

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD PUBLICA  
GUANTANAMO

**ACTITUDES, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS  
SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN  
BOLIVIA**

*Dra. Maurenis Alonso Vázquez<sup>1</sup>, Dr. Onidio Olivares Navarro<sup>1</sup>, Dra. María Esmera Pascual Armiñán<sup>1</sup>, Dr. Jaime Enrique Castillo Álvarez<sup>1</sup>, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres<sup>2</sup>, Lic. Rosaida Bandera Feijóo<sup>3</sup>, Dr. Alexander Ramírez Leyva.<sup>1</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio con el objetivo de identificar las actitudes, creencias y nivel de conocimientos sobre la Enfermedad de Chagas, en Samaipata, provincia Florida, en el departamento de Santa Cruz, Bolivia, en el período enero-agosto de 2007. El universo de estudio estuvo integrado por 682 pacientes mayores de 15 años que fueron atendidos en el consultorio en dicho período. Se aplicó encuesta para investigar variables tales como: sexo, conocimiento de la enfermedad, de la vía de transmisión, de las complicaciones. Se concluye que existe predominio del reconocimiento de la enfermedad, sin embargo, muestran dificultad en el conocimiento de vía de transmisión, complicaciones y medidas de prevención. Se recomienda trabajo de divulgación en las comunidades apoyados en líderes comunitarios y medios de difusión masiva.

*Palabras clave:* ENFERMEDAD DE CHAGAS/prevención y control; ESTUDIOS DE INTERVENCION; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA EN SALUD.

**INTRODUCCION**

La enfermedad de Chagas, denominada por el nombre del médico brasileño Carlos Chagas quien la descubrió en 1909, es una endemia y/o enzootia del continente americano. El causante de la enfermedad es un parásito protozoario hemoflagelado: *Trypanosoma cruzi*, que puede ser transmitido por los insectos conocidos como "chinche", "vinchuca", "barbeiro" o "chipo".

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

<sup>2</sup> *Licenciado en Defectología.*

<sup>3</sup> *Licenciada en Enfermería.*

Estos insectos viven en las grietas de paredes y techados de viviendas de adobe y paja, muy frecuentes en zonas rurales y barrios pobres de las ciudades de Latinoamérica. Cuando el insecto portador del parásito pica, deposita heces en la piel de la víctima, ésta se rasca los ojos, boca o picadura y, así, las heces que contienen el parásito entran en la sangre.

La enfermedad de Chagas también puede transmitirse a través de transfusiones de sangre, de madres a hijos durante el embarazo, o con menos frecuencia, a través de trasplantes de órganos o alimentos contaminados. No existe vacuna contra esta enfermedad y las personas afectadas pueden reinfectarse después de recibir tratamiento.<sup>1,2</sup>

La infección por Chagas evoluciona en varias fases. Durante la primera fase, el estadio agudo de la enfermedad a menudo es asintomático. Los niños pueden presentar algunos síntomas como fiebre, glándulas linfáticas hinchadas, hígado y bazo distendido o inflamación de la picadura. La fase intermedia comienza entre las 8 y 10 semanas y puede que dure durante muchos años. En esta fase, los afectados son asintomáticos y pueden ser portadores del parásito durante años sin saberlo.

Cerca del 20 al 30 % de las personas infectadas desarrollan la fase crónica de la enfermedad entre 10 y 20 años de haberla contraído. Para entonces, los pacientes habrán desarrollado lesiones irreversibles en corazón, esófago y colon. El fallo cardíaco es la causa de muerte más frecuente entre los jóvenes adultos, personas que deberían estar en la fase más productiva de su vida.<sup>3</sup>

Esta enfermedad es endémica del continente americano, desde el sur de Estados Unidos hasta el sur de Argentina. En América Latina, la enfermedad de Chagas es el problema de salud pública más importante y su lucha es un desafío.

