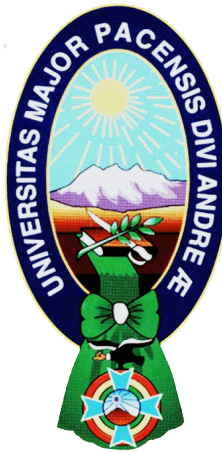


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN SANITARIA EN PADRES Y LA
PRESENCIA O NO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN NIÑAS Y
NIÑOS DE LA GUARDERÍA WAWANAKAN UTAPA EN HUAJCHILLA,
GESTIÓN 2012”**

**POSTULANTE : DRA. ELFI ALENE SALGUEIRO CASSO
TUTOR : DR. JOSE LUIS SAN MIGUEL SIMBRON**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

**La Paz – Bolivia
2014**

Dedicatoria.

*Al ser supremo que es mi fuerza;
A la vida que me prueba;
Al apoyo de mis padres;
A mí amor por estar siempre a mi lado;
A mis maestros por su orientación.*

*“La salud no depende del azar.
Es resultado de la obediencia
de la ley y de la educación.”*

Agradecimientos.

*Mi profundo agradecimiento
a todos aquellos que hicieron
posible que yo sea quien soy.*

LP. Primavera, 2014

“RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN SANITARIA EN PADRES Y LA PRESENCIA O NO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN NIÑAS Y NIÑOS DE LA GUARDERÍA WAWANAKAN UTAPA EN HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012”

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
RESUMEN.....	x
1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO.....	12
1.1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS IMPORTANTES.....	19
3.1.1. PROMOCIÓN.....	19
3.1.2. PREVENCIÓN.....	20
3.1.3. EDUCACIÓN SANITARIA O EDUCACIÓN EN SALUD.....	20
3.1.4. CONOCIMIENTOS.....	22
3.1.5. ACTITUDES.....	22
3.1.6. PRÁCTICAS.....	23
3.1.7. SOCIO-SANITARIO.....	23
3.1.8. SOCIO-EDUCATIVO.....	24
3.1.9. INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	25
3.1.10. CONDICIONES DE VIVIENDA.....	25
3.1.11. PARASITISMO.....	26
3.1.12. ENTRADA DEL PARASITO EN EL HOSPEDERO.....	26
3.1.13. AGENTE.....	27
3.1.14. AMBIENTE.....	27
3.1.15. HOSPEDERO.....	27
3.1.16. INFECCIÓN PARASITARIA.....	27
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	29
6.1. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR LA PARASITOSIS.....	34
7. HIPÓTESIS.....	39
7.1. HIPÓTESIS NULA.....	39
7.2. HIPÓTESIS ALTERNA.....	39
8. OBJETIVOS.....	39

8.1. OBJETIVO GENERAL.....	39
Establecer la relación que existe entre la educación sanitaria de los padres y la presencia o no de las parasitosis intestinales en niñas y niños menores de 5 años en la zona de Huajchilla, gestión 2012.....	39
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	40
9.1. TIPO DE ESTUDIO.....	40
Es una investigación cuantitativa de tipo analítico, con diseño de ensayo antes y después de una intervención.....	40
9.2. POBLACIÓN.....	40
9.3. TAMAÑO DE MUESTRA.....	40
Se trabajó con la totalidad de niños de la guardería Wawanakan Utapa, que corresponde a un censo, constituyendo 44 menores de 5 años entre, niñas y niños y sus respectivos padres.....	40
9.4. SUJETOS DE ESTUDIO.....	41
9.5. LUGAR.....	41
9.6. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.....	41
9.7. DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	41
9.8. CRONOGRAMA (VER APÉNDICE 1) Y PRESUPUESTO (VER APÉNDICE 1-1).....	41
10. INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA.....	41
10.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	41
10.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42
10.3. MATERIAL Y METODOS.....	42
10.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
10.4.1. HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
10.4.2. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	45
10.4.3. AUTORIZACIÓN DEL LABORATORIO SELADIS.....	46
10.5. FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
10.6. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA.....	47
11. DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	49
11.1. EVALUACIÓN BASAL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.....	49
11.2. ANTROPOMETRÍA.....	50
11.3. ANÁLISIS PARASITOLÓGICOS.....	51
11.4. INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	52
11.4.1. CHARLAS GENERALES:.....	53
12. EVALUACIÓN DE RESULTADOS (POST-INTERVENCIÓN).....	54
13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	54
14. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
15. RESULTADOS.....	56
16. DISCUSIÓN.....	71
17. CONCLUSIONES.....	76
18. RECOMENDACIONES.....	77
19. BIBLIOGRAFÍA.....	80
APÉNDICES.....	84

ÍNDICE DE TABLAS

<i>TABLA N° 1 CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN PARASITARIA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>56</i>
<i>TABLA N° 2 ACTITUDES DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN PARASITARIA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>57</i>
<i>TABLA N° 3 PRACTICAS DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN PARASITARIA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>58</i>
<i>TABLA N° 4 ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS PADRES, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>59</i>
<i>TABLA N° 5 ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL PESO DE LOS NIÑOS, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>60</i>
<i>TABLA N° 6 ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA TALLA DE LOS NIÑOS, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>61</i>
<i>TABLA N° 7 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL PESO DE LOS NIÑOS, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>67</i>
<i>TABLA N° 8 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA TALLA DE LOS NIÑOS, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	<i>68</i>

ÍNDICE DE GRAFICOS

<i>GRAFICO N° 1 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA OCUPACION DEL PADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....62</i>	
<i>GRAFICO N° 2 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA OCUPACION DE LA MADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....63</i>	
<i>GRAFICO N° 3 DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RESIDENCIA DE LOS PADRES, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....64</i>	
<i>GRAFICO N° 4 NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....65</i>	
<i>GRAFICO N° 5 NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....66</i>	
<i>GRAFICO N° 6 ESTRATOS SOCIO ECONOMICOS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS DE LA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....69</i>	
<i>GRAFICO N° 7 PARASITOS PREVALENTES EN LOS NIÑOS DE LA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012.....</i>	
<i>.....70</i>	

ÍNDICE DE APÉNDICES

	Pág.
APÉNDICE N° 1	
CRONOGRAMA	85
APÉNDICE N° 1-1	
PRESUPUESTO.....	88
APÉNDICE N° 2	
HOJA DE INFORMACIÓN	91
APÉNDICE N° 2-1	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	92
APÉNDICE N° 3	
AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	
APÉNDICE N° 4	
AUTORIZACIÓN DE LABORATORIO SELADIS	
APÉNDICE N° 5	
CUESTIONARIO PRE- INTERVENCIÓN (FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS).....	94
APÉNDICE N° 6	
CUESTIONARIO POST- INTERVENCIÓN (FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS).....	101
APÉNDICE N° 7	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PADRES.....	105

RESUMEN

La parasitosis intestinal en los seres humanos es bastante común, más frecuente en niños que en adultos y más propia de la pobreza, del subdesarrollo y del desconocimiento.

De entre todas las enfermedades del hombre, la parasitosis es el campo donde se requiere mayor obediencia a las leyes de higiene y limpieza y mayor intervención educativa para prevenirla.

Es por esta razón que, conscientes de la importancia del tema, se aborda en este trabajo, el impacto de la educación sanitaria en poblaciones adultas con objetivo de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas que disminuyan o eliminen el ciclo epidemiológico de la parasitosis. Las intervenciones educativas experimentales han tenido resultados variables. Algunos favorables, pero otros, no favorecieron un cambio real en los padres de familia.

Para esta investigación se plantea como objetivo: establecer la relación que existe entre la educación sanitaria de los padres y la presencia o no de las parasitosis intestinales en niñas y niños menores de 5 años en la zona de huajchilla, gestión 2012

Como diseño de la investigación se empleó, una investigación cuantitativa de tipo analítico, con diseño de ensayo antes y después de una intervención.

Como lugar de desarrollo se tiene a la guardería Wawanakan Utapa, de la zona de Huajchilla, La Paz y comprende a niños y niñas, menores de cinco años y sus padres.

La intervención se realizó con charlas cortas, de tipo magistral, talleres didácticos y prácticas reales de aplicación, con temas como: Generalidades de parásitos más comunes. Mecanismos de contagio. Reconocimiento de momentos críticos que requieren higiene. Importancia del agua y alimentos

seguros. Métodos de filtración y purificación del agua. Técnica de lavado de manos. Demostración de manos contaminadas, a través del gel con macropartículas que brillan bajo la luz negra. Construcción de un grifo casero para lugares sin acceso a agua segura (tippyTap). Manipulación segura de frutas y verduras.

Mediciones Principales: se aplicó cambio/incremento porcentual de los conocimientos, actitudes y prácticas para cortar el ciclo epidemiológico de la parasitosis, evaluados mediante encuestas en un antes y después de la implementación de la intervención educativa.

Resultados y Conclusiones: en el grupo intervenido, se mejoraron significativamente los conocimientos, prácticas y actitudes sobre los tópicos expuestos, en relación con el momento de tiempo basal y en comparación con el momento de tiempo post- intervención.

A pesar de la corta duración de la intervención educativa realizada, los resultados fueron favorables; se comprobaron cambios relevantes, McNemar = 21,16 p valor= 0,000 para conocimientos, McNemar = 5,44 p valor= 0,039 para actitudes y McNemar = 14,72 p valor= 0,000 para prácticas.

Con actividades sostenidas y regulares, los cambios podrían ser mayores. Sería de gran utilidad realizar este tipo de promociones, en poblaciones más grandes e incrementar el esfuerzo en el ámbito educativo, para enfermedades prevalentes como esta, en los programas vigentes de salud.

Palabras clave: Conocimientos. Actitudes. Prácticas. Parasitosis. Higiene. Agua segura. Alimentos seguros. Lavado de manos. Lavado de alimentos. Educación sanitaria.

“RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN SANITARIA EN PADRES Y LA PRESENCIA O NO DE PARASITOSIS INTESTINALES EN NIÑAS Y NIÑOS DE LA GUARDERÍA WAWANAKAN UTAPA EN HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012”

1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO

1.1. INTRODUCCIÓN

Es deber de toda persona, para su propio bien y para el bien de la humanidad, conocer el funcionamiento del cuerpo y los cuidados que se han de tener con él.

La educación de las personas es diversa por los factores varios como la condición socioeconómica, por cultura, por distribución geográfica, por abandono, y negligencia de las autoridades, en fin por la escasa motivación y atención de quienes saben.

