

Estudio de los aspectos Epidemiológicos y Socioeconómicos en mujeres con Leishmaniasis.

Castes, M. , Jiménez, M.** , Castañeda, N****

Roda, A. e I. Martín***

Resumen

A continuación se presentan los resultados parciales de una investigación sobre Mujeres con Leishmaniasis residenciadas en Araira (estado Miranda) Venezuela. Se concluye con los datos existentes que la tasa de enfermedad ha ido en aumento para ambos sexos, pero en un porcentaje mayor para las mujeres. En el caso concreto de estudio, esta situación se produce por : a.-la deficiente infraestructura de servicios, que implica que la mujer de esa zona debe trasladarse al río en busca de agua y lavar, a los barrancos para botar la basura y al bosque para defecar, b.- incorporación de la mujer a la producción agrícola obligada por la crisis y c.- aunado a lo anterior, el mayor índice de analfabetismo que incide en el manejo deficiente de la enfermedad y complicaciones , sin embargo aunque no dispone del conocimiento científico, el conocimiento comunitario y su propia experiencia les ha permitido elaborar ideas en torno a la prevención de la enfermedad.

Términos claves: mujer enferma con leishmaniasis, Araira Venezuela.

Abstract

The authors present partial results of a study of women with Leishmaniasis, living in Araira (Miranda, Venezuela). On the basis of existing data, it is concluded that the rate of illness has risen for both sexes but by a greater percentage among women. In the case under study, this situation is produced by the following factors: (a) the deficient infrastructure of services, implying that women in this zone have to go to the river to get water and to wash, to the ravines to dump garbage, and to the woods to defecate; (b) the incorporation of women into agricultural production, due to the current crisis; (c) in addition to the above, the greater index of illiteracy which contributes to the deficient management of the disease and its complications. However, although scientific knowledge is not available, community knowledge and experiences has allowed them to elaborate their own ideas as to prevention of the disease.

Key terms: Women with Leishmaniasis, Araira, Venezuela.

* Instituto de Biomedicina, Escuela J.M. Vargas, Facultad de Medicina;

** Escuela de Sociología;

*** Facultad de Ciencias Económicas y sociales -Universidad Central de Venezuela



Mientras que el hombre ya llega a la luna, el hogar y lugar de trabajo de las mujeres sigue siendo "un miserable taller individual"

Marie Langer (1988).

INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis Cutánea Americana (LCA) es una enfermedad causada por la infección de un protozoo flagelado que invade y crece dentro de los macrófagos, y que es endémica prácticamente en todos los países tropicales de América. Leishmaniasis del sub-género *Leishmania* (Safjanova, 1982) y *Viannia* (Lainson y Shaw, 1987) son los principales agentes de la enfermedad en Centro y Sur América.

La infección se manifiesta en tres formas clínicas, que Convit y col., (1974) han postulado conforman un espectro clínico. En un extremo del espectro está la Leishmaniasis Cutánea Localizada (LCL), la cual presenta lesiones ulceradas y limitadas, con pocos parásitos, y que cura espontáneamente o después de tratamiento con sales pentavalentes de antimonio, o con inmunoterapia con promastigotes muertos de *Leishmania* en combinación con BCG (Convit y col., 1987, 1989). En el otro extremo del espectro está la leishmaniasis cutánea difusa (LCD), la forma maligna, la cual está caracterizada por la presencia de nódulos no ulcerados progresivos, ricos en parásitos y resistente a la quimioterapia. En medio del espectro están las formas intermedias, que incluye la leishmaniasis cutánea mucosa (LCM), con lesiones en las membranas de las mucosas y que, a pesar de contener pocos parásitos, son progresivas y pueden causar se-

veros daños, histológicos, anatómicos y funcionales de las mucosas orales, nasales, faringéas y laringéas. Los resultados que presentaremos se refieren principalmente a la forma localizada ya que es la más común en Venezuela (más del 90% de los casos).

Tradicionalmente la leishmaniasis ha sido considerada como una enfermedad que afecta a los hombres, estando relacionada con su trabajo en los campos y áreas rurales. Sin embargo, esta situación, como demostraremos en el presente trabajo, ha ido cambiando en los últimos treinta años, y ahora las mujeres presentan un mayor riesgo de contraer la enfermedad. Este aspecto de las enfermedades tropicales no ha sido tomado en consideración; sin embargo, en la actualidad la Organización Mundial de la Salud lo considera un área prioritaria, junto con los aspectos socioeconómicos de las mismas. (Vlassoff y Bonilla, 1992).