En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) registró que las pérdidas económicas debidas a la mortalidad temprana y discapacidades asociadas a dicha entidad entre la probación adulta joven eran de 8 156 millones de dólares.<sup>4</sup> De acuerdo con cifras de la OMS, el número de personas expuestas al riesgo de contraer esta infección se calcula entre 90 y 100 millones de americanos. En términos estadísticos existen en América Latina de 16 a 18 millones de personas con seroreacciones positivas o parasitemia detectable, con 45 000 muertes al año, la mayoría debida a miocardiopatía dilatada específica.<sup>5</sup>

Bolivia, es el primer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas con el 20 %, seguida de Paraguay (9.2 %) y Argentina (7.2 %). Las cifras oficiales hablan de 2 300 000 infectados, con alrededor de 600 000 cardiópatas, además, como problema sanitario agregado se registra una fuerte migración de los dos países, que aumenta la casuística nacional.<sup>6</sup>

El surgimiento de la enfermedad de Chagas no es biológico ni deviene de problemas arquitectónicos. Es resultado del ambiente de pobreza, falta de desarrollo rural y organización social.

## **METODO**

Se realiza un estudio con el objetivo de identificar las actitudes, creencias y nivel de conocimientos sobre la enfermedad de Chagas en mayores de 15 años, en Samaipata, Provincia Florida, perteneciente al departamento Santa Cruz, Bolivia.

El universo de estudio estuvo conformado por 682 pacientes mayores de 15 años que fueron atendidos en el consultorio Samaipata, por la Brigada Médica Cubana, en el período comprendido desde enero hasta agosto del año 2007. Se estableció previamente una comunicación a los pacientes, mediante un consentimiento escrito y firmado para conocer su aceptación, cooperación y autorizo en el desarrollo de la investigación.

Para la obtención del dato primario se confeccionó un cuestionario previa revisión bibliográfica y documental de los controles y registros de información sobre la incidencia de esta enfermedad, así como entrevistas con profesionales y personal administrativo, la cual fue sometida previamente a una prueba de pilotaje para comprobar su eficacia en la investigación.

Los resultados fueron analizados y se exponen en tablas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

El 76.5 %, es decir, tres cuartas partes de la muestra, conoce o identifica la enfermedad, con similar comportamiento en ambos sexos (Tabla 1).

Estudios realizados recientemente en Guatemala (61.3 %), Argentina (68.9 %) y Honduras (73.2 %), encuentran frecuencias similares, relacionados con el conocimiento de la enfermedad de Chagas.<sup>7,8</sup>

En Bolivia, investigaciones recientes registran un nivel de conocimiento por encima del 50 % aunque en Chuquisaca se informa porcentaje más elevado de creencias, que de conocimientos, identificando creencias como que las "vinchucas" son seres con inteligencia que tiene alianzas de sobrevivencias con otros animales, incluso con Satanás, que eligen a sus víctimas y atacan a personas en la noche en partes específicas del cuerpo.<sup>9</sup>

Al analizar el reconocimiento de la "vinchuca" (Tabla 2), se encontró que el 63.3 % conoce el vector transmisor de la enfermedad de Chagas, aunque el 36.5 % refiere no conocerla. Muchos la identifican como "bicho", "chinche", "cucaracha", entre otros significados. El sexo masculino mostró tener más conocimiento sobre el vector (72.5 %)

Estudios realizados en Honduras encuentran un nivel de identificación del vector transmisor superior al nuestro, con el 88.9 %.<sup>7</sup>

Un estudio cualitativo acerca de los conocimientos sobre dicha entidad en varios departamentos de Bolivia, encontró un nivel de identificación similar al nuestro. Los pobladores de diferentes lugares saben describir el vector a pesar de que lo nombran de una manera diferente, por ejemplo: en Capinota y Acacio son denominados *uluchi*, en el área Guaraní *itimbuco* (nariz larga), y para los weenayek es *kyoosipaq* (vinchuca).<sup>10</sup>

Al explorar, mediante la entrevista, las creencias sobre las "vinchucas", se observó que son pocos aquellos que no reconocen el origen de la enfermedad, identifican a la vinchuca, su picadura y su asociación con la enfermedad, que las "vinchucas" viven en casas en mal estado, en corrales y donde hay suciedad o no se ha fumigado. Existe reconocimiento de la picadura por ser de mayor urticaria frente a otras y porque dejan lesiones de mayores dimensiones, es decir, le dan una valoración mayor, lo cual implica una representación de la "vinchuca" hacia un mayor mal. Son capaces de diferenciar su picadura por la reacción que producen y las huellas que dejan en el lugar.

