaron 89 casos en niños menores de 5 años del 77% de los casos estaban asociados a otros factores como es falta de saneamiento básico. (Pastor et al, 2011).

VIII.2 Potencialidades para la educación para la salud en Chiapas: el caso de la Colonia San José Copalar, Municipio. de Acala, Chiapas.

La situación mundial actual, producto de la aplicación de políticas económicas, y de la violencia, acentúa los problemas y limitaciones; cada día aumenta la pobreza, la migración a las ciudades, hay más niños huérfanos, viudas y mujeres que trabajan, más desocupados y subempleados, más inequidades en los sistemas de salud, más enfermedades, más exigencias y demandas insatisfechas (Axel, 1986).

Lo anterior, nos orienta a la búsqueda de posibilidades de mantener la salud, donde curarse resulta hoy en día muy costoso y difícil, de allí el aumento en la morbilidad y mortalidad tanto infantil como del resto de la población, por enfermedades que en la mayoría de los casos se pueden prevenir si tenemos los conocimientos apropiados, las condiciones, la voluntad y si tomamos las precauciones necesarias; en definitiva, si tenemos un estilo de vida con prácticas saludables (Axel 1986; Faisal, 2004).

Ante este panorama, en cualquier parte del mundo, la estrategia que tenemos quienes nos movemos en el campo social para promover y proteger la salud es: la educación mediante programas sólidos, continuados, planeados con participación de la gente a la cual van destinados, reforzados y apoyados con una política pública saludable. Lo anterior, tomando en cuenta que las prácticas de autocuidado en salud son promover, mantener, prevenir y curar, en busca de vivir más pero con calidad de vida; considerada ésta como la situación de vida que depende de las posibilidades que tenga la persona, la familia y la comunidad para satisfacer de manera adecuada las necesidades básicas culturalmente definidas, indispensables para el desarrollo del potencial humano y el ejercicio responsable de su capacidad, sin menoscabar el ambiente físico y cultural; hace referencia al vivir cotidiano, el cual depende de factores de tipo social, económico, político, cultural, ambiental, nutricional y religioso que posibilitan o no el desarrollo integral del ser humano representado en aspectos tales como: empleo, ingresos mínimos para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación, vestuario, recreación y necesidades no materiales como la participación, el afecto, la comunicación, la solidaridad, y las expresiones culturales (Faisal, 2004).

Las prácticas de autocuidado se pueden asumir de manera individual y colectiva, se expresan en los hábitos, costumbres, creencias y comportamientos que, como elementos culturales, responden a la capacidad de supervivencia de una persona y de una sociedad.

VIII.3 Diseño de un modelo de educación para la salud, a través de matrices de diagnóstico y relación, para abordar a las enfermedades tropicales desatendidas, en específico para el control de la Leishmaniasis.

El bienestar de la población depende de la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto en términos económicos y sociales, como los ambientales. Se debe dar atención a las necesidades socioculturales a partir de identificar cuáles son estos aspectos, que tienen las familias en la atención de la salud, en lo que se refiere a las enfermedades tropicales. El diagnóstico realizado en la localidad de Acala, Chiapas, nos da muestra de cuáles son los objetivos que debemos abordar para la creación del modelo de educación para este tipo de población en específico.

Las condiciones encontradas en la localidad de Acala, Chiapas; que influyen en mayor o menor medida en el estado de salud de la población de esta región son:

Estilos de vida	<p>Dentro de los resultados obtenidos se observó que el 48 % de la población cuenta únicamente con un cuarto en la vivienda, el 49 % con 2-3 y el 3% restante 4 cuartos. Pero el 82% utiliza un solo cuarto para dormir y el resto 2 cuartos para tal fin. Así también, el 45 % cuenta con espacio de cocina solo para preparar los alimentos, y el 66% de la población emplea el fogón para la preparación de los mismos y solo el 34 % utiliza gas. Esto nos habla de un marcado hacinamiento y la contaminación por humo. El 68 % de la población se encuentra viviendo en condiciones de hacinamiento.</p> <p>El 61% de la población utiliza pabellón. En la convivencia con animales el 31 % de la población con vice con o más perros los cuales duermen dentro o fuera de la casa habitación, una tercera parte de la misma posee aves de corral, el 13 % cohabita con gatos, pero llama la atención que casi la mitad de la población cohabita con roedores y la mayoría tiene presencia de zancudos sin predominio de horario para la picadura por el mismo. El 77% de la población consume agua de garrafón, hervida o clorada, en lo que se refiere al desecho de la basura un 82% es por medio del camión de ayuntamiento, el 13% la quema y un 5% la tira en un terreno baldío cercano.</p>
Servicios intra domiciliarios	<p>El 90% de las viviendas posee luz eléctrica, el 100% de las mismas con agua entubada; pero en la distribución por tubería, el 46% se distribuye dentro de las viviendas, el 53% solo en el patio y el 1 % se abastece de otra casa habitación. Respecto al drenaje, el 58% cuenta con este servicio y el 42 % restante no, de este porcentaje el 34 % tiene fosa séptica y el 8% restante realiza desecho de sus excretas a ras de suelo.</p>
Construcción de la vivienda	<p>El 72 % de las viviendas visitadas se observó con material de block, ladrillo y el 28% restante con materiales diversos desde cartón, láminas, plásticos, adobe, entre otros, el techo se observó en un 20% con loza, 79% de lamina y el 1% restante con otros materiales, por último cuentan con piso firme el 72 % y el 29% restante con piso de tierra.</p>
Acceso a los Servicios de Salud	<p>El 88% de la población tiene acceso a los servicios de salud; pero únicamente el 34 % hace uso de éste y más de la mitad acude con el curandero, hierbero u otra persona de su confianza.</p>

Económicos	Respecto a la ocupación, la mayoría de las personas en edad reproductiva se desempeñan como agricultores y amas de casa, el resto de la población son empleados y comerciantes; por lo consiguiente el ingreso mensual familiar es, en su mayoría (79%), menor a 1,000 pesos.
Capacitación (promoción a la salud)	Solo el 10% de la población refirió haber tenido algún conocimiento sobre leishmaniasis visceral y únicamente el 4% de éstas refirió haber observado personas con algunas características.
Características socio demográficas de la población y aspectos socio culturales	El 51.5 % de la población corresponde al sexo femenino , el estado civil el 45 % están casados o viven en unión libre y solo el 29% son solteros, el resto de la misma se encuentran viudos(as). Únicamente el 62% de la población en estudio sabe leer y escribir, sin embargo en su mayoría con nivel básico escolar. Los habitantes de esta localidad tiene dominio del idioma español y solo el 7% habla alguna lengua indígena con predominio del tzotzil. La religión predominante de los pobladores es la católica (81%). Ellos tienen sus costumbres arraigadas a lo religioso, acudir a curarse con personas que puedan comprender de que se enferman y cuáles son sus tradiciones; les agrada más acudir con curanderos o hierberos.

VIII.4 Modelo de Educación para la Salud dirigido a enfermedades tropicales desatendidas.

Patología considerada para su abordaje:

- Biología
- Agentes causales
- Prevención
- Tratamiento

Características de la población a intervenir:

- Estilos de vida
- Servicios intradomiciliarios
- Construcción de la vivienda
- Acceso a los servicios de salud
- Economía, capacitación
- Aspectos culturales
- Características sociodemográficas

Herramientas pedagógicas y de comunicación disponibles:

- Con énfasis en información visual, considerada como de primer orden para la asimilación de datos y cambio de conductas.

Educación para la Salud dirigidos al control de enfermedades tropicales desatendidas

Programas de educación para la salud con fundamento específico en la patología, población de intervención y herramientas pedagógicas/comunicación disponibles.