Este trabajo tomará como base la concepción según la cual la salud como la enfermedad son un producto social, tomando en consideración las especificidades de lo social y de lo biológico, así como las relaciones que estos guardan entre sí y la forma como los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos individuales y colectivos, en un momento histórico determinado (Bonilla, 1991).

El concepto de "mujer" se abordará no simplemente como la condición biológica de uno de los sexos, sino como una construcción social que incluye un conjunto de normas sobre conductas y aptitudes aceptadas y esperadas por parte de cada uno

de ellos. Esto, que es lo que recientemente se ha denominado "género", afecta diferencialmente, las oportunidades de las mujeres y los hombres entre las que se cuentan la salud y la sobrevivencia. (Rathgeber, 1992).

Partimos de la hipótesis que la leishmaniasis en la mujeres venezolanas probablemente tiene un importante componente socioeconómico, signado en estos momentos por la crisis y, en particular, por lo que se ha denominado la *feminización de la pobreza* (Castañeda y Castillo, 1990), lo cual se refiere a un proceso de deterioro de la calidad de vida que golpea, de forma particular, a las mujeres de los sectores populares. Esto es lo que constituye el marco teórico de nuestro trabajo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Aspectos epidemiológicos: Se analizaron los registros del Instituto de Biomedicina desde 1965. Para el período 1980-1984 se obtuvieron los datos de 1.245 mujeres y 1.721 hombres. Para el período 1988-1990 se implementaron registros más extensos y se recogió la información de 2.300 mujeres y 3.490 hombres. Estos datos son recolectados a través de los Departamentos de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Sanidad a nivel nacional, y son mantenidos en bases computarizadas en el Instituto de Biomedicina.

Aspectos Socio-económicos: Se entrevistaron un total de 159 mujeres: 54 enfermas y 104 sanas. Las pacientes consultaban en el dispensario médico de Araira, la cual, es la capital del municipio Bolívar, área endémica de leishmaniasis. Está localizada en el Distrito Zamora del Estado Miranda, a 50 Km. de la Ca-

pital. Las 104 mujeres sanas, que también fueron entrevistadas en el dispensario, consultaban por otras razones de salud o acompañaban a sus hijos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Aspectos epidemiológicos: En la tabla 1 se presenta el número de casos y la tasa x 100.000 habitantes para mujeres y hombres, así como la relación entre tasa hombres/tasa mujeres desde 1965 hasta 1990, con intervalos de cinco años. Se observa tanto para las mujeres como para los hombres un aumento progresivo y significativo ($p < 0.0001$) de las tasas de infección en los últimos 25 años, así mismo en todos los períodos estudiados la tasas fueron significativamente mayores ($p < 0.0001$) en los hombres comparado con las mujeres. Sin embargo, es importante notar que el aumento de la tasa para las mujeres fue de 2.65 entre 1965 y 1990, mientras que para los hombres fue de 1.92, así que comparativamente el incremento de las mujeres fue más significativo que el de los hombres. Así mismo, se puede ver que la relación de la tasa hombres/mujeres fue de 2.09 para 1965, disminuyó a 1.21 para 1985 y es de 1.53 para 1991.

En la parte inferior de la tabla 1 bajo forma de gráfico se observan estos mismos resultados por grupos etarios, para este mismo período. Se puede ver que en edades tempranas (0-10 años) no existen diferencias estadísticamente significativas, y que estas solo se hacen evidentes después de los 10 años ($p < 0.05-0.0001$). El hecho que la tasa de infección en los niños de ambos sexos sea tan elevada hace suponer que no sola-

mente el individuo va a buscar la infección (transmisión selvática), sino que también la infección viene a buscar al individuo (transmisión peridomiciliar). A partir de estos grupos etarios se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.5-0.0001$) entre mujeres y hombres. También se puede ver que para las mujeres hay un aumento significativo de las tasas a partir de los 10 años, llegando a una meseta que se mantiene hasta los 60 años, mientras que para los hombres está en constante aumento desde los 4 años. Esta alta tasa para los hombres en los últimos años de vida puede deberse a que las tasas de mortalidad masculina son más altas que las femeninas a cualquier edad (OPS, Salud de la mujer. 1991).