Sin embargo, encontramos criterios erróneos que demuestran desconocimiento de la enfermedad, tienen la creencia de la aparición de la "vinchuca" más allá de "lo normal", representa huida de la casa, migración,

enfermedad o muerte, es decir, existe una relación simbólica, mítica o sobrenatural del vector, lo cual no es positivo. Esto hay que resaltarlo ya que lo mítico tiene una reacción dual; en algunas pueden ser malhechores y, en otras, benefactores. Otros hacen asociación de la huella que deja la picadura con un "puchichi".

Recientemente en estudios realizados en varios departamentos de Bolivia, se encontraron resultados similares a los nuestros en cuanto a estas creencias antiguas relacionadas con las "vinchucas": la preparación de comidas y bebidas a base de "vinchucas" molidas y coladas para curar el ataque de malaria y el temor a sus represalias y venganzas por la eliminación de estos insectos, ambas negadas en la actualidad.<sup>11</sup>

Se puede hacer un análisis relacionado con estas creencias, basado en que muchos de los encuestados relacionan la enfermedad con el cáncer. A nuestra consideración lo hacen ya que identifican ésta como mortal, es decir, porque no es posible su curación; el proceso de la enfermedad es largo pero, además, manifiestan desinterés en relación a conocer más sobre la entidad ya que su temor a la muerte es mucho más fuerte. Todo esto demuestra que la ausencia de información adecuada y de personal calificado genera un sinnúmero de especulaciones y confusiones.

En relación al conocimiento sobre la vía de transmisión de la enfermedad, el 57.6 % de los encuestados no define bien la vía; sólo el 42.4 % las identificó adecuadamente (Tabla 3). Muchos son capaces de identificar la picadura del insecto adecuadamente, sin embargo, no reconocen las otras formas.

En América Latina y el Caribe, el 50 % o más de las personas tienen conocimiento sobre las vías de transmisión de la enfermedad, excepto Bolivia (44 %), Guatemala (68 %), y Paraguay (89 %).<sup>12</sup>

Es importante reconocer la vía vertical en la transmisión de la enfermedad, teniendo en cuenta estudios recientes que hablan de la seroprevalencia, aunque con la vigilancia ha ido disminuyendo en los últimos años debido a los programas de control que cada país ha implementado. En Bolivia, los diferentes trabajos muestran que esta prevalencia oscila de 17 a 81 %, si bien en los últimos años la seroprevalencia de las mujeres embarazadas ha disminuido; esta prevalencia todavía es la más alta del sur de América.<sup>13</sup>

Se desconocen los factores que condicionan la infección transplacentaria debido a que no todos los hijos de madres chagásicas adquieren la infección. La incidencia del Chagas congénito varía de 2.1 a 28.2 % en Chile, Argentina de 0.5 a 10.4 %; 0.5 a 4.0 % en Uruguay y Paraguay 10 %.<sup>25</sup> En Bolivia, los registros actuales muestran que la tasa de transmisión congénita (TTC) en madres seropositivas es un promedio del 5 - 6 %.<sup>14</sup>

En la Tabla 4 se representamos el conocimiento de complicaciones de la enfermedad, donde se encontró que más de la mitad de los encuestados no tienen conocimiento sobre las complicaciones de la enfermedad (77.6 %); sólo el 22.4 % es capaz de identificar que la enfermedad produce complicaciones. No se aprecian diferencias notables en cuanto al sexo.

La enfermedad de Chagas, responsable del 13 % de las defunciones de las personas entre 15 y 75 años, es la cuarta causa de enfermedad en Bolivia. El Ministerio de Salud y Previsión Social informa que 3.5 millones de personas, casi la mitad de la población boliviana, están en riesgo de contraer la enfermedad y 300 000 niños menores de 12 años están ya infectados. Además del fuerte impacto en la salud, el país está sufriendo económicamente, debido al mal de Chagas. Según el Dr. Hugo Flórez, experto en el sector social del Banco Interamericano de Desarrollo, las pérdidas económicas anuales debidas a la enfermedad de Chagas alcanzan aproximadamente US \$189 000 000.<sup>15</sup>

