



CIMEL Ciencia e Investigación Médica  
Estudiantil Latinoamericana

ISSN: 1680-8398

editorcimel@hotmail.com

Federación Latinoamericana de Sociedades  
Científicas de Estudiantes de Medicina  
Organismo Internacional

Chávez-Prieto, Patricia; Ureta-Núñez, Yonny; Cevallos-Urday, Octavio  
Conocimientos, actitudes, antecedentes y conductas ante la enfermedad de Chagas en la población  
de una zona endémica de Arequipa, Perú  
CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 11, núm. 1, 2006, pp. 20-23  
Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina  
Lima, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71711107>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, ANTECEDENTES Y CONDUCTAS ANTE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA POBLACIÓN DE UNA ZONA ENDÉMICA DE AREQUIPA, PERÚ

Patricia Chávez-Prieto<sup>1</sup>, Yonny Ureta-Núñez<sup>2</sup>, Octavio Cevallos-Urday<sup>3</sup>

Centro de Investigación y Estudios Médicos (CIEM), Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad de Chagas está asociada a condiciones socioeconómicas de pobreza y a cuidados domésticos deficientes, existen dos estrategias conocidas para el control y prevención de la enfermedad: destrucción de focos de concentración de triatominos e higiene doméstica. Este trabajo busca determinar los conocimientos, actitudes, antecedentes y conductas ante la enfermedad de Chagas en la población de una zona endémica de Arequipa. **Materiales y métodos:** Se utilizó un diseño observacional, transversal y prospectivo. Fueron seleccionadas 284 familias del Asentamiento Humano Pedro Vilcapaza, se aplicó un cuestionario ad hoc validado y precodificado con 39 ítems elementales sobre la tripanosomiasis. Fueron encuestados los jefes de familia del asentamiento humano, se realizó un total de 284 encuestas. **Resultados:** La edad media de la población encuestada fue 34,2 años en mujeres 36,2 en varones. Más del 50% de varones tiene ocupación mientras que la mayoría de mujeres son amas de casa. El 9,86% tiene un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad y el 57,04%, un nivel bueno. Más del 80% posee una actitud adecuada ante la enfermedad de Chagas ya que de padecerla acudirían al médico. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de los pobladores sobre la enfermedad y el vector es bueno. Las actitudes ante la enfermedad son adecuadas, sin embargo las expectativas de los pobladores son pesimistas en su mayoría.

**Palabras claves:** Enfermedad de Chagas, conocimientos, actitudes, antecedentes y conductas

## ABSTRACT

**Introduction:** Chagas disease is associated with socioeconomic conditions of poverty and deficient domestic cares, there are two known strategies for the control and prevention of the disease: destruction of triatomina foci and domestic hygiene. This study looks for to determine the knowledge, attitudes, antecedents and conducts about Chagas disease in the population from an endemic area in Arequipa. **Materials and methods:** We utilized an observational, cross-sectional and prospective design. 284 families of the Pedro Vilcapaza slums were selected; a validated and precodified questionnaire ad hoc with 39 elementary items about tripanosomiasis was used and applied. Heads of family were polled, being made a total of 284 surveys; head of family who was in the moment of the visit provide us information of the member head of family who there is not. **Results:** The middle ages of the polled population was  $X = 34,20$  (women) and  $X = 36,20$  (men).

More of 50% of men have occupation whereas most of women are housewives. The 9,86% have a insufficient level of knowledge about the disease and the 57,04% have good ones. More of 80% of them have an suitable attitude about Chagas disease since to become ill with this disease they would go to the doctor. **Conclusions:** The level of knowledge of the settlers about the disease and the vector is good. The attitudes about the disease were suitable, nevertheless the expectations of the settlers were pessimistic in their majority.

**Keywords:** Chagas disease, knowledge, attitudes, antecedents and conducts

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una patología asociada a condiciones socioeconómicas de pobreza y a cuidados domésticos deficientes. Inicialmente fue considerada una enfermedad transmitida por triatominos salvajes que tan solo afectaba animales <sup>(1)</sup>. Cuando los humanos entraron y alteraron el equilibrio del ecosistema de los triatominos, se desencadenó la infestación domiciliar. Algunas especies de triatominos infectados por *Trypanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad de Chagas, extendieron el mal a ecosistemas artificiales que involucran al hom-

1. Estudiante de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Agustín (UNSA), Arequipa, Perú.
2. Estudiante de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María (UCSM), Arequipa, Perú
3. Médico Asistente del Servicio de Otorrinolaringología Hospital III Yanahuara. EsSalud, Perú.