El aumento que se observa para ambos sexos a partir de los 10 años se debe a una mayor exposición a los factores de riesgo como son su incorporación en las tareas agrícolas para los hombres y a las actividades del hogar, para las mujeres, lo cual incluye lavado y aseo personal en el río, y también ayuda al hombre en el trabajo del conuco.

Esto se confirma al evaluar la *relación con el bosque* para el período 1988-1990, ya que los datos demuestran que un 41.57% de las mujeres enfermas están en permanente contacto con la zona boscosa, lo cual es bastante elevado a pesar de que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0005$) con los hombres enfermos (47.55%).

En lo que respecta a la *ocupación* los datos demuestran que la actividad agropecuaria es mayormente ejercida por los hombres (44.90% contra 1.65% de las mujeres) mientras que

las actividades del hogar eran principalmente ejercidas por las mujeres (48.04% contra 1.06% de los hombres).

Relacionado con estas consideraciones se analizó la *ubicación de las lesiones* sufridas por los pacientes. En las mujeres el sitio preferencial de localización de las lesiones son las extremidades inferiores (54.7%) comparado con los hombres (39.6%; $p < 0.0001$). Se debe notar aquí que en nuestra experiencia clínica con estas pacientes, se observa que las lesiones pueden ser más dolorosas en las extremidades inferiores que en otras localizaciones, y que esto es particularmente relevante en las mujeres, ya que a menudo requieren estar paradas por largos períodos de tiempo. El otro sitio preferencial son las extremidades superiores observándose una mayor infección en los hombres en este sitio que las mujeres, pero siendo todavía elevado para ellas (33.10% y 26.56%). Con respecto a la ubicación de las lesiones en la cabeza también hay diferencias significativas con los hombres ($p < 0.0001$) pero llega a ser de 9.85% para las mujeres en el último trienio, ubicándose principalmente en la cara.

Al analizar el *nivel educacional* los datos demuestran que existe un mayor porcentaje de mujeres enfermas (40.70%) que son analfabetas comparado con los hombres enfermos (36.3%; $p < 0.005$). Así mismo, un porcentaje de mujeres (61.47%) significativamente mayor ($p < 0.005$) no tiene ningún grado de estudio contra 57.67% de los hombres, estas diferencias se mantienen para los niveles de estudio entre primer y octavo grado.

En *conclusión* hemos demostrado que si bien los casos de leishmaniasis han aumentado en los últimos 25 años para ambos sexos, este incremento ha sido mayor en las mujeres. La no diferencia encontrada en la afectación de menores de 10 años en ambos sexos posiblemente obedezca a que a esa edad la exposición al riesgo es la misma. El patrón de transmisión de la leishmaniasis ha pasado a ser en el último decenio, de eminentemente selvático a peridomiciliar (Scorza, 1985), como producto de la penetración de la población susceptible a focos endémicos de densa vegetación y alta población vectorial, en busca de mejores condiciones de vida a las ofrecidas por las grandes urbes, en estos tiempos de críticas dificultades económicas. Mientras que en mayores de 10 años, con la incorporación de hombres y mujeres a la actividad productiva y reproductiva respectivamente, aumenta la tasa de infección para ambos sexos. La prevalencia de infección en una comunidad es el resultado no sólo de la exposición y susceptibilidad del hospedador, sino también de la vulnerabilidad social tales como las que hemos reportado en este aspecto del trabajo: a) la división del trabajo puede aumentar la exposición a la infección durante las actividades relacionadas con las labores del hogar por parte de las mujeres que puede incluir un contacto permanente con las zonas boscosas y húmedas, por ejemplo el lavado y aseó personal en el río, el cuidado de los animales y pequeña siembra en el patio (área trasera con abundante vegetación), las labores de la limpia, siembra y cosecha en el conuco (área de cultivo apartada de la casa) ayudando al

marido en estas tareas agrícolas, b) la baja tasa de estudio y alto analfabetismo en las mujeres puede contribuir a un mayor desconocimiento sobre prevención, manejo y complicaciones de la enfermedad. c) la diferencia en los hábitos en el vestir entre ambos sexos probablemente sea la causa de las diferencias observadas en la ubicación de las lesiones. Los hombres están parcialmente protegidos en las piernas por los pantalones, y las mujeres en el tronco y brazos por las blusas.