La persistencia de esta enfermedad en algunos países sudamericanos se atribuye a las precarias condiciones de vivienda que favorecen el contacto íntimo entre vector y huésped humano. *Triatoma infestans*, es el principal vector de *Trypanosoma cruzi* en los países del cono Sur. Su eliminación, que es el punto crucial de la estrategia para reducir la carga de esta enfermedad, se basa en la fumigación, las modificaciones de la vivienda y la educación del público. Con estas medidas Uruguay interrumpió la transmisión del vector de *Trypanosoma. cruzi* en 1997 y Chile en 1999.<sup>12</sup>

Por tales razones, nos motivó analizar el conocimiento acerca de cómo prevenir la enfermedad, lo que arrojó que el 69.6 % no conoce las medidas de prevención para esta enfermedad, sólo el 30.4 % identificó las medidas adecuadamente (Tabla 5).

Las medidas para controlar eficazmente la transmisión de la enfermedad de Chagas por las "vinchucas", dentro y en los alrededores de las viviendas, han estado disponibles por decenios. Abraham Jemio, encargado de un programa de

control del mal de Chagas en Bolivia, dice: "...lamentablemente, en casi todos los países donde la enfermedad es endémica, ha faltado la decisión política, capaz de transformar los conocimientos y la experiencia en medidas de control...".<sup>16</sup>

Hay tres medidas esenciales: fumigar las áreas infectadas, mejorar la vivienda y educar a la población acerca de la enfermedad. Dos medidas ayudan, también, a prevenir la transmisión por transfusiones de sangre: educar a la población y mejorar la seguridad hematológica; programa que es una de las prioridades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>17</sup>

Hasta el presente, cerca de 230 000 casas de las 700 000 que hay en la zona endémica de Bolivia han recibido la primera ronda de fumigación con ayuda de los soldados, los líderes de la comunidad, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales locales e internacionales. A este ritmo, estima el Dr. Julio Alfred, Director General de Salud del Ministerio de Salud y Previsión Social, Bolivia podrá solicitar que se certifique la interrupción de la transmisión por el vector, en al menos tres departamentos: Chuquisaca, Potosí y Tarija.<sup>14</sup>

Consideramos que en Bolivia, para que el programa de erradicación del *Tripanosoma cruzi* tenga éxito, se debe aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus riesgos, las vías de transmisión y las medidas de prevención. Las personas en las zonas endémicas, necesitan saber cuáles son las consecuencias de la enfermedad y asimilar que ellas son el factor esencial para su control definitivo.

Estudios recientes en otros países de América, demuestran que se ha tenido que trabajar casi 10 años, para lograr cambios en el comportamiento. En algunas regiones las personas no asocian la presencia de la "vinchuca" con la enfermedad, en otras creen que tener algunas "vinchucas" alrededor da "buena suerte".<sup>12</sup>

Consideramos que las estrategias de información deben tener en cuenta, las diferencias de sexo, edad, ubicación y modo de vida, también deben ser locales, llegar a los gobiernos municipales, debido a sus estrechos vínculos con las comunidades y aprovechar las redes sociales existentes.

## CONCLUSIONES

1. En su mayoría saben reconocer la enfermedad, el vector transmisor. Sin embargo, muestran dificultad en el conocimiento de vía de transmisión, complicaciones y medidas de prevención.
2. Se detectan aún manifestaciones o creencias mágicas, religiosas y míticas, atribuidas a las vinchucas. Es evidente la escasa información brindada por el personal de salud.

## RECOMENDACIONES

- Elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas en las comunidades con ayuda de promotores, líderes comunitarios y apoyándonos en los medios de difusión masiva.
- Capacitar al médico comunitario en la confección de programas educativos con el apoyo de técnicas participativas, para lograr un mayor impacto en el trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfred JR, Noireau F, Guillén G. La enfermedad de Chagas en Bolivia. La Paz : Ediciones Gráficas; 2002.
2. Alfred J, Guillén G, Gemio A, Gil E, Pinto J. Programa para el control y la eliminación de la enfermedad de Chagas en Bolivia 2002. Santa Cruz de la Sierra: Ministerio de Salud y Previsión Social; 2002.p.139 - 44.
3. Moncayo A. Chagas disease: epidemiology and prospects for interruption of transmission in the Americas. Rapp Trimest Statist Sanit Mond. 2003; 45: 276 - 279.
4. Organización Mundial de la Salud. Chagas disease. Elimination of transmission. Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2002; 69 (6): 38 - 40.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Anuario Epidemiológico. La Paz : Organización Panamericana de la Salud; 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe. Consulta Técnica Regional OPS/MSF sobre Organización y Estructura de la Atención Médica del Enfermo o Infectado por T. cruzi. Enfermedad de Chagas. Montevideo : OPS; 2005.