**Correspondencia:** Yonny Manuel Ureta-Núñez  
Calle Misti 214, Miraflores, Arequipa. Teléfono: 054-9378174 E-mail: Yonnycito23@yahoo.es  
• Manuscrito recibido el 18 de enero de 2006 y aceptado para su publicación el 30 de julio de 2006

bre por medio de mecanismos que constituyen características endémicas en varios ambientes geográficos<sup>(2,3)</sup>.

De acuerdo a estimaciones de la OMS, 90 millones de individuos están expuestos al riesgo de adquirir la enfermedad de Chagas, mientras que 16 a 18 millones ya padecen la enfermedad<sup>(1)</sup>. En América Latina, la enfermedad de Chagas abarca desde el sur de EE UU hasta el sur de Argentina<sup>(1,4)</sup>. En Paraguay, estudios realizados en 1986 por el servicio nacional de erradicación de malaria (Senepa) reportaron 14% de infestación triatomina y 20% de infección humana por *T. cruzi*<sup>(5)</sup>. En 1986, el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud (IICS) dirigió un estudio seroepidemiológico y encontró una prevalencia del 20% en la mayoría de áreas endémicas<sup>(5)</sup>. Las estimaciones de la incidencia de la enfermedad de Chagas apuntan a 14 680 nuevos casos de individuos infectados cada año, y una pérdida laboral valorada en 30 millones de dólares debido a muertes tempranas<sup>(6-8)</sup>.

Existen dos estrategias conocidas para el control y prevención de la enfermedad. La primera consiste en destruir los focos de concentración de triatomíneos tanto intra y peridomiciliarios con controles químicos (insecticidas), con la implementación de un programa de vigilancia ejecutado por la comunidad para evitar la reinfestación, además de un control químico a base de fumigaciones<sup>(9-12)</sup>; y, la segunda busca prevenir la infestación domiciliar por el vector mejorando las condiciones de la vivienda y la higiene doméstica<sup>(13)</sup>, siendo más costosa y duradera pero albergando dificultades económicas y sociodemográficas (fenómeno de migración). Sin embargo esta táctica va más allá del control de vectores pues implica mejoras en los estándares de vida poblacionales<sup>(5,14-16)</sup>.

Es difícil comparar los costos de estas estrategias basados en su efectividad más aún cuando ambas se complementan y su disgregación conduciría inevitablemente al fracaso. Sin embargo, estudios sociológicos revelan un conocimiento muy limitado de la enfermedad y su transmisión, teniendo en cuenta que el nivel de conocimientos de los habitantes de zonas endémicas sobre la enfermedad en mención y sus vectores debería de ser un elemento primordial para su prevención y control.

El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos, las actitudes y expectativas ante la enfermedad de Chagas en la población de una zona endémica de Arequipa.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y prospectivo según los criterios de clasificación de Altman, Douglas<sup>(17)</sup>. Dicho estudio se realizó en la localidad de Pedro Vilcapaza del distrito de Sachaca de la provincia de Arequipa del departamento de Arequipa. La localidad limita por el sur con el pueblo joven Siete de Junio y hacia el noreste con la localidad de Corazón de Jesús; con formación ecológica de desierto subtropical, de clima seco y

semicálido; tiene como principales actividades económicas la agricultura y la crianza de animales. El estudio se llevó a cabo durante dos días: 7 y 8 de noviembre del año 2002 mediante la aplicación de encuestas a los responsables de cada familia.

La población estudiada se determinó en base a una selección de la totalidad de las viviendas (301) que constituyen el Asentamiento Humano Pedro Vilcapaza, de las cuales sólo se logró entrevistar a 284 viviendas (jefes de familia que se encontraron al momento de la visita) por no encontrarse algunas en sus domicilios al momento de la intervención. El método de selección fue por conveniencia.

Como instrumento de investigación, se utilizó y aplicó un cuestionario *ad hoc* validado y precodificado que contenía 39 ítems elementales sobre la enfermedad de Chagas: mecanismos de transmisión, síntomas y signos, la biología del vector (hábitos, ecótopos), las actitudes frente a las intervenciones y las prácticas para prevenir la colonización del vector, fuentes de información, y la participación de la población en la vigilancia entomológica comunal. Del total, 30 fueron cerradas, una puntual y el resto de tipo selección múltiple; fueron estructuradas en una secuencia no lógica para evitar la inducción de las respuestas por los sujetos de estudio.