IX. Conclusiones.

Dadas las condiciones de pobreza extrema encontradas en los habitantes de esta localidad y como consecuencia la inadecuada alimentación, falta en cuidados de higiene, no contar con los recursos necesarios para modificar los estilos de vida, entre otros; es necesario diseñar un modelo de educación para la salud a través de matrices de diagnóstico, que analicen variables específicas como estilos de vida, servicios intradomiciliarios, construcción de la vivienda, acceso a los servicios de salud, economía, capacitación, aspectos culturales y características sociodemográficas.

Lo anterior, nos permite adecuar programas de educación para la salud, considerando la realidad de la población, lo que permite alcanzar el impacto esperado y disminuir el índice de morbi- mortalidad por la patología específica sobre la que se esté trabajando, en este caso para enfermedades tropicales desatendidas.

El objetivo principal de este modelo educativo, debe ser adecuar las acciones a la población donde se desea intervenir. Lo anterior, nos permite la modificación, de los factores causales para la enfermedad, en vez de invertir e incrementar el gasto en el tratamiento curativo o de control según sea el caso.

Así también, conservar la diversidad cultural por consiguiente se proyecta alcanzar una educación intercultural con la finalidad de diseñar esquemas de educación apropiados para realizar cambios de conducta en la población hacia quienes vaya dirigido el programa.

X. Bibliografía

1. Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. *Trends Parasitol.* 2006 ;(12):552-7.
2. Axel Kroeger, Rolando Luna. Atención primaria en salud: principios y métodos. México: PAX, OPS, 1986.
3. Beltrán S, Martínez D, Enríquez M, Santos J. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* 2011; 68(2):91-96.
4. Bonfante R, - Garrido N Leishmaniasis tegumentaria en América Latina, trabajo presentado al congreso interamericano de dermatología, Caracas. Venezuela, 30 enero-febrero, 1989.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cámara de diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Última Reforma DOF 15-10-20121 de 188 Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 15-10-2012.
6. Faisal, M, Villa J, Vilma G. La educación como punto de partida inicial en la prevención. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas 2004. Argentina.
7. Hotez PJ, Ferris MT. The antipoverty vaccines. *Vaccine* 2006; (24): 5787-99.
8. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Octubre 2003 Ministerio de sanidad y consumo Secretaría General Técnica Madrid
9. Inter-American Development Bank: The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: Progress, priorities and IDB support for their implementation. Inter-American Development Bank, Washington D.C. 2005: 1-70.
10. Josh C, Jennifer N, Publicación Banco Internacional del Desarrollo 2010.
11. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2006.

12. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Secretaria de salud, Subsecretaria de prevención y promoción de la salud, Dirección General de Promoción de la Salud 2001-2006.
13. Organización Panamericana de la Salud (2007) Abordando las enfermedades desatendidas en América Latina. Vigilancia de la Salud y Atención de las Enfermedades/Enfermedades Transmisibles/ Enfermedades desatendidas, documento consultado el 01/09/2008) en Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas Pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development.
14. Pastor J, Chávez S, Guzmán B, Flisserand A, Olivo A. American Visceral Leishmaniasis in Chiapas, México Am. J. Trop. Med. Hyg., 86(1), 2012, pp. 108-114.
15. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud Primera edición, 2007 D.R. © Secretaría de Salud Impreso México ISBN 978-970-721-414-9.
16. Publicación 81 Ministerio de salud la Paz-Bolivia Las leishmaniosis modulo de auto aprendizaje para auxiliares de servicios de salud 2008 boletín de la OPS, 1983.
17. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, martes 2 de febrero 2010 primera sección.
18. Sachs JD, McArthur JW: The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. Lancet 2005, 365(9456):347-53.
19. Santos J, Franco C. Enfermedades tropicales del rezago: a 72 años del establecimiento del instituto de salubridad y enfermedades tropicales en México, Boletín medico del hospital infantil de México 2011;68(2):83-85.
20. The center for Food Security public health, Generalidades Leishmaniasis.- IOWA STATE UNIVERSITY 2010 pag. 1-13
21. Las leishmaniosis Modulo de autoaprendizaje para auxiliares de servicios de salud.

22. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2007. United Nations, New York, 2007.
23. Villaseñor M, Valadez I, Alfaro N. Educación para la salud: La importancia del concepto. Revista de educación y desarrollo. (2004) enero-marzo. México, D.F.

XI ANEXO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres



Coordinación de Investigación y Posgrado. Área de Estudios Sociodemográficos

Proyecto: "Análisis de Factores de Riesgo de la Morbilidad por Leishmaniasis visceral en la Colonia San José Copalar, Acala, Chiapas.

"INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD POR LEISHMANIASIS VISCERAL"

Folio _____

Fecha de aplicación: _____
DD / MM / AAAA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del(a) jefe(a) de la familia	_____
Nombre y apellidos de la persona entrevistada	_____
Edad de la persona entrevistada:	_____
Número de integrantes de la familia	_____
Domicilio:	_____
Referencia:	_____
Personas sospechosas de padecer LV	1. Sí 2. No
Observaciones de la visita:	
1) Completa 2) Incompleta 3) Casa Cerrada 4) Casa deshabitada 5) Segunda Visita	
6) Renuente, motivo:	_____
Entrevistó	_____

I. Características del grupo familiar: (Nombre de los habitantes de la casa en orden de parentesco con el jefe de familia).

No.	1. ¿ Me puede decir el nombre de cada una de las personas que viven aquí empezando por la o el jefe de la familia?	2. Edad Años cumplidos	3. Sexo Masc Fem	4. Parentesco ¿Qué es de la o el jefe? JF=Jefe hogar Esposa Hijo Hija Otro (especificar)	5. Edo Civil Esta persona es... Soltero Con pareja Separado o divorciado Viudo(a)	6. ¿Sabe leer y escribir? Sí No	7. ¿Hasta qué año estudió? Anotar número de años Primaria Secundaria Preparatoria Otra _____ A= estudia actualmente	8. ¿Habla algún dialecto o lengua indígena? Si, ¿cuál? No, pase a la p 11	9. Además de la lengua indígena ¿habla español? Sí No	10. ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos? Zoque Tzeltal Otro	11. ¿Cuál es la religión de...? Anotar los casos de ninguna	12. ¿Es originario de la ciudad de Acala? 1. Sí, pase a preg 15 2.No	13. Entonces, ¿de dónde es...?	14. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Acala?
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

15. Aparte de las personas que mencionó, hay algún familiar o conocido que no sea de Acala y que les visite regularmente durante el año? Sí _____ No _____ (pase a preg 23)

16. Me puede decir cuál es el nombre de la(s) persona(s) que le visitan durante el año	17. Edad ¿Cuántos años cumplidos tiene ..?	18. Sexo Esta persona es del sexo: Masc. Fem.	19. Parentesco ¿Qué es de la o el jefe de la familia?	20. ¿Con qué frecuencia visita este hogar?	21. De dónde viene? (pais, edo. Mpio.)	22. ¿Por qué vive en ese lugar? Trabaja Lugar de residencia Otro, especificar