Un punto primordial para tener buena salud es conocer, y saber diferenciar que conviene o no al cuerpo, es prevenir evitando lo dañino o malsano.

En la actualidad, podemos decir que la parasitosis viene siendo un problema profundo de la Salud Pública, debido a que las infecciones parasitarias, algo común para el personal de Salud, se producen en todo el mundo y con una alta prevalencia, en algunas regiones que, por sus propias particularidades, directamente contribuyen a su existencia permanente.

Entre las condicionantes más relevantes, se encuentran países sub desarrollados como el nuestro, donde la prevalencia de este tipo de enfermedades infecciosas es alta, dado que inevitablemente se asocian a un desarrollo económico y social deficiente, lo que disminuye la calidad de vida de la población, sin olvidar que las características geográficas, ecológicas, y así mismo, condiciones de saneamiento básico y factores socioeconómicos y

educacionales juegan un papel trascendental para la presencia o no, de la patología.

Para el control de esta patología, es estrictamente vital la representación y el accionar de la Salud Pública ya que en el análisis del porqué es un problema que debe ser enfrentado desde esta área, se encontraron factores importantes como: el número de personas afectadas, bastante significativo a nivel mundial; la distribución geográfica, definitivamente, no es una barrera para los parásitos, muchos de ellos son cosmopolitas; la patología que causan tiene alta morbilidad y ocasionan procesos diarreicos de duración variable, impidiendo el trabajo normal de la persona, además de ocasionar gastos asociados a la terapia(2).

Así mismo, la Salud Pública tiene una importancia mucho más directa, en el sentido de que sin un accionar estratégico, a través de la instauración de medidas dirigidas a cortar el ciclo epidemiológico del parásito, no será posible un cambio radical y real en los hábitos de las poblaciones. Un mecanismo trascendental, es la Educación Sanitaria conjuntamente con medidas gubernamentales que contemplen un proceso para que toda la población goce de aguas saludables y saneamiento básico completo.

Se considera que existen en la población mundial 1 110 millones de personas infectadas por céstodos, 240 millones por tremátodos y 3 200 millones por nemátodos, si a esto se le añade que los protozoos, especialmente la Entamoeba histolytica y la Giardia lamblia, afecta de un 20–50 % de la población mundial, incluidos países desarrollados, se puede comprender a cabalidad la magnitud del problema que significan los parásitos intestinales. (3)

En países de América Latina, se han reportado infecciones por enteroparásitos en diferentes comunidades, sobre todo en aquellas con deficiente saneamiento ambiental, aunque no se logró encontrar datos generales que engloben la realidad latinoamericana.

En Bolivia existen niveles alarmantes de parasitosis intestinal esto a causa de conductas higiénicas inadecuadas, falta de educación sanitaria, práctica de fecalismo al aire libre, uso de agua no potable y carencia de saneamiento básico.

Se tienen datos que en Bolivia existen aproximadamente 17 especies de parásitos, como productores potenciales de infección intestinal humana, de los cuales cinco corresponden a protozoos y otros doce, a helmintos.(4).

Las infecciones por nematodos intestinales adquieren relevancia especial cuando causan o agravan la malnutrición proteicoenergética, la anemia ferropénica y la carencia de vitamina A; la presencia de helmintos y la malnutrición coinciden, generalmente, en las mismas zonas geográficas del país.

El total de niños con desnutrición crónica asciende al 27%, El 8% de ellos, en forma severa; sólo el 1% sufre de desnutrición aguda y el 8%, de desnutrición global. El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica (33%), se concentra en las edades de 12 a 23 meses, con mayor incidencia en el área rural (37%) que en la urbana (19%) y destacan los departamentos de Potosí y Chuquisaca (42% y 37%, respectivamente), en contraste con Santa Cruz (13%). Entre las madres sin ningún nivel educativo, se detectó un 44% de niños, con desnutrición crónica y un (14%) con desnutrición global.(4)

En la comunidad de Huajchilla, no se encontraron muchos datos de referencia, sin embargo, en la información brindada por el Centro de Salud, se encontró un trabajo ejecutado por un médico interno, quien realizó un estudio de tipo transversal para conocer la prevalencia de parasitosis, en niños de la guardería Wuwanakan Uta, en el año 2006. Se indagó que: “de una muestra de 43 niños, solamente se recolectó 35, el número restante, no se llegó a recolectar, por diferentes motivos y más por falta de interés de los padres de familia, y su poca predisposición. Los resultados encontrados en laboratorio, a través del

coproparasitológico simple, demuestran niños multiparasitados, de los cuales los parásitos más patógenos son: *Gardialamblia*, *Entamoeba hystolitica* e *Hymenolepis nana*. Los niños que se identificaron con desnutrición, se encontraban parasitados ya sea con uno u otro parásito, sea cual fuere su patogenicidad, comprobándose la existencia de parasitosis intestinal. Se evidencia la alta incidencia de niños que se encuentran parasitados, siendo apenas un 17%, No parasitado, puede ser este resultado un falso negativo, por la imposibilidad de realizar un coproparasitológico seriado.

El propósito del trabajo para conseguir resultados más exactos era mediante el coproparasitológico seriado, pero por referencias anteriores y la de la dirección de la guardería, se decidió optar por el coproparasitológico simple, motivo por el cual los resultados conseguidos pueden tener margen de error en la inexistencia de parásitos de estos niños.”(5)

Por datos observados, en anteriores estudios comentados, se puede apreciar que la población más afectada es la infantil y especialmente, la de áreas rurales. Es así que Rodolfo Devera y otros, en un estudio de tipo transversal cuyo objeto era determinar la prevalencia de parasitosis intestinal y evaluar las condiciones socio – sanitarias en un grupo de niños, nos comenta:” desde el punto de vista epidemiológico, socioeconómico, y hasta ecológico que: las poblaciones rurales poseen condiciones favorables para que los niños adquieran infecciones intestinales con mayor frecuencia” (6)

La razón para la prevalencia elevada de parasitosis intestinal es multifactorial, por ejemplo: deficiencias en el saneamiento ambiental, total ausencia de educación sanitaria respecto al tema y precarias condiciones de vida de las familias.

Las afecciones parasitarias son un problema serio en la Salud Pública, debido a que suelen causar anemia por deficiencia de hierro, mala absorción de nutrientes y diarrea entre las principales afecciones. Frecuentemente, la

existencia de parasitosis, también está relacionada con la contaminación fecal del agua de consumo y suelo, o de los alimentos, unida a deficientes condiciones sanitarias y socioculturales.”(7)

Por esto, se deduce que los hábitos del hombre son el límite entre la transmisión o no de las enfermedades infecciosas intestinales por parásitos, por lo que el éxito de las medidas de control que se implementen para romper con el ciclo epidemiológico de los parásitos, dependerán, en gran medida del cambio de actitudes que se puedan lograr, a través de una Educación Sanitaria constante.

De acuerdo a lo revisado anteriormente, en el presente trabajo quiere investigar, si mediante intervenciones educativas, a nivel sanitario, en padres de familia, mejora los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sanitarias para evitar el parasitismo en sus hijos e impulsar, además, una cultura preventiva, aplicable en el futuro.

A partir de ello, se puede obtener como utilidad de este trabajo, el coadyuvar a la disminución de la prevalencia de parasitosis, en los niños de la guardería Wuawanakan Utapa. Consecuentemente la utilidad mayor, será tanto para el personal de la guardería, como para el personal del Centro De Salud de la región, y que ellos den continuidad a este proceso.

Posteriormente, si los resultados de la investigación son los esperados, esta actividad se puede hacer extensible, al resto de la comunidad. Como otro beneficio, está el hecho de que este estudio dará parámetros para ver si la Educación Sanitaria, en esta población, sirve o no, como un método eficiente para cortar el ciclo epidemiológico del parásito, analizándose aciertos y falencias en el proceso, y asentándose como un precedente que permita mejoras en poblaciones similares, ya que en Bolivia se tiene referencia de un solo estudio de estas características.

2. JUSTIFICACIÓN

El parasitismo es un problema de Salud Pública bastante serio, en el país y responde a la ausencia de agua potable, saneamiento básico inexistente, economía familiar deficiente y Educación Sanitaria deficiente o nula, en el núcleo familiar, siendo la más afectada la población infantil. Agravando más el problema se estableció, en estos últimos tiempos, que la parasitosis podría ser un factor de riesgo para sufrir desnutrición, debido a que los parásitos, en su mayoría, causan o empeoran la malnutrición proteico energética, la anemia ferropénica y la carencia de vitamina A. Este nivel de afectación desemboca en limitantes físicas para los infantes, un bajo rendimiento escolar, altera también, su estado psicológico y propicia un inadecuado desarrollo, de interacción social.

Estos perjuicios que causa el estado de parasitosis, también termina siendo un problema para la economía del país, tanto en el presente por el costo que implica la atención de un niño que enfermo de parasitosis y sus complicaciones, como a futuro con la pérdida de habitantes 100% productivos.

Este trabajo ejecutado en la población de Huajchilla, La Paz, Bolivia, tiene la intencionalidad de investigar si, mediante intervenciones educativas, a nivel sanitario, en padres de familia, mejora los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas para evitar el parasitismo y lograr un impacto, en la disminución de la carga parasitaria en sus hijos y una cultura preventiva aplicable en el futuro.

Por lo expuesto, este estudio es pertinente, ya que en Bolivia existen, muy pocas publicaciones que reflejen resultados de intervenciones educativas, a nivel sanitario.

Por otra parte, es importante realizar estudios relacionados con intervenciones educativas porque de este modo, se logra ver si son eficaces para lograr cambios a nivel de conocimientos, actitudes y prácticas y cortar el ciclo epidemiológico del parásito. A partir de los resultados, se puede inferir si existen

o no, beneficios y si la respuesta es afirmativa, su aplicación se puede hacer extensible, en primera instancia, al resto de la población cercana y posteriormente, canalizar esta experiencia en estudios de mayor envergadura como base para la creación de políticas públicas sanitarias.

Ahora el beneficio inmediato de este estudio será la colaboración para la desparasitación de los niños estudiados, posterior al examen laboratorio; en consecuencia se dejara instaurado un proceso educativo de esta problemática, dirigida a los padres de familia que permitirá dar secuencia tanto a los maestros de la guardería, como al personal de salud, dando continuidad al trabajo con la instauración de posibles campañas de prevención al respecto.