ASPECTO SOCIOECONÓMICOS (CASO ARAIRA)

Dado que las investigaciones que se han venido realizando no eran suficientes para conocer la dimensión socioeconómica donde se expresa la enfermedad, nos vimos en la necesidad de estudiar una comunidad específica con una alta endemicidad que nos proporciona mayores conocimientos sobre la trílogía individuo-sociedad-espacio. A tal efecto seleccionamos la comunidad de Araira por la facilidad de acceso el trabajo previo desarrollado hacia esa comunidad por nuestro Instituto y cuya complejidad socio-económica se insertaba en el marco de nuestras hipótesis.

Es importante señalar que de acuerdo al Censo de 1990 (OCEI, 1991) en Distrito Zamora, donde Araira está localizada, ha sufrido un crecimiento de población relativo de 94.1% y un crecimiento de viviendas relativo de 135.7%, comparado con 1.6% y 3.1% para el Distrito Federal. De hecho, la población se triplicó en el área desde 1981.

El proceso de emigración interurbano en la Región Capital, hace

evidente el concepto de extensión territorial, mediante la modalidad de transferir funciones urbanas de la ciudad metropolitana a poblaciones cercanas lo que supone, no sólo transformaciones en las relaciones sociales de producción, sino también entre mujeres y hombres y su medio ambiente.

Las mujeres encuestadas en Araira, responden al siguiente análisis: El 62.25% de las enfermas mencionan estar dedicadas a oficios del hogar; 24.49% informaron estar empleadas y un 30.7% de estas últimas expresaron estar incorporadas al sector informal de la economía. La comparación entre la ocupación de los jefes de hogar (en las cohortes de sanas y enfermas) nos dió un resultado significativo: en los hogares donde el jefe es trabajador agrícola (38.46%), existe mayor porcentaje de enfermas que en los hogares donde el jefe tiene ocupación obrera (19.20%), lo cual nos permite inferir la existencia de mayores riesgos para las familias campesinas.

El habitar en zonas desprovistas de servicios tanto sanitarios como de infraestructura vial, deteriora aún mas sus condiciones de vida y las expone a un mayor riesgo de contraer la enfermedad. En las tablas 2 y 3 se observa que un 59.25% de las enfermas entrevistadas, no tiene agua por tuberías y para acceder a ella un 82.25% reportó ir a los ríos y quebradas mas cercanas, mientras que un 41.66 de las sanas recibe el agua por camión cisterna. En relación con otros servicios sanitarios un 64.82% de las mujeres enfermas carece de cloacas y un 59.26% no tiene servicios de aseo, lo cual obliga al 26.66% de las familias a exponerse en las zonas boscosas para satisfacer sus necesi-

dades fisiológicas. Un 35.00% de ellas bota la basura y los desperdicios también en sitios boscosos y alejados, lo cual supone más tiempo de exposición al riesgo de contraer la enfermedad. Así mismo, un 35.42% de las sanas manifestó no tener servicio de aseo en su casa y sólo un 14.64% reportó realizar sus necesidades en el campo.

Debido a la ubicación de los hogares, en sitios donde las vías de comunicación son escasas y hasta inexistentes, y donde prácticamente no hay servicios de transporte, las mujeres para realizar cualquier tipo de actividad propia de su rol doméstico, deben desplazarse frecuentemente por zonas boscosas y exponerse al riesgo de enfermarse.

CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES DEL GÉNERO FRENTE A LA ENFERMEDAD

Entre los objetivos de la presente investigación nos propusimos identificar algunos factores de riesgo que afectan de manera distinta a las mujeres y que tienen su origen en las condiciones sociales diferenciadas con que se relacionan hombres y mujeres en un contexto sociocultural que desfavorece sus condiciones de salud.

Para evaluar el *conocimiento sobre la enfermedad*, se preguntó acerca de los lugares dónde ataca el mosquito, la forma cómo evitar la picadura, los conocimientos médicos y el conocimiento tradicional, de quién se obtuvo la información y sus creencias acerca de los medicamentos para la curación.