Características de la vivienda

36. ¿Cuántos cuartos hay en la casa, incluyendo la cocina y sin contar el baño?		46. ¿Qué hace cuando le falta el agua entubada?	1.Compra a una pipa 2. Abastece la presidencia 3.La acarrea del río 4.Colecta el agua de lluvia Otro
37. ¿Cuántos cuartos usan para dormir?		47. ¿Qué tipo de excusado o sanitario usa?	1.Excusado conectado al drenaje público 2. Excusado con fosa séptica 3. Letrina con hoyo negro 4. Ninguno, excretas al ras del suelo Otro
38. ¿Cuántas ventanas tiene la casa?		48. ¿Dónde se encuentra su excusado o sanitario?	1.Dentro de la casa 2.En el patio o solar 3.Separado del patio 4.Comparte con otra vivienda 5.No tiene sanitario o letrina
40.¿Hay un cuarto destinado únicamente como cocina?	1.Sí, cuarto separado 2.Sí, dentro de casa 3.No, se usa también como dormitorio 4. No, cocina improvisada en patio Otro	49. ¿Dónde se encuentra el lugar donde se baña?	1. Dentro de vivienda 2. En el patio 3. Separado de casa y solar 4.Comparte con otra vivienda 5.Se baña en el río 6. Otro
41. ¿Con qué cocinan los alimentos?	1.Estufa de gas 2.Fogón en alto con carbón 3.Fogón en alto con leña 4.Fogón al ras del suelo con carbón 5.Fogón al ras del suelo con leña 6.Otra	50. ¿Dónde se encuentra su lavadero?	1. En el patio 2. Fuera del patio 3. Lava en el río Otro
42. ¿Tiene energía eléctrica en su casa?	1. Sí 2. No	51. ¿Tiene drenaje en su casa?	1.Sí, conectado a la red pública 2.Sí, conectado a una fosa séptica domiciliaria 3.Sí, conectado a una fosa séptica comunitaria 4.No tiene drenaje Otro
43. ¿De dónde toman el agua que usan para lavar la ropa y los trastes?	1.Agua entubada dentro de vivienda 2.Agua entubada fuera de vivienda pero en el patio 3.Agua entubada de otra vivienda 4.Compra a una pipa 5.Pozo propio 6.Pozo comunitario 7.La acarrea del río o arroyo Otro	52. Su lavadero, ¿se encuentra conectado al drenaje?	1. Sí 2. No
44. ¿Cuántos días a la semana tienen agua entubada?	1. Diario 2. Cada tercer día 3. De vez en cuando Otro	53. El lugar donde se baña, ¿está conectado al drenaje?	1. Sí 2. No
45. Acostumbran a beber su agua...	1. De garrafón 4. Filtrada 2. Hervida 5. Cruda 3. Clorada 6. Otro	54. ¿Qué hace con su basura?	1.Camión limpia pública 2.La quema 3.La entierra 4. La tira a un terreno baldío 5. Otro

De qué material está hecho la mayor parte de....	Casa			Cocina			Baño		
	55. Paredes	56. Techo	57. Piso	58. Paredes	59. Techo	60. Piso	61. Paredes	62. Techo	63. Piso
	1. Block, ladrillo 2. L Galvanizada 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L. cartón 6. Varas, plástico 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L Galvan 4. Teja 5. Barro 6. L. cartón 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro	1. Block, ladrillo 2. L galvanizada 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L. cartón 6. Varas, plástico 7. Sin paredes 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L. Galvan 4. Teja 6. L. cartón 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro	1. Block, ladrillo 2. L Galvan 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L cartón 6. Varas, plástico 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L. Galvan 4. Teja 5. L. Cartón 6. No tiene 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro

. Animales domésticos e insectos vectores

64. ¿Tiene perros? 1) SI cuántos? _____ 2) NO	65. ¿Tiene gatos? 1) SI cuántos? _____ 2) NO	66. ¿Tiene ganado vacuno? 1) SI cuántos? _____ 2) NO
64a. ¿Duermen los perros dentro de la casa? 1) SI 2) NO	65a. ¿Duermen los gatos dentro de la casa? 1) SI 2) NO	66a. ¿Dónde duerme el ganado?: 1) Patio 2) Potrero
67. ¿Tiene cerdos? 1) SI cuántos? _____ 2) NO	68. ¿Tiene aves de corral? 1) SI 2) NO Pollos y gallinas _____ cuántos _____ Otros _____	69. Presencia de animales silvestres 69a. En el patio 69b. En el campo
67a. ¿Tienen corral sus cerdos?: 1) SI, en el patio 2) SI, separado de la casa 2) NO	68a. ¿Tienen gallinero sus aves? 1) SI, en el patio 2) SI, separado de la casa 2) NO	1) Ratas y ratones 1) Ratas y ratones 2) Mapaches 2) Mapaches 3) Tlacuaches 3) Tlacuaches 4) Otros 4) Otros
70. Qué tipo de mosquitos ha notado en su casa? (Que le piquen a las personas) 1) Ron-rones 2) Chaquistes 3) Jején 4) Zancudos 5) Otros, especificar: _____	71. ¿A qué hora del día son más frecuentes las picaduras de los insectos? 1) Mañana 2) Tarde 3) Noche 4) A cualquier hora	72. ¿Cómo se protege de los insectos? 1) Usa pabellón SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2) Mosquiteros en puertas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3) Mosquiteros en ventanas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 4) Insecticidas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5) Repelente de insectos SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 6) Queman copal SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7) Otros, especificar: _____