El factor educacional es totalmente trascendental, si este está bien implementado, en un proceso continuo y con participación constante de la población. Se ha comprobado en estudios previos tanto en el extranjero como en nuestro país que poblaciones que se beneficiaron de un apoyo educacional, por parte de profesionales médicos, redujeron sus niveles de entero parasitosis, a pesar de no contar con agua potable, ni sistemas adecuados de saneamiento básico.

Será interesante estudiar este parámetro en un medio donde la cultura y factores socio antropológicos son distintos, lo que obligará adaptar o crear nuevos métodos de enseñanza para que existan los resultados esperados. Si bien la Educación Sanitaria no es un aspecto que dé solución integral a este problema, es de vital importancia su implementación con compromiso y seriedad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS IMPORTANTES

Es de suma importancia, para un tema cualquiera, definir conceptos, y lograr un entendimiento lógico de lo que se desea desarrollar, así lo aclara ISABEL VALADEZ FIGUEROA y colegas, quienes al analizar el concepto de Educación para la Salud, indican:

“Los conceptos son productos de la creación humana que hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea. Como construcciones lógicas, tienen la función de guiar la observación o bien organizar la percepción para captar la realidad. En términos más sencillos podemos decir que son un recurso mental para aprender una realidad que en sí misma es una totalidad compleja e indivisible. Por ello, cuando el concepto adquiere distintos sentidos y significados, dificulta la comunicación induciendo al error, situación en la que consideramos se ha visto inmerso el concepto de “EDUCACION PARA LA SALUD (EpS)” (8)

Partiendo de esta premisa, se procede a definir significados útiles para que este proceso educativo que se plantea, sea lo más efectivo posible.

PROMOCIÓN

“La 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 (empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no” (8)

1 PREVENCIÓN

La prevención primaria es "el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia"(9)

EDUCACIÓN SANITARIA O EDUCACIÓN EN SALUD

“Según la OMS se define educación sanitaria como el conjunto de medios que permiten a los individuos y a los grupos adoptar comportamientos favorables para su salud” (10)

“La educación en salud no se resume en informar sobre la salud sino que pretende también aportar a los individuos los conocimientos, actitudes y practicas necesarias para poder, si lo desean cambiar sus comportamientos o mejorar los comportamientos que son beneficiosos para su salud y la de su comunidad.”(10)

“La salud no es considerada aquí como un estado de bienestar que aspiramos alcanzar, sino como un recurso de vida diaria, siendo el individuo que debe evaluar, encontrar su equilibrio y determinar lo que es bueno para él. El objetivo de la educación sanitaria es permitir que cada uno pueda tomar una decisión responsable sobre los comportamientos que tienen una repercusión en su salud y en la de su comunidad.”(10)

“Se trata de promover, mediante la implicación del individuo, una actitud participativa en materia de salud” (10)

“La educación para la salud es, según la declaración de Alma – Ata uno de los ocho ejes prioritarios de un programa de atención primaria” (10)

“De hecho la educación para la salud se considera una actividad clave en todo programa de promoción de la salud. La promoción de la salud, tal como define

la carta de Ottawa es el proceso que otorga a las poblaciones los medios necesarios para garantizar un mayor control de su salud y mejorarla.”(10)

“En un programa de promoción de salud es necesario desarrollar cinco ejes:”
(10)

- Definición de políticas públicas saludables
- Creación de entornos favorables
- Refuerzo de acción comunitaria
- Adquisición de aptitudes individuales
- Reorientación de servicios sanitarios

“El objetivo de la educación en salud es dar a la población los medios necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud, aportándole los conocimientos necesarios, y se inserta en el eje de adquisición de aptitudes individuales.”(10)

“Así mismo, pretende que la comunidad tome conciencia de los problemas de salud y fomenta la participación comunitaria, lo que corresponde al eje del refuerzo de la acción comunitaria. El hecho de que la comunidad sea consciente de los problemas, constituye un factor clave para la continuidad de las actividades de promoción en salud”. (10)

Pero, ¿cómo es que se logra que dentro de la promoción en salud, donde está inmersa la educación para la salud, se establezcan conocimientos, actitudes y

prácticas adecuadas para mejorar la salud y vida de las poblaciones? Pues para ello, es necesario también, definir el significado de estos términos en primera instancia.

Tanto los conocimientos, actitudes como prácticas “son productos sociales y deben ser abordados en el contexto de los distintos procesos sociales. Las relaciones que tienen entre sí y las implicaciones que conllevan en el desenvolvimiento de las personas, explican muchos de los comportamientos de una sociedad. De ahí la necesidad e importancia de estudiar tanto los conocimientos como las conductas de la población”. (11)

CONOCIMIENTOS

“El conocimiento es una representación que corresponde de manera adecuada a una parte o a un aspecto de la realidad y es adquirido por aprendizaje o por descubrimiento. Depende básicamente de la sensopercepción (conocimiento de los objetos) y de la capacidad de abstracción (conocimiento acerca de los objetos), a partir de los cuales se van formando huellas mentales que permiten el reconocimiento de las cosas y la consolidación de lo aprendido. Este aprendizaje constituye a su vez un cambio relativamente permanente del comportamiento que ocurre como efecto o como resultado de la práctica; en este sentido, se puede decir que existe aprendizaje cuando también hay un cambio de la actitud y una aplicación de lo aprendido.”(11)

ACTITUDES

“Las actitudes son predisposiciones hacia los objetos, situaciones o conductas; son el grado en que una persona alberga sentimientos positivos o negativos, favorables o no, hacia los mismos; son evaluaciones que predisponen a las personas a reaccionar en una forma determinada, por lo que tienen un objeto, dirección, intensidad y grado, poseen una estructura y se aprenden.

Por lo tanto, las actitudes constituyen posturas determinadas e intrínsecas a los individuos, que se ejercen basándose en concepciones o reglas y son tendencias persistentes en el comportamiento de las personas que obedecen a ciertos principios normativos. No han de confundirse con los valores, los cuales nacen de la cultura, trascienden los objetos y situaciones específicas, funcionando como criterios que indican como obrar, que desear y que actitudes mantener. (11)

PRÁCTICAS

La práctica es el obrar, las acciones en la vida cotidiana, la aplicación de la teoría. Las prácticas también son una fuente del conocimiento (el empírico). El tipo de prácticas que realiza una persona está condicionado por la predisposición o postura que adopta ante determinada situación, así como por el conocimiento que posee al respecto. (11)

SOCIO-SANITARIO

Definimos el espacio socio sanitario como el sistema de atención sanitaria y social que se presta al conjunto de clientes que precisan de esta intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los dos tipos de servicios, para obtener sinergias que mejoren su estado.

Es evidente, la diferencia entre la enfermedad que genera necesidad de servicios sanitarios y la dependencia como generadora de necesidad de servicios sociales. Sin embargo, también es evidente que ambos conceptos están relacionados. La enfermedad es, con mucha frecuencia, la causa de la discapacidad y la dependencia. Al menos en la mayoría de situaciones de dependencia entre personas mayores, la dependencia sobreviene como consecuencia de enfermedades activas, generalmente crónicas y cuyo curso continúa una vez se ha producido la situación de dependencia.

El espacio socio sanitario debe organizarse, por tanto, como un área de convergencia de los servicios sociales y sanitarios; en este entorno, ambos sistemas deben encontrar fórmulas para integrar no tanto los recursos que los representan, como la provisión de un paquete conjunto de servicios al usuario.

Lo verdaderamente “socio sanitario” será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste y desde el centro o la administración que sea, interactúen en la elaboración y realización de un plan de cuidados con unos objetivos comunes, consiguiendo generar sinergias entre las dos intervenciones.

Por este motivo, se prefiere el concepto de espacio socio sanitario: lo sociosanitario no son sólo unos servicios o recursos, es la actuación que debe darse a un conjunto de clientes que precisan de ambos tipos de servicios y atención, suministrada sinérgicamente (12).

SOCIO-EDUCATIVO

Ortega, J. (2004). Define este término:

“En general toda educación es o debe ser social. La educación supone una progresiva y continua configuración de la persona para ser y convivir con los demás, y se desarrolla a lo largo de la vida, no se da sólo en la escuela, este continuum de la educación a lo largo de la vida es donde se inserta la educación social y ésta podría entenderse por un lado, como la dinamización o activación de las condiciones educativas de la cultura, de la vida social y sus individuos y, por otro, la prevención, compensación y reconducción socioeducativa de la dificultad, de la exclusión o del conflicto social.”(13). Es decir es un término que explica la integración dinámica entre la Sociedad y la Educación.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En un proyecto de intervención socioeducativo, el objeto de estudio es un grupo de individuos que engloba a la sociedad, en donde el interventor o pedagogo social realiza su trabajo de investigación, a través de la interacción con los integrantes del grupo, aplicando la primera fase del proyecto que es el diagnóstico donde se analiza la necesidad o problemática para intervenir, la segunda fase es la planificación como su nombre lo indica se planifican actividades, pero estas deben estar relacionadas para cumplir con la meta o resolver la problemática. Tercera fase es la ejecución de la planificación es donde se desarrolla las actividades y la última fase es la evaluación consiste en analizar el grado en el que se cumplieron los objetivos.

CONDICIONES DE VIVIENDA

Para definir este término, se tomará en cuenta la conceptualización de Derechos Humanos en Bolivia:

“Todas las personas tienen derecho a una vivienda adecuada, independientemente de la edad, la situación económica, la afiliación de grupo o de otra índole, la posición social o de cualquier otro de esos factores. En particular, el disfrute de este derecho no debe estar sujeto, según el párrafo 2 del artículo 2 del Pacto, a ninguna forma de discriminación.