Un 60.37% de las enfermas y un 75.51% de las sanas ($p < 0.05$) manifestaron estar en conocimiento de lo

que es la enfermedad y el 89.13% de las enfermas y 91.29% de las sanas conocen que no es contagiosa. En la tabla 4 se observa que el 62% de las enfermas y el 79.38% de las sanas sabían que es producida por la picada de un mosquito, que los sitios propicios son los ríos, las zonas boscosas y húmedas. Sólo un 4% pensaba que es debido a golpes y rasguños. La cantidad de información que se posee es transmitida por los miembros de la comunidad (amigos, vecinos, familiares), es decir es un conocimiento popular y no necesariamente científico y éste funciona como fuente de credibilidad. Sólo un 1.95%, tenía información procedente de las instancias médicas, aunque un 72.91% de las entrevistadas enfermas respondió tener información previa sobre el tratamiento de la enfermedad.

Quienes tienen mejores condiciones de vida tienen también mayor cantidad y calidad de conocimientos sobre la enfermedad. El criterio que tenemos es que en este caso se mezclan, de un modo sincrético, los dos tipos de conocimientos: el científico y el tradicional, y ello les permite manejar la enfermedad de manera más racional (Bonilla, 1991).

Ahora bien, las *creencias y actitudes* frente a la enfermedad varían según la edad, educación, ocupación y de esta misma manera varían sus efectos y sus consecuencias. En las amas de casa la enfermedad parece tener grave impacto por cuanto las limita en el ejercicio de sus labores tanto domésticas como productivas. Un 42.22% de las enfermas dijo tener que suspender todas sus actividades, tanto las del hogar como las de su participación en el mercado de trabajo. Particularmente aquellas que presentaban lesiones en las piernas,

manifestaron no poder caminar debido a dolor e hinchazón. De hecho, en un 56.86% de los casos, se mencionó el dolor como muy importante, y prácticamente todas las lesiones de leishmaniasis dejan cicatrices que pueden ser desfigurantes y estigmatizantes. Así mismo, en cuanto a los síntomas iniciales de las enfermas un 47.05% reportó la aparición de "bombitas y ronchitas".

En general, *las consecuencias producidas por la enfermedad* son percibidas y sentidas de manera dramática por cuanto ésta está directamente asociada a la vergüenza y al rechazo. Ellas mismas se sienten discriminadas, en parte porque en algunos casos, debido a desconocimiento, la asocian con la lepra y el cáncer. Pero lo que es realmente significativo es que aun cuando el 9.80% de las enfermas (percepción propia) y un 14.28% de las sanas (percepción ajena), no piensan que haya discriminación ni rechazo, el 31.81% de las enfermas expresaron sentir vergüenza y evitaban salir, y el 45.4% se cubrían las lesiones para que no supieran que estaban enfermas. A pesar de que un 66.66% de las enfermas manifestó ser tratadas igual que antes, que un 26.60% manifestó sentir apoyo y sólo un 6.66% dijo percibir un sentimiento de lástima por parte de la familia, ellas cambiaron drásticamente sus costumbres de recreación y natural deseo de participación en las actividades socio culturales, modificando además su manera de vestir, por la vergüenza que les producía el ser rechazadas al dejar al descubierto las lesiones.

En las jóvenes también se discontinuaban sus actividades, perdían casi siempre el año escolar por no poder asistir con regularidad a las

clases debido a las dolencias que les ocasionaba la enfermedad, tanto de tipo físico como de tipo psíquico.

Así mismo, en algunas enfermas por fallas en el diagnóstico médico, la enfermedad fue confundida con otras patologías, lo cual les causó una gran ansiedad. Un ejemplo es el caso de Luisa, una picada en la oreja la llevó a distintos tipos de diagnósticos, micosis y herpes entre otros. Esto produce en las mujeres enfermas efectos colaterales, que si bien nada tienen que ver con la leishmaniasis las conduce a un estado de indefensión y hasta de depresión que las lleva a pensar inclusive en la muerte.