Observaciones que anotará el entrevistador o entrevistadora:

Describa brevemente qué observa en relación al manejo de excretas de animales, y/o hábitos de limpieza en el patio de la vivienda, para evitar atraer mosquitos (si se encuentra libre de excretas o si se observa que se mantienen por tiempo prolongado en el patio)

R.:

Describa el tipo de vegetación que existe en el patio de la casa y en su entorno (además especifique si la considera: abundante, regular, escasa o nula) Haga un pequeño croquis.

R.:



Especifique si observa posibles criaderos de Lutzomyias en alguna área del patio de la vivienda o en otros lugares de la localidad, ejemplos: humus (material orgánico del suelo en descomposición por fermentación o putrefacción de restos vegetales), lodos, detritos, estercoleros de ganado

R.:

Antecedente de personas con probable leishmaniasis visceral en la familia o en la comunidad

73. Alguna persona de esta familia ¿tiene o ha tenido...?

Calentura por más de dos semanas I__I Quebrado de color (palidez de piel) I__I Vómitos I__I

Estómago crecido I__I Pérdida de peso I__I Ninguno I__I

En el caso de que se mencione alguno de estos signos o síntomas, preguntar:

¿Cuál es el nombre de esta persona? _____

Si es menor de edad nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Conocimiento sobre leishmaniasis visceral

75. ¿Ha escuchado usted hablar acerca de la leishmaniasis visceral?

SI _____ No _____ pase a la pregunta 76

75a. ¿Con qué otro nombre se conoce a la leishmaniasis visceral?

75b. ¿Sabe cómo se transmite la leishmaniasis visceral?

75c. ¿Cómo sabemos que una persona tiene leishmaniasis visceral?

75d. ¿Sabe usted si se puede curar la leishmaniasis visceral?

Sí, ¿cómo? _____

No _____

75e. ¿Sabe usted cómo se puede prevenir la leishmaniasis visceral?

Sí, ¿cómo? _____

No _____

75f. ¿Cómo obtuvo usted información acerca de la leishmaniasis visceral?

1. Médico de clínica 2. Enfermera 3. Promotor o técnicos en salud 4. Autoridad municipal

5. Vecinos 6. Radio 7. Televisión 8. Folleto o tríptico 9. Periódico

Otros, especificar _____

Uso de los servicios institucionales de salud

76. Regularmente ¿a quién o a quiénes acuden cuando enferma alguien en la familia? *Puede marcar varias opciones*

1. Médico particular I___I 2. Centro de Salud I___I 3. Hospital SESA I___I 4. IMSS I___I

5. ISSSTECH I___I 6. Médico de Farmacia Similares I___I 7. Boticario I___I

8. Curandero I___I Otro _____

77. Usan en la familia el centro de salud? No, *pase a la pregunta 83*

Sí, ¿quiénes? 1. JF I___I 2. Esposa I___I 3. Hijos/hijas I___I 4. Toda la familia

78. ¿Cuáles son los motivos más frecuentes para usar el centro de salud?

JF _____

Esposa _____

Hijos/hijas _____

Otros _____

79. ¿Cómo se transporta al centro de salud? _____

80. ¿Cuánto tiempo le toma llegar al centro de salud? _____ 81. ¿Cuánto gasta en el transporte? _____

82. ¿Existen algunos motivos para que en ocasiones no usen el centro de salud? No, concluya la entrevista Sí, cuáles?

JF _____

Esposa _____

Hijos/hijas _____

Otros _____

83. ¿Por qué no usan el centro de salud?