“(…) el derecho a la vivienda no se debe interpretar en un sentido estricto o restrictivo que lo equipare, por ejemplo, con el cobijo que resulta del mero hecho de tener un tejado por encima de la cabeza o lo considere exclusivamente como una comodidad. Debe considerarse más bien como el derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad en alguna parte. Y así debe ser por lo menos por dos razones. En primer lugar, el derecho a la vivienda está vinculado por entero a otros derechos humanos (...). Así pues, "la dignidad

inherente a la persona humana", de la que se dice que se derivan los derechos del Pacto, exige que el término "vivienda" se interprete en un sentido que tenga en cuenta otras diversas consideraciones, y principalmente que el derecho a la vivienda se debe garantizar a todos, sean cuales fueren sus ingresos o su acceso a recursos económicos. En segundo lugar, la referencia que figura en el párrafo 1 del artículo 11 no se debe entender en sentido de vivienda a secas, sino de vivienda adecuada. (...) "el concepto de "vivienda adecuada"... significa disponer de un lugar donde poderse aislar si se desea, espacio adecuado, seguridad adecuada, iluminación y ventilación adecuadas, una infraestructura básica adecuada y una situación adecuada en relación con el trabajo y los servicios básicos, todo ello a un costo razonable". (14)

PARASITISMO

“Relación en la que un ser vivo, generalmente el más pequeño llamado parásito, obtiene de otro, llamado hospedero alimento y/o alojamiento, produciéndole daño (enfermedad y/o muerte). El parásito presenta con relación a su hospedero una dependencia fisiológica, la misma que es actualmente conocida sólo de forma parcial, siendo la nutricional la mejor documentada. Entre los parásitos algunos dependen de plantas, otros de animales invertebrados y otros más de animales vertebrados”. (15)

ENTRADA DEL PARASITO EN EL HOSPEDERO

“Los parásitos poseen diversas estrategias para penetrar en el hospedero. Las formas más comunes son el ingreso por ingestión oral (ingestión de agua o comida contaminada) y la penetración a través de la piel (directamente o a través de la picadura de vectores). Otras formas incluyen la inhalación de huevos de parásito, el ingreso transplacentario, transmamario y el contacto sexual. (16)

AGENTE

“El agente infeccioso es un microorganismo (virus, bacteria, hongo, protozooario o helminto) capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa”. (17)

AMBIENTE

“El ambiente es el lugar donde los agentes se encuentran disponibles para tomar contacto con su hospedero”. (17)

HOSPEDERO

“Se entiende por hospedero toda persona, animal o artrópodo que brinda medios de subsistencia o alojamiento a un agente infeccioso en circunstancias naturales”. (17)

INFECCIÓN PARASITARIA

“Se aplica para indicar que un parásito ha logrado establecerse, desarrollarse y multiplicarse en un hospedero”. (18)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disponibilidad de agua potable y las condiciones sanitarias, en muchas regiones del país, presenta características totalmente deficientes y en más de los casos, estas son precarias o mejor se debería decir, que son inexistentes; hay falencias de alcantarillado, sumándose además, una problemática de igual o mayor magnitud, que es la falta de Educación Sanitaria, a nivel del núcleo familiar.

Se refleja una cruda realidad que afecta directamente, a la salud de la población, sobre todo a la de edad infantil que enferma o muere por enfermedad diarreica aguda, siendo causante principal la parasitosis.

Es de carácter urgente, controlar factores de riesgo sanitario, de índole ambiental, realizando un saneamiento del medio, pero no es suficiente dar solución física a este problema, sino también, ejecutar medidas capaces de lograr un cambio radical en los estilos de vida, papel que corresponde a una Educación Sanitaria preferente.

Esta problemática, no sólo trasciende como causa principal de la constante prevalencia de enfermedades parasitarias, sino también se refleja para un país, como pérdida económica, de gran proporción.

Toda la realidad planteada en párrafos anteriores, viene siendo la misma en la población de Huajchilla, que no cuenta con condiciones sanitarias adecuadas y ello predispone a la contaminación fecal del medio, con un número elevado de personas sobre todo, de edad infantil que enferman y mueren con enfermedades infecciosas intestinales y en las cuales un importante porcentaje, está constituido por patología parasitaria, cuya prevalencia sigue siendo elevada, posiblemente parte de este hecho se deba a la inexistencia de servicios básicos.

Estos parámetros hacen suponer que no es suficiente la instalación de alcantarillas y disposición de excretas, sino también, gran parte de la magnitud de este problema, puede radicar en la falta de Educación Sanitaria.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Será que la Educación Sanitaria, sobre temas específicos relacionados con aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias, pueda mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en los padres beneficiarios, en la zona de Huajchilla, en la gestión 2012?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuestra situación, como país tercermundista, muestra la realidad de una constante contaminación fecal del suelo, nivel de instrucción no adecuado, y deficientes condiciones sanitarias; factores que influyen negativamente en la salud de la población.

No hay duda que, los niveles de parasitismo en nuestro país, están dados por la combinación de diversos factores de riesgo, sin embargo, no hay que olvidar de que sigue siendo una enfermedad prevenible, por lo que se deberían ejecutar estrategias de impacto a nivel salud que, si bien no serán suficientes para una solución integral, serán útiles, pues no es lo adecuado tomar como excusa que si existen insuficientes condiciones ambientales, no se podrá dar la oportunidad para una óptima salud.

Entonces, se plantea que la Educación Sanitaria deba ser la primera estrategia de impacto capaz de modificar conocimientos, actitudes y prácticas.

Por otra parte, Jaime Pereira, en un estudio de tipo transversal, descriptivo, efectuado con el objeto de conocer la prevalencia de parasitosis en la población estudiada, en la ciudad de Cochabamba, comenta:

“El índice de infestación parasitaria guarda relación con las condiciones del medio ambiente. Que desempeñan un papel fundamental en la transmisión de parasitosis intestinales, favoreciendo considerablemente su propagación por la vía fecal oral y persona a persona” (19).

Así mismo, en este estudio se plantea una clasificación para el análisis de riesgo de los parásitos, según su agresividad:

Se clasificaron los parásitos en 4 grupos de, acuerdo al comportamiento del parásito en el organismo del niño, lo que podría determinar distintos grados de daño:

a) Alto Riesgo: cuando las posibilidades de daño son mayores:

- Anchilostoma: expoliador de sangre, provoca anemia y disturbios gastrointestinales
- Entamoeba histolítica: provoca diarreas, deshidratación, desnutrición
- Giardia Lambia: provoca diarrea, mala absorción, desnutrición (19)

b) Mediano Riesgo: cuando las posibilidades de daño son menos intensas.

- Áscaris lumbricoides: actúa como factor mecánico y provoca diarrea
- Hymenolepis nana: provoca anorexia, dolor abdominal
- Strongiloides Stercoralis: provoca diarrea, síndrome de mala absorción
- Trichuris trichiura: provoca diarrea y prolapso rectal (19)
- a+b) Suma de riesgos: cuando las posibilidades de A y B se combinan (19)

c) Bajo Riesgo: cuando las posibilidades de daño son aún menos intensas y corresponden a: Entamoeba coli, Endolimax nana, yodoameba butschlii, aparentemente inofensivos, aunque ocasionalmente dan disturbios gastrointestinales, por lo que se los considera de menor riesgo. (19)

Así mismo, Silvia Soriano y otros, en un estudio comparativo con el propósito de investigar la prevalencia y distribución de parásitos intestinales, en niños de dos poblaciones, de diferentes niveles socioeconómicos y condiciones de hábitat, definen:

“Las variables climáticas (temperatura, humedad, vientos) y las características del suelo son determinantes en la viabilidad y maduración de huevos y larvas de geohelminthos patógenos, mientras que los quistes y ooquistes de protozoos

son relativamente más resistentes a las condiciones ambientales adversas”.
(20)

Estos datos también, deberán ser tomados en cuenta, cuando focalizamos el problema ante una población en específico.

En otra faceta de la enfermedad, se habla de la realidad de la temática, la que al parecer, ha formado parte de nosotros desde siempre y a más de uno, no le incomoda el hecho de que persista, sin embargo se debe tomar conciencia que es una patología que no solo afecta la salud, sino también tiene una connotación socioeconómica relevante.

Al respecto, la Dra. Cecilia Gutiérrez Amurrio, en un análisis explica lo siguiente:

“Se sabe que las enfermedades parasitarias han producido a través de los tiempos más muertes y daño económico a la humanidad, que todas las guerras juntas” (21)

“El impacto global de las enfermedades parasitarias en el mundo es muy importante, ya que incide de manera brutal sobre la salud, la esperanza de vida al nacimiento, y la productividad de millones de personas” (21)

En América latina, publicaciones de estudios al respecto, dan un claro panorama de que la parasitosis intestinal se halla en grandes proporciones, especialmente en la edad preescolar y escolar. Encontrándose en sus dos variedades helmintiasis y protozoosis. Con prevalencia impactante de cada una, según las zonas geográficas, sin olvidar que en los países en desarrollo, las características de presentación de la parasitosis, por lo general son de poli parasitismo.

Si consideramos desde el punto de vista anterior, que las parasitosis se presentan en países subdesarrollados, es importante visualizar que:

“El 75% de la población mundial se encuentra establecida en países en desarrollo y que el 50% de la misma está constituida por personas menores de 15 años de edad, rango en el que se presenta la mayor mortalidad por enfermedades infecciosas, incluyendo las de etiologías parasitarias” (21).

En otro aspecto, muchos estudios demostraron que la parasitosis también puede ser causa de desnutrición, aunque existe controversia al respecto por la dificultad de afirmar esta asociación, ya que hay otras múltiples causales de desnutrición, así por la que muchos autores comentan que la parasitosis sólo podría ser una más.

Leonardo Elías Ordoñez en un estudio descriptivo de corte transversal con el fin de determinar la frecuencia de parasitosis, de desnutrición y establecer si se encontraban relaciones entre ellos, expone entre sus revisiones lo siguiente:

“La asociación entre desnutrición y los diferentes parásitos intestinales, así como los mecanismos de dicha asociación han sido difíciles de delinear, son varios los artículos publicados que apoyan o refutan diferentes relaciones. Esto se debe a que el peso, la talla y en general, el estado nutricional de un individuo a lo largo de su vida depende de la compleja interacción de una serie de variables, entre las cuales están su propia información genética, patologías que puedan afectar su desarrollo desde la vida intrauterina, el nivel socioeconómico y las conductas alimentarias de la familia y la sociedad a la que pertenece, así como las patologías que retrasan su crecimiento y desarrollo durante la infancia, la niñez y la pubertad, en las cuales el parasitismo intestinal es sólo una. Sin embargo, a partir de estudios en modelos animales y estudios transversales y de intervención en humanos, se han establecido algunos mecanismos por los cuales los parásitos intestinales inducen o agravan la mal nutrición.”(22)

“Estos incluyen cada uno por separado o en combinación los siguientes:

Disminución en la ingesta de alimentos (hiperoxia o anorexia), mala digestión, mala absorción, pérdidas crónicas de nutrientes por heces (enteropatía), pérdida de proteínas, pérdidas sanguíneas disminución en las reservas de hierro y otros micronutrientes.”(22)

Analizando otros factores que agravan más la brecha entre buena salud y parasitosis esta la ausencia de agua potable y saneamiento básico.