En algunos de los testimonios recogidos se expresó lo siguiente: *"no salía para ninguna parte... no me gusta que me estén preguntando... sentía una gran tristeza... Yo no dormía, no comía, creí que iba a perder la pierna, dejé de hacer todas mis actividades, vivía acostada... estas marcas que me quedaron en las piernas, las siento como una marca de ganado..."*

Una tercera dimensión con la cual trabajamos se refiere a *las acciones frente a la enfermedad*, cómo actúan y reaccionan las mujeres después de haber recibido la información sobre la leishmaniasis y de haberla reinterpretado en relación a sus conocimientos anteriores. Preguntamos cómo creían ellas que se podía curar la enfermedad, obteniendo como resultado que sigue existiendo una amplia creencia en los medicamentos de origen popular, los cuales son usados como posibles soluciones. De hecho, en la tabla 5 se demuestra que un 56.60% de las enfermas reportaron haber usado algún medicamento de tipo popular, de esos

64.5% eran de origen vegetal, un 6.45% usó productos químicos, un 6.45% esotéricos, en este caso en ensalmes. Así mismo, un 38.70% reportó automedicarse. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Balliache (1991).

En cuanto a la *prevención de la enfermedad* (Tabla 6), un 14.28% de las encuestadas cree que mejorando las condiciones sanitarias, un 14.28% señala que abrigándose, otro 8.16% evitando ir al río, y finalmente un 16.96% con fumigaciones y repelentes opinan que pueden evitar la picadura del mosquito y por lo tanto la enfermedad, lo que demuestra que a pesar de no obtener un conocimiento científico se llega a otro que es igualmente válido (Bustos y col.), cuya elaboración incorpora elementos populares producto de su propia vivencia.

CONCLUSIONES

Con la presente investigación hemos demostrado que la tasa de incidencia de la leishmaniasis ha aumentado significativamente en los últimos 20 años, tanto para las mujeres como para los hombres, pero que esta tasa de aumento fue mayor para las primeras.

En cuanto a algunos de los *factores de riesgo epidemiológicos y socioeconómicos* que han permitido esta situación se encuentran los siguientes:

1.- El aumento de la densidad poblacional en las zonas endémicas como producto de las migraciones interurbanas, determinado por la necesidad de ciudades satélites que tiene Caracas.

2.- El desarrollo deficiente de la infraestructura de los servicios pú-

blicos, como se demostró en Araira, en la que las deficiencias en materia de agua por tuberías, cloacas, recolección de basura y letrinas, conduce a que la mujer debe trasladarse al río en busca de agua para lavar, a los barrancos alejados para botar la basura y al bosque para defecar.

3.- La incorporación cada vez mayor de la mujer a la producción agrícola en la limpia, siembra y cosecha en el conuco, como producto de la crisis económica que la obliga a buscar otros ingresos.

4.- El índice de analfabetismo mayor en mujeres que en los hombres está demostrado que incide en un manejo deficiente de la enfermedad y sus complicaciones.

5.- Se observó que el sitio de ubicación de las lesiones en las mujeres es preferencialmente las extremidades inferiores, lo cual puede acompañarse de dolor cuando existe éxtasis venoso y compromiso linfático importante, prolongándose el tiempo de curación que se agrava por el hecho de que las mujeres permanecen de pie muchas horas al día, lo cual incide en su capacidad de movilización y por ende en su trabajo tanto en el hogar como en el sector laboral.

6.- En lo que respecta al *conocimiento* que manejan las mujeres de Araira sobre la enfermedad y sus formas de evitarla, evidenciamos que aunque las mujeres no disponen de una base científica para entender y prevenir la enfermedad, la tradición oral, el conocimiento comunitario, y su propia experiencia les ha permitido elaborar un número valioso de ideas en torno a la prevención de la enfer-

medad tales como: dejar de ir al río, cubrirse, mejoramiento de las condiciones sanitarias, sobre todo en lo que respecta al agua y las cloacas.

De considerable importancia es la *percepción* negativa tanto la propia como la ajena, que tienen de la enfermedad, lo cual produce en ellas estados de ansiedad, miedo, tristeza, vergüenza y angustia que las lleva a autodiscriminarse y aislarse, llegando incluso a la indefensión y la desesperanza.

En la actualidad continuamos desarrollando esta línea de investigación interdisciplinaria y con perspectivas de género que den cuenta de todas las dimensiones: médicas, culturales, sociales, epidemiológicas, inmunológicas y económicas.