7. Mora M, Barrio A, Nasser J. Aporte de las técnicas de biología molecular al diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Buenos Aires : Academia Nacional de Medicina; 1998.p.76.
8. Ministerio de Salud y Previsión Social. Programa para el control y la eliminación de la enfermedad de Chagas en Bolivia. 1998-2002.
9. Zuna H. Magnitud e importancia de la enfermedad de Chagas en Bolivia. Boletín Informativo CENETROP. 2006; 15 : 25-38.
10. Ministerio de Salud y Previsión Social. Programa Nacional de Control de Chagas. 2003.
11. OPS/OMS. Consulta sobre la Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo en América Latina; 2004.
12. Recacochea M, De Muynck A, Zuna H, Rivero A, Bermúdez H, Melgar B, et al. Estudio epidemiológico, clínico y terapéutico del Chagas Agudo en La Paz, Bolivia. Boletín Informativo CENETROP. 2003; 5 : 2-16.
13. Romero A, De Muynck A, Zuna H, Garron A, Gianella A, Prado J, et al. Infección y morbilidad Chagásica en Gutiérrez e Ipita, Bol. Inf CENETROP. 2002; 3(3-4) : 45-56.
14. Zuna H, Recacochea M, Bermudez H, De Muynck A, Cardozo L. Infección Chagásica en trabajadores agrícolas temporales y sus familias; Proyecto Abapo Izozog. Boletín Informativo de CENETROP. 1979; 5 : 16-21.
15. Stoppani A. Quimioterapia de la enfermedad de Chagas. Medicina. 2003; 59(2) : 147-165.
16. Torrico F, Castro M. La Enfermedad de Chagas. Control y manejo. 3ªed. Bolivia : CUMETROP; 2002.
17. OPS. Proyecto Regional de control de la Enfermedad de Chagas coordinado entre JICA y OPS. 2006.

**TABLA 1. RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SEXO.**

RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocen	303	79.7	219	72.5	522	76.5
No conocen	77	20.3	83	27.5	160	23.5
<i>TOTAL</i>	<i>380</i>	<i>55.7</i>	<i>302</i>	<i>44.3</i>	<i>682</i>	<i>100</i>

**TABLA 2. RECONOCIMIENTO DE LA "VINCHUCA" Y SEXO.**

RECONOCIMIENTO DE LA "VINCHUCA"	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocen	213	56.1	219	72.5	432	63.3
No conocen	167	43.9	83	27.5	250	36.7
<i>TOTAL</i>	<i>380</i>	<i>55.7</i>	<i>302</i>	<i>44.3</i>	<i>682</i>	<i>100</i>

**TABLA 3. RECONOCIMIENTO DE LA VIA DE TRANSMISION Y SEXO.**

VIA DE TRANSMISION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocen	172	45.3	117	38.7	289	42.4
No conocen	208	54.7	185	61.3	393	57.6
<i>TOTAL</i>	<i>380</i>	<i>55.7</i>	<i>302</i>	<i>44.3</i>	<i>682</i>	<i>100</i>

**TABLA 4. CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES Y SEXO.**

CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocen	91	23.9	62	20.5	153	22.4
No conocen	289	76.1	240	79.5	529	77.6
<i>TOTAL</i>	<i>380</i>	<i>55.7</i>	<i>302</i>	<i>44.3</i>	<i>682</i>	<i>100</i>

**TABLA 5. RECONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEXO.**

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocen	115	30.3	92	30.5	207	30.4
No conocen	265	69.7	210	69.5	475	69.6
<i>TOTAL</i>	<i>380</i>	<i>55.7</i>	<i>302</i>	<i>44.3</i>	<i>682</i>	<i>100</i>