María Teresa Guerrero Hernández en un estudio descriptivo retrospectivo con el objeto de identificar la prevalencia de parasitosis intestinal y las alternativas tecnológicas de disposición de excretas, en municipios de alta marginalidad menciona:

“Las comunidades que carecen de infraestructura de saneamiento básico, enfrentan la contaminación biológica y sus consecuencias, por ende la provisión de sistemas de disposición de excreta es esencial en el control de parasitosis intestinal, ya que los agentes patógenos expulsados con las heces fecales pueden sobrevivir en suelo y estanques el tiempo suficiente para presentar un riesgo potencial para la salud de la población” (23).

Por el análisis de nuestro contexto, se deduce que no existen adecuadas disposiciones de excretas, en múltiples zonas rurales y periurbanas, sin embargo, no es tan fácil cambiar esta realidad debido a muchos factores que se pueden concentrar en el ámbito político – económico, pero que como personal de Salud, tenemos la responsabilidad de dar total apoyo para una Educación Sanitaria adecuada.

6.1. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR LA PARASITOSIS

La Educación Sanitaria en nuestro país, al igual que en muchos países subdesarrollados, está ausente o si ha sido implementada, solo se la ejecutó para algunos temas de salud o no ha sido desarrollada adecuadamente.

Es importante recalcar que, en el tema de parasitismo, la Educación Sanitaria es vital, puesto que se ha comprobado en estudios anteriores que, inclusive no contando con agua potable y saneamiento básico, con la aplicación de una Educación Sanitaria adecuada, se han disminuido los casos de parasitismo. Es valedero decir también, que no es una solución definitiva al problema. Sin embargo, se han encontrado datos, en otros estudios, que indican que aun teniendo agua potable y saneamiento básico en algunas poblaciones, se encuentran altos índices de parasitosis y esto es atribuible a la total ausencia de Educación Sanitaria.

Así lo ideal, es la existencia de disposición de agua potable y saneamiento básico fuertemente asociados a un proceso de Educación Sanitaria.

Por otra parte, ante la cruda realidad de nuestro medio donde se supone que el acceso a agua potable y saneamiento básico tardara mucho tiempo más, en ser establecido, en diversas comunidades, es necesario buscar métodos paliativos que mejoren la situación del parasitismo y una vía, indudablemente útil, debe ser la educación sanitaria.

Al efecto, se revisaron publicaciones que dicen lo siguiente:

Glauco Rogerio Ferreira, Carlos Fernando Salgueiros Andrade comentan que realizaron un estudio donde analizaron aspectos socioeconómicos que se relacionan con la parasitosis y además, una intervención educativa, en una escuela. Ellos verificaron que los escolares tenían una prevalencia de

parasitismo intestinal en 23.5%, posteriormente se estableció una reunión con los padres y alumnos, donde se brindó el tratamiento a los estudiantes parasitados y se impartió conocimientos, en general a todos, de los parásitos que se encontraron en algunos niños, sobre el ciclo biológico de los mismos, y las formas de transmisión y métodos de profilaxis.

Dos años después, en este estudio de tipo transversal, descriptivo, se logró demostrar en una nueva evaluación, en esta escuela, que la prevalencia de entero parasitosis, en los escolares tratados se redujo al 6.6 %, aunque la prevalencia de la escuela, en general, seguía siendo de 23.5%, justificable por los estudiantes nuevos. Sin embargo, se concluyó que las actitudes educativas son válidas, pero precisan ser integradas a un proceso continuo de educación y control de las entero parasitosis.

Estos resultados se obtuvieron, a pesar de que el acceso a agua potable, no era alcanzable al 100% de toda la población estudiada y sus condiciones sanitarias eran precarias, en su mayoría (24)

También, Glauco Rogerio Ferreira dice: “el parasitismo intestinal aun constituye uno de los más serios problemas de salud pública en el Brasil, principalmente por la relación con el grado de desnutrición de las poblaciones, afectando especialmente el desenvolvimiento físico, psicosomático y social de escolares.”(24)

Análisis que es perfectamente aplicable a la realidad boliviana.

Según Santos Cols revisado por Glauco Rogerio Ferreira dice que: “Aunque haya una vasta literatura sobre la importancia de las entero parasitosis para la salud pública, y especialmente, en relación a escolares, poca atención se ha dado a este asunto, en los programas de formación de educadores” (24)

Es interesante como el factor educacional influye con respecto a la presencia o no, de parasitosis.

Un estudio epidemiológico descriptivo, realizado en niños de la ciudad de Mendoza, Argentina, en quienes se estudió la prevalencia de parasitosis intestinal por el departamento de Patología, de la Universidad Nacional de Cuyo y la cátedra de Parasitología Clínica, departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca plantea que: “bajo la premisa de que las infecciones parasitarias intestinales habitualmente están asociadas a poblaciones rurales con carencia de agua potable y redes sanitarias y que los datos de que se disponen hasta el presente para la provincia, no son de carácter epidemiológico, el objetivo del presente trabajo, fue determinar la prevalencia de parásitos intestinales en niños, residentes en la zona urbana, a sólo 10 km de la ciudad capital, con agua potable y cloacas, en Mendoza Argentina.”(25)

En este estudio se contactó a la comunidad educativa, la que fue motivada a participar en talleres explicativos dirigidos a docentes y a padres, en forma separada. Posteriormente, se realizó la toma de muestras de materia fecal, en donde se obtuvo como resultados una prevalencia de 80.5 % de parasitosis intestinal.

Una vez, obtenidos los resultados de exámenes laboratoriales, los autores realizan el siguiente análisis: “En lo referente a las condiciones sanitarias, teniendo en cuenta que la totalidad de la población estudiada dispone en sus domicilios de agua potable de red, sanitarios completos y cloacas, se infiere que la alta prevalencia de parásitos intestinales encontrada se debería a malos hábitos higiénicos, probablemente debido a la falta de conocimientos de la población. Nuestros resultados demuestran que, la educación para la prevención en salud puede ser, al menos, tan importante como las condiciones sanitarias adecuadas” (25)

En comparación al estudio revisado preliminarmente se comprueba que no es suficiente una solución física a este problema de parasitosis, sino también importa el factor educacional que puede tener o no la población y que es nuestro deber como personal de salud preocuparse por plantear este factor como un componente más, a la solución del problema y ejecutar medidas adecuadas.

En la revisión efectuada a un artículo que comenta sobre una intervención educativa para el control de parasitismo intestinal, en adolescentes, realizado por el Dr. Humberto Fernández Ramos y otros, se encuentra que tiene como objetivo Disminuir el parasitismo intestinal a través del incremento y perfeccionamiento de los conocimientos sobre la educación sanitaria (estudio de tipo transversal). Para ello, realiza la aplicación de una encuesta inicial que evalúa conocimientos en relación con el concepto, factores de riesgo prevención y vías de transmisión del parasitismo intestinal. Posteriormente, se aplicaron tres ciclos, de 8 semanas, cada uno para la etapa de intervención educativa. Y finalmente, realizada la fase anterior, se aplicó nuevamente, el cuestionario inicial y se detectó que al inicio, de todos los participantes, apenas un 26.66, manejaba adecuadamente el dominio y correcta aplicación de medidas preventivas, luego del curso de capacitación, todos los participantes demostraron conocer estas.

Con estos resultados los autores concluyen que: “Se constató la existencia de un gran desconocimiento en cuanto al parasitismo intestinal.”

“Se mejoró significativamente el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención educativa.”

Los resultados obtenidos evidencian “la utilidad de los estudios de intervención en aras de incrementar los conocimientos de la población en cuanto al parasitismo intestinal y su prevención” (26)

El artículo “Prevalencia de entero parasitosis en una comunidad alto andina, de la provincia de Víctor Fajardo, Ayacucho, Perú”, es resultado de un estudio observacional, descriptivo – transversal, con el objeto de conocer la prevalencia y distribución de las entero parasitosis y determinar la prevalencia de coproantígenos de taenia solium, en la comunidad andina de Huancapi, Provincia de Víctor Fajardo, Ayacucho, Perú.

El factor interesante de este estudio, es que se encontró un porcentaje de parasitismo alto 77.8% , de toda la población estudiada y los autores definen que: “La prevalencia de entero parasitosis en la comunidad andina de Huancapi es elevada, algo que podría explicarse por el tipo de material predominante de la vivienda, baja cobertura de servicios de agua y desagüe, bajo nivel de instrucción, de la mayoría de los encuestados, deficiencias de higiene personal y falta de educación sanitaria sobre el tema.”(27)

El artículo:

“Las parasitosis son también un problema de educación sanitaria”, comenta que posteriormente, a un estudio de tipo retrospectivo y a una averiguación de factores ecológicos, y condiciones socioeconómicas, y además, haber estudiado resultados de una intervención educativa, en el grupo no funcionó el proceso educativo puesto que, los hijos de las madres de la intervención, conservaron los mismos niveles parasitarios, por lo que se concluyó que el proceso, no generó cambios de conducta en las madres para revertir la problemática.

Los autores proponen:

“Para lograr un cambio paulatino de la enfermedad, se debe realizar la implementación de programas de prevención y control de infecciones parasitarias intestinales, proyectos de cooperación comunitaria y planificación de la educación sanitaria, de los pobladores de barrios marginales, teniendo en

cuenta sus necesidades y pautas culturales, con un abordaje intersectorial y permanente en el tiempo” (28)

7. HIPÓTESIS

7.1. HIPÓTESIS NULA

La intervención educativa, con aspectos preventivos, para evitar infecciones parasitarias, no puede llevarnos a mejorar significativamente, los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres beneficiarios, en la zona de Huajchilla, en comparación a los parámetros encontrados, en el momento basal.

7.2. HIPÓTESIS ALTERNA

La intervención educativa, con aspectos preventivos, para evitar infecciones parasitarias, puede llevarnos a mejorar significativamente, los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres beneficiarios, en la zona de Huajchilla, en comparación a los parámetros encontrados, en el momento basal.

8. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación que existe entre la educación sanitaria de los padres y la presencia o no de las parasitosis intestinales en niñas y niños menores de 5 años en la zona de Huajchilla, gestión 2012

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población de estudio (tutores o padres de los niños), según edad, procedencia, ocupación, nivel de instrucción.
2. Describir a la población de niños estudio según edad, peso y talla.
3. Identificar los niveles socioeconómicos de la población de estudio.
4. Identificar las parasitosis intestinales más frecuentes.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

9.1. TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cuantitativa de tipo analítico, con diseño de ensayo antes y después de una intervención.