Agradecimiento

Al Dr. Jacinto Convit por habernos permitido la realización de este trabajo y al Dr. Neil Lynch por sus valiosos aportes para la mejor realización de la investigación. Este trabajo se benefició de los siguientes financiamientos: Programa de Investigaciones en Aspectos Económicos y Sociales de las Enfermedades Tropicales del Laboratorio de Investigaciones Sociales/UCV a través del UNDP/World Bank /WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (Proyectos: SG-P91.129; ID-880178), CDCH/UCV (Proyecto: M.10.11.-2024/90). Se agradece la colaboración del Lic. Edward Rojas en el análisis estadístico de los resultados y de la Br. Aida Contreras por su trabajo secretarial.

TABLA N° 1

NÚMERO DE CASOS Y TASA X 100.000 HABITANTES PARA MUJERES Y HOMBRES EN EL PERÍODO 1965-1990. CON INTERVALOS DE 5 AÑOS.

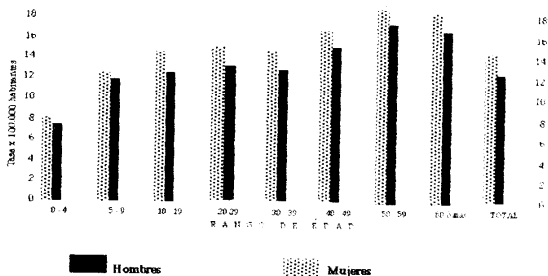
	MUJERES			HOMBRES		
	CASOS	TASA	PAC	CASOS	TASA	RELACION TASA HM
1965	123	2.98	0.0001	272	6.24	2.09
1970	146	3.03	0.0001	234	4.70	1.55
1975	193	3.26	0.0001	330	5.59	1.71
1980	422	5.68	0.001	545	7.17	1.26
1985	778	9.33	0.0001	964	11.30	1.21
1990	773	7.90	0.0001	1209	12.10	1.53

a. Prueba de χ^2

b. Diferencias estadísticamente significativas entre 1965 y 1980 y entre 1965 y 1990 ($p < 0.0001$) para las mujeres y entre 1965 y 1990 ($p < 0.0001$) para los hombres

Fuente: Archivos del Instituto de Biomedicina, Caracas.

Distribución de la tasa x 100.00 habitantes según el Sexo y el Grupo Etario para el periodo 1988 - 1990



REFERENCIAS

BALLIACHE, D. (1991) *El uso de las Yervas Para el Tratamiento de las Enfermedades Tropicales*. Ponencia en el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología La Habana, Cuba.

BONILLA CASTRO, E., KURATOMI, I. S., RODRÍGUEZ, P. Y RODRÍGUEZ, A. (1991). *Salud y Desarrollo. Aspectos socio-económicos de la malaria en Colombia*. Plaza & Janes, Editores, CIDE.

BUSTOS, C.H. y col. (1988). *Enfermedades tropicales en el Ecuador. Leishmaniasis cutánea*. Serie Investigaciones Originales, No. 2.

Castañeda, Castillo, A. (1990). Las maquilas en el aperturismo de la economía venezolana, Pimencia, UCV, Caracas.

Convit, J. and Pinardi, M.E. (1974) *Cutaneous leishmaniasis: the clinical and immunopathological spectrum in South America*. CIBA Found., Symp. 20, 139.

CONVIT, J., CASTELLANOS, P.L., RONDÓN, A.J., PINARDEME, ULRICH, M., CASTES, M., BLOOM, B. AND GARCIA, E. (1987). *Immunotherapy versus chemotherapy in localized cutaneous leishmaniasis*. *Lancet*, 401.

CONVIT, J., CASTELLANOS, P.L., ULRICH, M., CASTES, M., RONDÓN, A.J., PINARDEME, RODRÍGUEZ, N., BLOOM, B.R., FORMICA, S., VALECHOS, F. Y BRETANA, A. (1989) *Immunotherapy of localized, intermediate and diffuse forms of american cutaneous leishmaniasis*. *J. Inf. Dis.* 160, 104.

TABLA N° 2
CARENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS BÁSICOS EN MUJERES ENFERMAS Y SANAS

	ENFERMAS%	PA<	SANAS %
CARENCIA DE:			
AGUA POR			
TUBERIAS	59.25	0.001	20.40
CLOACAS	64.82	0.005	59.80
ASEO	59.26	0.005	35.42

a: Prueba de X²

Fuente: Información recogida a través de la encuesta.