Se realizó una entrevista domiciliar a los responsables de las familias de las 284 viviendas seleccionadas por un tiempo de 20 minutos aproximadamente. Para ello se utilizó una ficha, que consta de cuatro tópicos como son: 1) datos sociodemográficos de la familia; 2) conocimientos acerca de la enfermedad de Chagas; 3) expectativas (antecedentes y conductas) ante la enfermedad y 4) actitudes ante la enfermedad. Las entrevistas se realizaron con la ayuda de muestrarios con estadios adultos y ninfales de *T. infestans*.

Se elaboró una base de datos, los cuales se procesaron mediante técnicas de análisis descriptivo para observar el comportamiento de la muestra en estudio.

## RESULTADOS

Se realizó 284 entrevistas a los jefes de familia que se encontraron en el momento de las visitas y se pidió los datos del otro jefe de familia.

La edad de la población en estudio estuvo comprendida entre 18 y 78 años para el grupo de las mujeres (madres) ( $X = 34,20$ ), y entre 21 y 78 años para el grupo de los varones (padres) ( $X = 36,20$ ), con una desviación estándar de  $\pm 9,79$  para las mujeres y de  $\pm 9,40$  para los varones. Los núcleos familiares estuvieron compuestos en su totalidad por parejas de hombres y mujeres casados y/o convivientes.

En cuanto al nivel de instrucción, se midió años de estudios cursados con valores que oscilaron entre los 0 y 12 años tanto para los varones ( $X = 5,04$ ) como para las mujeres ( $X = 5,88$ ).

Se observó que más del 50% tenían ocupación en el caso de los padres mientras que la mayoría de madres se quedaba en el hogar como ama de casa. Un 68,70% de los padres se dedicaba a la agricultura.

Los resultados acerca del nivel de conocimiento de los pobladores sobre la enfermedad de Chagas y el vector, el 9,86% pertenecen al nivel insuficiente, el 33,10% al nivel aceptable y sólo el 57,04% está comprendido en el nivel bueno. (Tabla 1)

Los resultados de las respuestas de los pobladores sobre los conocimientos elementales de la enfermedad de Chagas y el vector; el 91,9% de los pobladores reconocen a una chirimacha adulta. Respecto a las condiciones de higiene del hogar el 85,92% reconocen que el desorden y la suciedad favorecen el criadero de chirimachas. Alrededor del 96,13% identifican el hecho de que las chirimachas pueden picar al hombre así como un 80,99% saben que éstas pueden transmitir enfermedad. Sobre el nombre de la enfermedad transmitida 39,44% identifican a la enfermedad de Chagas como la consecuencia de esta transmisión. Sin embargo, 26,06% piensan que se trata de una enfermedad incurable. En cuanto a los signos que produce la picadura de la chirimacha, 70,07% identifican que producen lesiones en la piel (heridas). Finalmente, 87,32% están concientes de que los criaderos intra y peridomiciliarios de animales (gallinas, cuyes, borregos) exponen a los miembros de la familia a la picadura por chirimacha.

Las expectativas frente a la enfermedad fueron pesimistas en su gran mayoría (76,76%) (Tabla 2). En cuanto a los antecedentes revisados en los pobladores se encontró que un 73,94% no fumiga su casa con frecuencia pese a ser una zona endémica y un 70,07% ha visto chirimachas en sus domicilios. Un 47,89% no recibió ninguna información en relación a la enfermedad de Chagas, mientras que un 52,11% dijo que alguna vez le han informado acerca de las chirimachas y/o enfermedad de Chagas. Esta información fue brindada en más del 30% de los casos por profesionales de la salud, generalmente en sus casas y la mayoría recibió dicha información tan solo una vez. Un 74,65% dijo que en la escuela-colegio, sus hijos fueron orientados acerca del vector y la enfermedad. Sobre las conductas adoptadas, un 73,94% acudía a un centro de salud u hospital cuando algún miembro de la familia o el encuestado

Tabla 1. Frecuencias del nivel de conocimientos sobre la enfermedad de Chagas en los jefes de familia del Asentamiento Humano Pedro Vilcapaza

Nivel	Número de casas	%
• Bueno: 15-20 puntos	162	57,04
• Aceptable: 11-14 puntos	94	33,10
• Insuficiente: ≤ 10 puntos	28	9,86
Total	284	100,00

Tabla 2. Frecuencias sobre las expectativas ante la enfermedad de chagas en los jefes de familia del asentamiento humano Pedro Vilcapaza

Calificación	Número de casos	%
• Personas encuestadas	284	
• Casas	284	
– Optimista	66	23,24
– Pesimista	122	76,76
Total	284	100,00

mismo estaban enfermos mientras que un 67,61% sólo usaban medicinas caseras (medicina tradicional).