9.2. POBLACIÓN

La población accesible fue definida como aquella conformada por los padres de familia y sus hijos menores de 5 años, correspondientes a las comunidades de la zona rural de Rio Abajo, de la ciudad de La Paz, Bolivia. Esta población accesible correspondió a los padres de familia y sus hijos menores de 5 años, pertenecientes a la guardería Wawanakan Utapa, en la población de Huajchilla. La población de estudio quedó conformada por todos los padres de familia y sus hijos menores de 5 años, pertenecientes a la guardería de Wawanakan Utapa, en la población de Huajchilla.

9.3. TAMAÑO DE MUESTRA

Se trabajó con la totalidad de niños de la guardería Wawanakan Utapa, que corresponde a un censo, constituyendo 44 menores de 5 años entre, niñas y niños y sus respectivos padres.

9.4. SUJETOS DE ESTUDIO

Niños y niñas menores de 5 años de la guardería Wawanacan Utapa y sus padres.

9.5. LUGAR

Guardería Wawanakan Utapa, en la comunidad de Huajchilla.

9.6. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Localidad de Huajchilla, al sur de la ciudad de La Paz, Bolivia.

9.7. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El trabajo se realizó de febrero 2010 a abril 2013.

9.8. CRONOGRAMA (VER APÉNDICE 1) Y PRESUPUESTO (VER APÉNDICE 1-1)

10. INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

10.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas menores de 5 años correspondientes a la guardería Wawanakan Utapa.
- Niños y niñas, matriculados en la guardería Wawanakan Utapa.
- Niños y niñas cuya residencia sea en la región de Río Abajo.
- Niños y niñas cuyos padres firmaron la hoja de consentimiento informado.
- Madres y padres que participen de manera constante, antes y después de la implementación de la intervención educativa.

10.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños y niñas con alteración nutricional grave.
- Niños y niñas con infección aguda que alteren el peso corporal con vómitos, diarrea, fiebre, hiporexia.
- Niños y niñas con infección crónica.
- Madres y padres que no participen de manera constante antes y después de la implementación de la intervención educativa.

10.3. MATERIAL Y METODOS

La presente investigación, se realizó con padres e hijos pertenecientes a la guardería, de colaboración social, de nombre Wuawanakan Utapa. Se tomó en

cuenta a niños menores de 5 años, con sus respectivos padres. Y se excluyó a las educadoras de la guardería, porque tiempo antes ellas recibieron capacitaciones con respecto a muchos temas de prevención de enfermedades e higiene, mismas que señalaban que la debilidad más grande para que los niños no gocen siempre de buena salud, era la falta de educación sanitaria en el núcleo familiar.

El estudio se realizó en la zona de Río Abajo, de la ciudad de La Paz, Bolivia, más específicamente, en la localidad de Huajchilla.

Se halla al Sudoeste de la provincia Murillo, a 20 kilómetros de la Sede de Gobierno; la vía de acceso es a través de la carretera principal que va desde Mallasa al Municipio de Mecapaca; de clima templado, con un promedio de 18 a 27 °C, se halla sobre la cuenca del Río La Paz, a 2700 m.s.n.m.

Este estudio, tiene el propósito de mejorar los niveles de conocimientos actitudes y prácticas de los padres sobre temas específicos, relacionados con aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias en hijos, a través de una intervención educativa de corta duración.

Se realizaron varios procesos que permiten analizar a la población en las siguientes facetas:

1. Solicitud de los diferentes permisos para lograr la ejecución de la investigación
2. Estructuración de los instrumentos de recolección de información a utilizar en la investigación
3. Estratificación socioeconómica de la población en estudio, a partir de la recolección de datos en encuesta (procedimiento apoyado en la estratificación propuesta por Equipos Consultores Asociados Morí)

4. Obtención de una línea de base de los sujetos en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas, respecto al tema, a partir de la recolección de datos en encuesta.
5. Toma de muestras fecales y antropometría.
6. Sobre la base de los datos obtenidos, en las dos primeras facetas, forjar la construcción de una intervención educativa estructurada, acorde a su realidad.
7. Evaluación final de resultados a corto plazo, a partir de la recolección de datos en encuesta. de segunda instancia.

Seguidamente se explicarán los métodos de estos procesos:

10.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se elaboró una Hoja de información donde se explica qué es lo que se quiere realizar y cuál es el posible beneficio que pueden conseguir los participantes.

Así mismo, se expone la importancia de conseguir resultados positivos de este estudio, intentando que los participantes internalicen la magnitud de la problemática y el porqué es importante comenzar a tomar acciones conjuntas, entre el personal de salud y la comunidad, ante la parasitosis.

Por otra parte, se elaboró la Hoja de consentimiento informado que consta de dos partes:

La primera que contenía la afirmación del padre de familia, con nombre y apellido, de haber revisado la Hoja de información; de que pudo realizar preguntas acerca del tema, y de estar satisfecho con la información brindada

por la investigadora, acerca del estudio, Además, incluyó la confirmación de los padres de familia de que comprendían, de lo que se trataba y de que su participación era voluntaria, y de que tenían total derecho, de retirarse del estudio cuando así lo deseen. Confirma también, que se le informo que los datos correspondientes a su persona y de su hijo se manejarían bajo un código y sería información confidencial.

Esta primera etapa concluyó con la firma de los padres de familia, fecha, hora y código (si la persona es analfabeta se le explico verbalmente y en presencia de un testigo pone su huella digital si acepta el estudio, así mismo, el testigo debio colocar su firma al lado)

En la segunda parte, se encuentra la afirmación de la investigadora, quien confirma haber explicado sobre la investigación al participante, y haber contestado todas sus preguntas. Confirma también, tener certeza de que el participante comprende todo lo explicado y que accede voluntariamente, a participar en el estudio.

Concluye con fecha, hora (coincidente con los datos del participante), firma y nombre del investigador. (VER APÉNDICE 2)

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Se gestionó de manera escrita los permisos correspondientes. La carta de solicitud contiene la explicación respecto a la importancia del estudio. En una segunda parte, se contempla, la explicación acerca de los beneficios para los infantes, así como para los padres de familia.

Y una tercera parte se solicitó la colaboración de las autoridades correspondientes de la Unidad Educativa para propiciar reuniones con los

padres de familia. Finalmente, se realizó el agradecimiento correspondiente. (VER APÉNDICE 3)

AUTORIZACIÓN DEL LABORATORIO SELADIS

Se gestionó los permisos, por vía escrita. La carta de solicitud contiene la explicación acerca de la investigación que se quiere realizar. En una segunda parte se considera la solicitud de colaboración en cuanto a reducción de costos del procesamiento de las muestras, así mismo como al tiempo que llevara el periodo de toma de muestras, como en el tiempo diario de transporte de las mismas.

Finalmente, una tercera parte, en la que se realiza el agradecimiento correspondiente.

Esta carta va acompañada del perfil de tesis. (VER APÉNDICE 4)

10.5. FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento principal de recolección de datos fue la encuesta desarrollada para el presente trabajo, habiéndose tomado preguntas de otras encuestas. La misma fue examinada por un experto (especialista clínico) en el tema, quien dio su aval para la validez de constructo de la misma. Luego, se realizó una prueba piloto que permitió realizar correcciones sobre falencias que podía presentar el cuestionario (VER APÉNDICE 5 Y 6)

La encuesta aplicada fue estructurada mediante dos cuerpos; donde el primero, ayudó a perfilar los datos útiles para ser aplicados en la estratificación socioeconómica del grupo en estudio. En esta primera parte del cuestionario los datos a recabar fueron de marcación rápida, en las casillas.

El segundo cuerpo de la encuesta, permitió extraerla evaluación basal de conocimientos, actitudes y prácticas sobre temas específicos relacionados con

aspectos preventivos para evitar infecciones parasitaria. El mismo volvió a ser aplicado después de la intervención educativa, ayudando a extraer datos en una segunda evaluación. Esta parte de la encuesta, constituida por quince preguntas, con respuesta de marcación rápida y catorce preguntas con respuesta espontánea y abierta.

Es importante recalcar, que se estructuró el documento de procedimiento para la intervención educativa, a partir de las necesidades analizadas en la encuesta basal adjuntando a esto los tipos parasitarios encontrados en los exámenes laboratoriales.

10.6. **ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA**

En el país, no se cuenta con un sistema de identificación general que detalle la estratificación socioeconómica de cada individuo registrado. Según los datos, del último censo, se tiene un registro general de que la mayoría de los hogares habitantes de la zona, son pertenecientes a un estrato socioeconómico medio bajo y bajo; sin embargo, al no tener una figura clara, se decide tomar parámetros de clasificación. Y desde los cuales, se logra realizar una estratificación de la población en estudio. Se tomó como referencia, la estratificación propuesta por Equipos Consultores Asociados Morí, quienes en una investigación de estratificación nacional, por nivel socioeconómico estudiaron la diversidad económica y social de los hogares, en las principales ciudades de Bolivia, A partir de ello, proponen una clasificación en ocho niveles que originan cuatro estratos socioeconómicos, en función de las siguientes variables:

Ocupación, educación, tendencia de bienes/uso de servicios y vivienda, logrando obtener una explicación multidimensional de los estratos socioeconómicos.

La clasificación indica:

A, B, C1	→	Estrato alto
C2, C3	→	Estrato medio
D1, D2	→	Estrato bajo
E	→	Marginal

Y donde además, concluyen las siguientes características que debía tener cada nivel:

Nivel A: Es el estrato más alto, al que pertenece 1% de la población. En su mayoría son dueños de negocios grandes y altos ejecutivos. Cuentan con nivel de Educación Universitaria concluida Y Postgrado. Poseen activos materiales que brindan comodidad y confort.

Nivel B: Constituye el segundo estrato más alto, con aproximadamente 3% de la población. Mayormente, son profesionales independientes o dueños de negocios medianos. Cuentan con credenciales educativas similares al Nivel A. Tienen 19% menos activos materiales que el estrato más alto.

Nivel C1: Estrato de nivel medio alto, al que pertenece 6% de la población. Principalmente, trabajan como profesionales (sean asalariados o independientes) y dueños de negocios medianos. El nivel educativo alcanzado es Universitario o Técnico Superior. La posesión de bienes materiales es 23%, menor respecto al nivel B.