TABLA N° 3
ALTERNATIVAS ANTE LA CARENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS BÁSICOS EN MUJERES ENFERMAS Y SANAS

	ENFERMAS (%)	PA<	SANAS (%)
ALTERNATIVAS			
AGUA			
QUEBRADA			
POZO	82,35	0.001	50.00
CISTERNAS	17,64	0.001	41.66
TOMADA DE			
TUBERÍA LEJANA	-		8.33
CLOACAS			
POZO			
SÉPTICO	30.0	0.005	5.5
BARRANCO	3.33	NS	1.81
CAMPO ABIERTO	26.66	0.01	14.64
RÍO	-		3.63
ASEO			
QUEMA BASURA	15.0	0.005	40.00
QUEMA BASURA			
Y BARRANCO	10.00	0.005	30.00
BARRANCO	25.00	0.005	55.0

a: Prueba de X²

Fuente: Información recogida a través de la encuesta.

LAINSON, R. AND SHAW, J.J. (1987). *Evolution, classification and geographical distribution the leishmaniasis* vol 1. Academic Press INC (London), pp 1-120.

Oficina Central de Estadística e Informática (1991). Censo 1990, Caracas.

Organización Panamericana de la salud (1990). *Las condiciones de salud en las Américas. Salud de la mujer*. Vol 1, Publicación científica No. 524 (ISBN 92 75 31524 8).

RATHGEBER, E. AND VLASSOFF, C. Gender and tropical diseases "A New Research

Focus". (Mimeo presentado en el taller sobre Mujeres y enfermedades tropicales en Noruega, Mayo 1992).

SAF'JANOVA, V.M. (1982). Clasificación of the genus *Leishmania*. Roos, chapter 11, pp 95-101. *In the Leishmaniasis. Protozoology*, part 7-pp. 220. Academy of sciences, U.S.S.R All Union Society of Protozoologists Leningrad.

SCORZA, J.V. (1985). *Cambios Epidemiológicos de la Leishmaniasis Tegumentaria en Venezuela*. Boletín de la Dirección

TABLA N°4

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES ENFERMAS Y SANAS
DE CÓMO SE ADQUIERE LA ENFERMEDAD

	ENFERMAS (%)	PA<	SANAS (%)
PICADURA DE INSECTO	62.00	0.05	79.38
AGUA CONTAMINADA	4.00	NS	5.15
GOLPES O RASGUÑOS	4.00	NS	1.03
PICADURA DE INSECTO/AGUA CONTAMINADA	20.00	0.05	0.00
NO SABE	28.00	0.05	14.43

a: Prueba de X²

Fuente: Información recogida a través de la encuesta.

TABLA N° 5

USO DE LA MEDICINA POPULAR
REPORTADAS POR LAS MUJERES ENFERMAS Y SANAS

	ENFERMAS%	PA<	SANAS%
ORIGEN VEGETAL	64.51	0.005	31.42'
MEDICAMENTO	38.70	0.0001	5.71
PRODUCTOS QUÍMICOS	6.45	0.0001	0.0
ESOTERICAS	6.45	0.001	0.0
NO SABE	0.0	0.00	65.71

a: Prueba de X²

Fuente: Información recogida a través de la encuesta.

TABLA N° 6

COMO PREVENIR LA ENFERMEDAD SEGÚN LAS MUJERES
ENFERMAS Y SANAS

ENFERMAS%	PA<	SANAS%	
EVITAR EL RÍO Y EL CAMPO	12.29	NS	23.46
ABRIGARSE	14.28	0.001	1.02
FACTOR DE ASEO	17.39	0.005	38.77
FUMIGACIÓN	18.36	NS	18.36
VACUNANDO	6.12	NS	5.10
NO RESPONDIO	36.73	NS	35.71

a: Prueba de X²

Fuente: Información recogida a través de la encuesta.

de Malariología y Saneamiento Ambiental, vol. XXV, 45.

VLASSOFF, C. AND BONILLA, E.
Gender differences in the determinants and

consequences of tropical diseases: What we know? (Mimeo presentado en el taller sobre Mujeres y enfermedades tropicales en Noruega, Mayo 1992.)