Se observó que el 98,59% tenía una actitud adecuada ante la enfermedad de Chagas (Tabla 3). Un 57,39% manifestó que ante la enfermedad debía de resignarse porque era cosa del destino. No obstante, 87,32% afirmó que en caso de padecer esta enfermedad debía de acudir al médico.

## DISCUSIÓN

La encuesta en la población de una zona endémica de Arequipa, reveló que el nivel de conocimientos sobre aspectos elementales de la enfermedad de Chagas son adecuados, difiriendo de los obtenidos en una población escolar de áreas rurales epidemiológicamente diferentes en Argentina <sup>(18)</sup>.

Menos del 10% de los entrevistados no reconocieron el rol vectorial de *T. infestans* en la transmisión de la enfermedad, y asimismo no sabían las otras vías, que los exponen al riesgo de adquirir la infección; respecto a este ítem nuestros resultados son menores a los encontrados en poblaciones de escolares en Ica, Perú <sup>(19)</sup> y en una población estudiada en Parcona (Ica), Perú <sup>(20)</sup>, pero mayores en los encontrados en adultos en áreas endémicas con actividades de control y sin control de Honduras <sup>(21)</sup>; a los de una comunidad de Chuquisaca, Bolivia <sup>(22)</sup> y también a aquellos de una población endémica en Mambai, Brasil <sup>(23)</sup>.

La mayoría de las poblaciones endémicas no asocian al vector con la enfermedad de Chagas. En la población adulta endémica de Posse, Brasil, con más de una década bajo control en 1999, el 72,88% de los entrevistados atribuyeron como causa de la enfermedad de Chagas a los

Tabla 3. Frecuencias sobre las actitudes ante la enfermedad de Chagas en los jefes de familia del asentamiento humano Pedro Vilcapaza

Calificación	N	%
• Adecuada (13-24)	280	98,59
• Inadecuada (0-12)	4	1,41
Total	284	100

triatominos<sup>(24)</sup>, que explicaría la eficacia de la intervención educativa. Esta población del Asentamiento Humano de Pedro Vilcapaza recibió también charlas educativas en reiteradas oportunidades no obstante tan sólo un 39,44% saben que los triatominos transmiten la enfermedad. Un buen porcentaje de los pobladores están familiarizados con el vector, pero no conocen el rol en la transmisión de la enfermedad. Esto revelaría alarmantes deficiencias en los sistemas pedagógicos utilizados en las charlas.

El ecótopo y los hábitos del vector como la infestación de los ambientes de la vivienda, la colonización de los tipos de vivienda y el reconocimiento de los refugios del vector son mejor conocidos por los entrevistados con excepción de su hábito hematófago. Las poblaciones endémicas de Honduras<sup>(21)</sup> y de Bolivia<sup>(22)</sup>, tienen un nivel de conocimiento más elevado sobre aspectos ecológicos del vector. Las poblaciones en riesgo deben conocer estos aspectos del vector para su aplicación en el control y la vigilancia entomológica comunal.

Acerca de la orientación escolar en los niños de las familias entrevistadas se observó que más del 50% no recibe ninguna. Considerando que se trata de una zona endémica, esto constituye un riesgo potencial en relación a la salud no sólo de los niños, sino de las familias enteras. Como se vio, existen porcentajes variables de analfabetismo entre los padres y las madres, quienes no cuentan con niveles de instrucción apropiados como para complementar la información recibida en las escuelas.

En las estrategias de intervención educativa se debe recomendar la crianza de animales en ambientes a prueba de triatominos y fuera de la vivienda, y debe resaltarse el papel de los mamíferos como reservorios de la enfermedad, como aspectos elementales dentro del ordenamiento ambiental.

La deficiente higiene del hogar, demuestra que debería sensibilizarse a la población sobre la importancia que tiene la limpieza de la vivienda y del peridomicilio en la colonización del vector<sup>(25)</sup>. En las viviendas desordenadas y sucias el vector se encuentra con mayor frecuencia<sup>(18)</sup>. Sería importante entonces indagar sobre los factores que fallan en el 14,08% que no identifican estas condiciones como 'peligrosas'.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que el nivel de conocimiento de los pobladores sobre la enfermedad de Chagas y el vector es bueno y las actitudes frente a la enfermedad de Chagas en la población estudiada son adecuadas en tanto que las conductas adoptadas por esta población son pesimistas en su gran mayoría.

#### AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Himmeler Montes Cruz por su gran aporte y apoyo para la realización del presente estudio.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (World Health Organization). Report on Chagas Disease. WHO Technical Report Series 811. Geneva:WHO 1991
2. Da Silva LJ. Desbravamento, agricultura e doença: A doença de Chagas no Estado de São Paulo. Cad Saúde Pública. 1986;2:124-140.
3. Bucher EH, Schofield CJ. Economic assault on Chagas disease. New Scientific 1981; 29:321-25.
4. Schofield CJ. Control of Chagas disease vectors. Br Med Bull. 1985;41:187-94.
5. Rojas de Arias A. Chagas Disease in Paraguay. PAHO Doc. No. PAHO/HCP/HCT/72/96. Washington DC: PAHO 1996.
6. Schofield CJ, Bucher EA. Industrial contribution to desertification in South America. Tree. 1986;1:78-80.
7. Schofield CJ. Eradication of *T. infestans*. A new regional Programme for Southern Latin America. Ann Soc Belg Med Trop. 1992;72(Sup):69-70.
8. Ferro EA, Rojas de Arias A, Ferreira ME, Simancas L, Rios S, Rosner JM. Effect of lambda-dacryhalothrin on *Triatoma infestans*. Mem Inst Oswaldo Cruz 1995;90:415-9.
9. Rojas de Arias A. Evaluation of Chagas Control Techniques in Paraguay. Ph.D. Thesis, Bangor: School of Biological Sciences, University of Wales 1995
10. Diotaiuti L, Texeira-Pinto C. Susceptibilidade biológica do *Triatoma sordida* e *Triatoma infestans* a deltametrina e lambda-dacryhalotrina em condições de campo. SBMT. 1991;24:151-5.
11. Gurtler RE, Petersen RM, Cecere MC, Schweigmann NJ, Chuit R, Gualtieri JM, Wisnivesky-Colli C. Chagas disease in Northwest Argentina: Risk of domestic reinfection by *Triatoma infestans* after a single community-wide application of deltamethrin. RSTMH. 1994;88:27-30.
12. Paulone I, Chuit R, Perez A, Wisnivesky-Colli C, Segura EL. Field research on an epidemiological surveillance alternative of Chagas disease transmission: The primary health care (PHC) strategy in rural areas. Rev Arg Microbiol. 1988;20(Sup):103-5.
13. Schofield CJ, Dias JCP. A cost-benefit analysis of Chagas disease control. Mem Inst Oswaldo Cruz 1991;86:285-95.
14. Briceno-León R. La Casa Enferma. Sociología de la Enfermedad de Chagas. Caracas: Fondo Edit Acta Cientif Venezolana/Consortio de Ediciones Carriles. 1990.
15. Bryan RT, Balderrama F, Tonn RJ, Dias JCP. Community participation in vector control: Lessons from Chagas's disease. Am J Trop Med Hyg. 1994;50:61-71.
16. Rios LS. La tecnología apropiada para el mejoramiento del hábitat como vía de control de la enfermedad de Chagas. Rev Soc Cient Paraguay. 1997;1:49-82.
17. Bioestadística para no estadísticos (Biometrika). Disponible en [www.biometrika.org](http://www.biometrika.org)
18. Sanmartino M, Crocco L. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. PAHO. 2000;7:173-8.
19. Cabrera R, Mayo C, Suárez N, Infante C, Naquira C, García-Zapata MTA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica del Perú. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2003, 19(1):147-54.
20. Sanabria HA, Guevara M, Bianchi S, Vera G, Palomino G. Estudio sobre el vector de la enfermedad de Chagas. Estudio Cualitativo en Parcona, Ica. Universidades 2002;24:19-24.
21. Avila GM, Martínez HM, Ponce C, Ponce E, Soto HR. La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: Conocimientos, creencias y prácticas. PAHO. 1998; 3:158-63.
22. Caballero-Zamora A, De Muynck A. Actitudes y creencias de los indios quechuas de la provincia Zudañez, departamento de Chuquisaca, Bolivia, frente al vector de la enfermedad de Chagas. In: Chagas, la Enfermedad de Bolivia. Conocimientos al Inicio del Programa de Control (1998-2002) (JRA. Cassab, F. Noireau & G. Guillén, org.) 1999, pp. 171-197, La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social/OPS/OMS/Institut de Recherche pour le Developpement/ Institut Boliv de Biol Altura.
23. Bizerra JF, Gazzana MR, Costa CH, Mello DA, Marsden, PD. A survey of what people know about Chagas disease. World Health Forum. 1981; 2:394-7.
24. Williams Blangero S, Vanderberg JL, Teixeira ARL. Attitudes towards Chagas disease in an endemic Brazilian community. Cad Saúde Pública. 1999;15:7-13.
25. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998;14(Sup.2):19-37.