Nivel C2: Estrato de nivel medio, al que pertenece 7% de la población. Las ocupaciones son más diversas, aunque predominan los profesionales asalariados e independientes y trabajo por cuenta propia. El nivel educativo es similar al nivel C1, aunque se aprecia mayor proporción de personas con nivel Universitario incompleto. Las posesiones materiales son notoriamente menores (23%), de las que tiene el nivel C1.

Nivel C3: Constituye el estrato de nivel medio bajo, al que pertenece 13% de la población. Principalmente, trabajan por cuenta propia, profesionales asalariados o dueños de negocios pequeños. Cuentan con un nivel educativo menor al estrato C2, con formación de nivel Técnico. Las posesiones materiales son 27%, menores al estrato C2.

Nivel D1: Estrato de nivel bajo, al que pertenece 23% de la población. Las ocupaciones corresponden a trabajo de menor calificación, mayoritariamente son trabajadores por cuenta propia. Se aprecia diversidad de niveles educativos, con predominio de nivel Técnico y Secundaria incompleta. Poseen aproximadamente 44% menos que los bienes materiales del nivel C3.

Nivel D2: Estrato de nivel muy bajo, al que pertenece 32% de la población. El perfil ocupacional de trabajadores por cuenta propia y asalariados no profesionales. Predomina un nivel educativo escolar incompleto (Primario y Secundario). Poseen escasos bienes materiales.

Nivel E: Corresponde al estrato más bajo, denominado marginal, al que pertenece 14% de la población. Predomina la ocupación como asalariado no profesional y nivel de educación de Primaria incompleta.

Utilizando estos parámetros, se realizó la estratificación en los hogares estudiados en este trabajo, tomando en cuenta los datos de la base construida, a partir de la encuesta, teniendo como resultado que la población en estudio es perteneciente a dos estratos socioeconómicos en particular, que en lo posteriormente serán comentados.

11. DESARROLLO DEL ESTUDIO

11.1. EVALUACIÓN BASAL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Una vez que, se dispuso de las autorizaciones correspondientes, se procedió a realizar la evaluación basal de los conocimientos, actitudes y prácticas durante

los meses marzo, abril y mayo del 2011, en diferentes momentos, a cada padre, sólo en días regulares de actividades académicas. Así, en un primer momento se procedió a explicar a los padres de familia que esta encuesta tendría un carácter anónimo. Se solicitó que respondieran sinceramente conforme lo que consideraran, era la respuesta correcta. Se insistió en que no intentaran adivinar y procuraran no dejar ninguna de las preguntas, sin responder. Cada cuestionario fue leído por mi persona y explicado en caso de duda, siendo mi persona solamente alguien que registraba las respuestas tal como las daban. Finalmente, durante las sucesivas visitas a la guardería para completar todos los cuestionarios, se cotejaron las listas de cada curso y se registró así a los padres, de cada alumno, que decidió participar en el estudio.

11.2. ANTROPOMETRÍA

Las medidas antropométricas se obtuvieron, según procedimientos estandarizados.

El peso se obtuvo en las dos primeras horas de la mañana, antes de su desayuno, apenas fueron dejados por sus padres en la institución educativa, habiendo instruido a las niñeras de la guardería, de que los niños deberían entrar al baño previamente y luego quitarles zapatos y dejarlos en ropa interior.

En el caso de niños menores de 2 años, al no contar con una balanza adecuada para la edad, se realizó la medición junto a su niñera encargada en una balanza de piso, para posterior descuento, según el peso basal de la niñera.

El momento de tomar la cuantificación los niños fueron acomodados en posición erecta y con las manos a los lados y con la distribución del peso en ambos pies. Se utilizó una balanza de piso marca Weighing, machine modelzt 120, con una precisión de 120 Kg.

La talla se tomó inmediatamente después del peso, utilizando un tallímetro pegado a la pared y como pieza cefálica se utilizó una regla metálica para marcar correctamente la medida.

De la misma manera, se tomaron las precauciones para que los niños se encontraran descalzos, en ropa interior, sin accesorios de cabello, totalmente erectos y con las manos en los lados y el peso distribuido en ambos pies, Se tomó en cuenta que hubieran cuatro puntos de contacto, sobre la pieza vertical del tallímetro, siendo estas: occipucio, espalda, glúteos y talones.

En niños pequeños menores de dos años, al no contar con un infantómetro, se colocó en el piso, el mismo de pared, usado en niños mayores de dos años y cuidando los mismos puntos de apoyo mencionados, anteriormente, se procedió a la medición, colocando dos tablas como apoyo cefálica y podálica, sirviendo éstas de referencia de margen para una mejor exactitud.

La edad se computó y verificó a partir del registro, realizado desde el nacimiento, en el carnet del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Con esta información se calcularon los siguientes índices antropométricos y se realizó la clasificación nutricional, a través de la curva de crecimiento manejada por el SUMI, determinando peso para la edad.

Cabe recalcar que el dato de la antropometría se tomó con el objetivo de obtener edad y peso correctos para el adecuado cálculo de dosificación de los antiparasitarios, y con fines descriptivos. Este proceso fue ejecutado durante Junio 2011.

11.3. ANÁLISIS PARASITOLÓGICOS

Se tomaron muestras fecales a todos los niños, sólo una por cada infante, las mismas fueron recolectadas personalmente, en frascos de plástico, con capacidad aproximada de 45 g, marcados con su nombre fecha, hora y número de identificación. Cada muestra fecal fue tomada aproximadamente, en una

cantidad mínima de 30g. El tiempo de recolección de muestras fue largo y dificultoso durante dos meses, debido a que se tuvo que esperar a obtener la mayor cantidad posible durante las mañanas, controlando además, el tiempo prudente para que las mismas fueran analizadas en laboratorio, no más allá de las dos horas siguientes, después de recolectada la muestra.

Cada muestra fue preparada con solución salina normal y a su vez, se preparó paralelamente, láminas teñidas con lugol parasitológico.

Debido a que la prevalencia de protozoarios en la región altiplánica, es alta, de incluso hasta del 50%, tal como lo refiere el Dr. Aguirre (UMSA), se decidió que en aquellas muestras que reflejaran formas susceptibles de criptosporidium se procediera a la respectiva tinción con ZielNielsen, para descartar o afirmar la presencia del mismo.

El proceso de recolección se realizó durante junio y agosto del 2011, no hubo continuidad en el transcurso debido a la vacación invernal de los escolares. Todas las muestras fueron analizadas con servicio de laboratorio privado. Todos los gastos correspondientes al proceso de material, recolección y análisis de muestras, fueron autofinanciados.

11.4. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención se realizó en las instalaciones de la misma institución educativa, exclusivamente sobre la población de padres pertenecientes al grupo de niños de la guardería, (grupo de intervención) y consistió en una corta campaña educativa con dos componentes: Charla general y Talleres prácticos de aplicación de los conocimientos impartidos. Esta intervención fue ejecutada, luego de la evaluación basal, durante mayo y junio del 2012, distribuida en cuatro episodios. Los temas a tratar fueron seleccionados, tomando en cuenta las necesidades reflejadas en la evaluación basal, para la prevención de la parasitosis.

CHARLAS GENERALES:

Estas charlas se realizaron en el comedor infantil, de la unidad educativa Sagrada Familia y se dictaron a todos los padres del estudio, simultáneamente. Se utilizó como método docente, el estilo conferencia magistral, asistida por métodos audiovisuales (Banners con información de imágenes grandes coloridas y de pocas letras, adecuadas al contexto social).

El contenido de los mismos fue preparado, intentando utilizar mensajes cortos, con lenguaje sencillo y claro. En estas conferencias se abordó:

- Generalidades de los parásitos más comunes y el mecanismo de contagio.
 - Reconocimiento de momentos críticos que requerían higiene (participación de los asistentes en lluvia de ideas, con reciclado, ordenado de las mismas, además de nuevas sugerencias de mi persona).
 - Definición e importancia de agua y alimentos seguros.
 - Técnica de filtración del agua (demostración con agua de la zona y práctica vivencial entre los participantes).
 - Métodos de purificación del agua (hervido, cloración, SODIS), con su respectivo análisis de ventajas y desventajas en cada método, y práctica de cada uno en parejas en el momento.
 - Demostración de manos con gérmenes, con el gel de macropartículas que brillan bajo luz negra y técnica de lavado de manos. (Con visualización inicial del proceso y posterior replicación individual).
 - Demostración participativa de la construcción de un grifo casero, para lugares sin acceso a agua segura. (TippyTap).
 - Técnica correcta de lavado y desinfección de frutas y verduras (con visualización inicial del proceso y posterior
- (VER APÉNDICE 7)

12. EVALUACIÓN DE RESULTADOS (POST-INTERVENCIÓN)

La visita para seguimiento y evaluación, se ejecutó un mes después de haber realizado la intervención educativa, durante agosto del 2012 y en un mismo momento temporal, para todos los padres. Esta vez, la mayoría de los

cuestionarios fueron leídos y llenados por los mismos padres, excepto en algunos casos donde algunos pidieron que se les leyera y preguntara como en el primer cuestionario. Esta actividad se llevó a cabo, durante un día regular de actividades académicas, en una reunión convocada por la dirección. Antes de distribuir las encuestas, se cotejaron las listas de los participantes, para determinar si había inasistencias ese día.

Al concluir todo el trabajo de campo se suministró tratamiento antiparasitario a los niños que presentaron. Considerando el peso para la dosificación adecuada y la edad, Se tomaron en cuenta, las restricciones de uso de medicación.

Tratándose de poliparasitosis, en la mayoría de los casos, se administró tratamiento de amplio espectro parasitario (nitazoxamida en jarabe).

Todos los costos de la medicación fueron autofinanciados.

13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida se analizó con ayuda de los programas SPSS Y EXCEL. En primera instancia se describieron las variables cualitativas y cuantitativas, mediante tablas de frecuencias y Estadísticos descriptivos respectivamente. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado de McNemar para comparar si hubieron cambios significativos, entre las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes; antes y después de la realización de la intervención educativa.

14. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
OBJETIVO A ALCANZAR	VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres con niños con infección parasitaria a través de una intervención educativa en la zona de Huajchilla	Nivel de conocimiento de los padres	Porcentaje	Nominal	Bueno Malo
	Nivel de práctica de los padres	Porcentaje	Nominal	Bueno Malo
	Nivel de actitudes de los padres	Porcentaje	Nominal	Bueno Malo

Describir a la población de estudio según edad, peso y talla	Edad del niño	Estadísticos descriptivos	Cuantitativo	Años
	Peso del niño	Estadísticos descriptivos	Cuantitativo	Kg
	Talla del niño	Estadísticos descriptivos	Cuantitativo	cm
Identificar el niveles socioeconómicos de la población de estudio	Nivel socioeconómico	Porcentaje	Ordinal	Estrato alto Estrato medio Estrato bajo Marginal
Caracterizar a los tutores o padres de los niños según edad, ocupación, nivel de instrucción	Edad de los padres	Estadísticos descriptivos	Cuantitativo	Años
	Procedencia de los padres	Porcentaje	Nominal	Carreras Valencia Mecapaca Huajchilla Huancarani Taypichullo Llacasa Lipari Alto
	Ocupación de los padres	Porcentaje	Nominal	Labores de casa Cocinera Profesor Agricultor Estudiante Artesano Empleada domestica Comerciante Constructor Empleado Otros
	Nivel de instrucción de los padres	Porcentaje	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico medio Universitaria
Identificar la parasitosis intestinal más frecuentes	Parasito intestinal	Porcentaje	Nominal	Giardia lamblia Chilomastixmesnilis Blastocystishominis Hymenolepis nana Entoamebacoli Endolimax nana Iodamebabutschili

15. RESULTADOS

TABLA N° 1

**CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN
PARASITARIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA,
ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012**

	CONOCIMIENTO DESPUÉS				Total	
	BUENO		MALO			
CONOCIMIENTOS ANTES	N	%	N	%	N	%
BUENO	2	4,55%	1	2,27%	3	6,82%
MALO	24	54,55%	17	38,64%	41	93,18%
Total	26	59,09%	18	40,91%	44	100,00%

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

McNemar = 21,16 p valor= 0,000

Respecto a los conocimientos, se observa claramente que la intervención educativa realizada con las personas, en el estudio tuvo un impacto positivo. Es evidente que, en la etapa de pre intervención, el conocimiento del tema se reflejaba en un porcentaje de 6,82% y que posterior, a la intervención educativa, se verificó un incremento a 59,8%. Los conocimientos están referidos a la comprensión del concepto “parásito”, conceptos principales de las parasitosis, importancia de higiene en los alimentos antes de ser ingeridos, medicación y otros aspectos preventivos.

El cambio en los conocimientos, luego de la intervención fueron positivos y significativos (McNemar = 21,16 p valor= 0,000)

TABLA N° 2

VARIABLES DE CONTROL EN EL CONOCIMIENTO, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012

VARIABLE	CATEGORÍA	McNemar (P valor)
Idioma que habla el padre y la madre	Solo castellano	0,000

Lee y escribe el padre y la madre	Sí	0,000
Nivel de educación del padre y la madre	Secundaria	0,000
Realiza actualmente un trabajo por el que gana dinero el padre	Sí	0,000
Vive el niño con el padre y la madre	Sí	0,000

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Como indica la anterior tabla, las variables intervinientes, en la modificación de los conocimientos son Idioma que habla el padre y la madre. Lee y escribe el padre y la madre. Nivel de Educación del padre y la madre, Realiza actualmente un trabajo por el que gana dinero el padre y finalmente, si vive el niño con el padre y la madre. Por tanto, podría ser que estas variables estén también influyendo en la modificación del conocimiento de los padres, de la población estudiada.

TABLA N° 3
ACTITUDES DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN PARASITARIA ANTES
Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA,
GESTIÓN 2012

	ACTITUD DESPUÉS	
--	------------------------	--

ACTITUD ANTES	BUENO		MALO		Total	
	N	%	N	%	N	%
BUENO	35	79,55%	1	2,27%	36	81,82%
MALO	8	18,18%	0	0,00%	8	18,18%
Total	43	97,73%	1	2,27%	44	100,00%

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

McNemar = 5,44 pvalor= 0,039

En el cuadro inicial se observa una actitud positiva de un 81,82% de los padres para someterse al taller de enseñanza y aplicar en su cotidiano vivir los conocimientos adquiridos, pero posteriormente a la intervención educativa, esta actitud mejoró todavía más puesto que en el camino se pudo rescatar gente y se llegó al 97,73% de asistentes que aprendió, de manera práctica, formas de prevención y control de la parasitosis, además con disposición a enseñar esta información a sus hijos, siendo este cambio significativo (McNemar = 5,44 p valor= 0,039)

En el cuadro observamos una adecuada predisposición, actitud, si relacionáramos este aspecto con el conocimiento, se reflejaría como un mecanismo de protección para su familia con respecto a los parásitos.

TABLA N° 4
PRÁCTICAS DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INFECCIÓN PARASITARIA ANTES
Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA,
GESTIÓN 2012

	PRÁCTICA DESPUES				Total	
	BUENO		MALO			
PRACTICA ANTES	N	%	N	%	N	%
BUENO	1	2,27%	2	4,55%	3	6,82%
MALO	20	45,45%	21	47,73%	41	93,18%
Total	21	47,73%	23	52,27%	44	100,00%

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

McNemar = 14,72 p valor= 0,000

Este cuadro muestra un gran cambio, de la etapa pre intervención a una etapa post intervención, respecto a la práctica como ser lavado de manos antes de comer, después del uso del baño.

Se observa que la práctica (lavado, lugar de evacuación de necesidades, limpio), inicialmente era practicado en un 6,84%, situación que se modifica posterior a la intervención, incrementándose a 47,73%, cambio estadísticamente significativo (McNemar = 14,72 p valor= 0,000)

Es impresionante como la gente logra captar el concepto de la importancia de lavarse las manos, luego de la intervención, considerando que antes de la intervención sólo se lavaba con agua y luego de la intervención, además del agua se usa el jabón. Es evidente que las personas ahora, tienen en mente lavado de manos como un dueto inseparable, “agua y jabón”, aunque aún no se logre esta práctica con la técnica adecuada.

TABLA N° 5
VARIABLES DE CONTROL EN LAS PRÁCTICAS DESPUÉS DE LA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012

VARIABLE	CATEGORÍA	McNemar
----------	-----------	---------

		(P valor)
Realiza actualmente un trabajo por el que gana dinero el padre	Sí	0,000

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Esta tabla la identificación de una variable interviniente en el cambio detectado en lo referente a las prácticas de los padres de la población de estudio que justamente es que el padre realiza actualmente un trabajo por el que gana dinero.

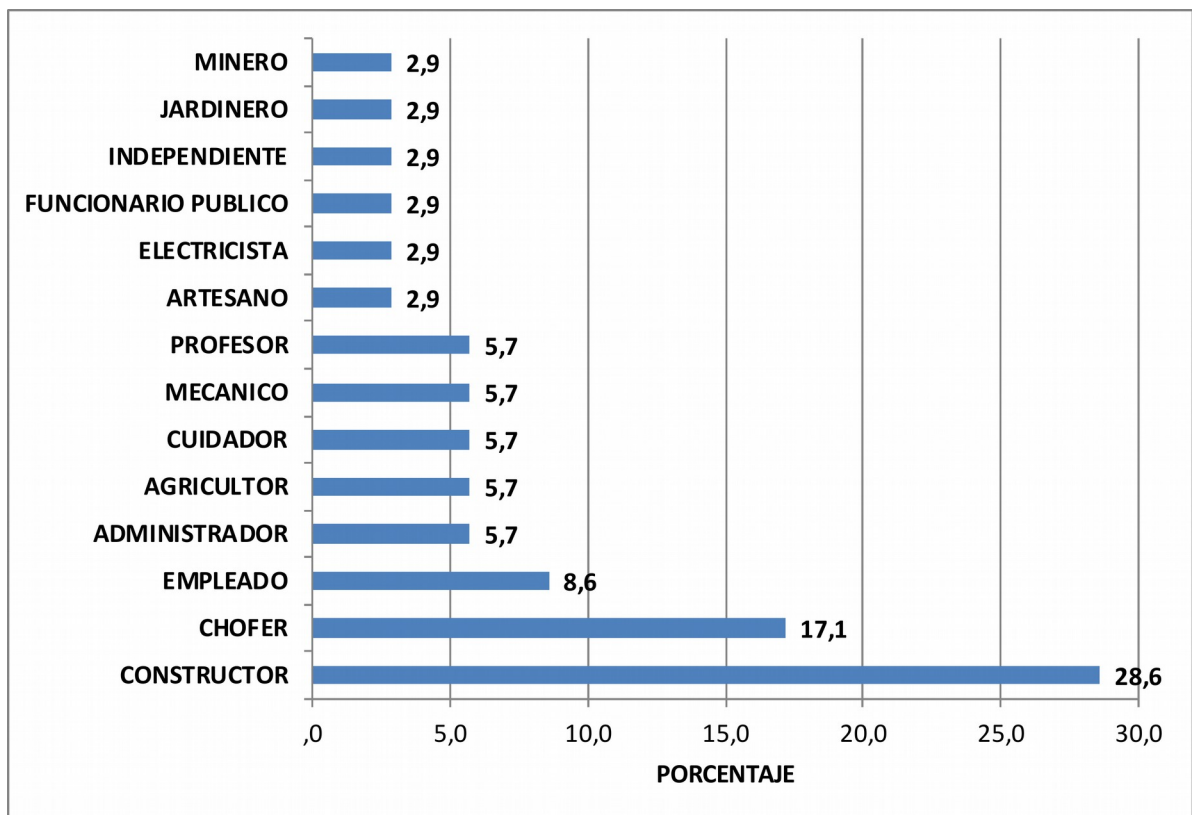
TABLA N° 6
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS PADRES, ZONA DE
HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012

	Edad de la madre (años)	Edad del padre (años)
Media	31,8286	28,25
Error típ. de la media	1,28173	1,03768
Mediana	32	26
Moda	35	25
Desv. típ.	7,58282	6,2261
Varianza	57,499	38,764
Asimetría	1,018	1,231
Curtosis	1,943	2,167
Rango	33	29
Mínimo	21	20
Máximo	54	49
Percentiles		
26	23,25	28,0000
32	26	35,0000
35	32	49,7500

Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Respecto a las madres, la edad más frecuente fue de 35 años. El 50% de los sujetos está por encima del valor de 32 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. El promedio de edad es de 32 años (31,82). Asimismo, se desvían de 32 – en promedio - 8 unidades (7,58). Los datos tienen asimetría derecha, y es leptocúrtica. En el grupo de los padres, la edad más frecuente fue de 25 años. El 50% de los sujetos está por encima del valor de 26 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. En promedio de edad es de 28 años, además se desvían del promedio en 6,2 unidades. Los datos tienen asimetría derecha, y es leptocúrtica.

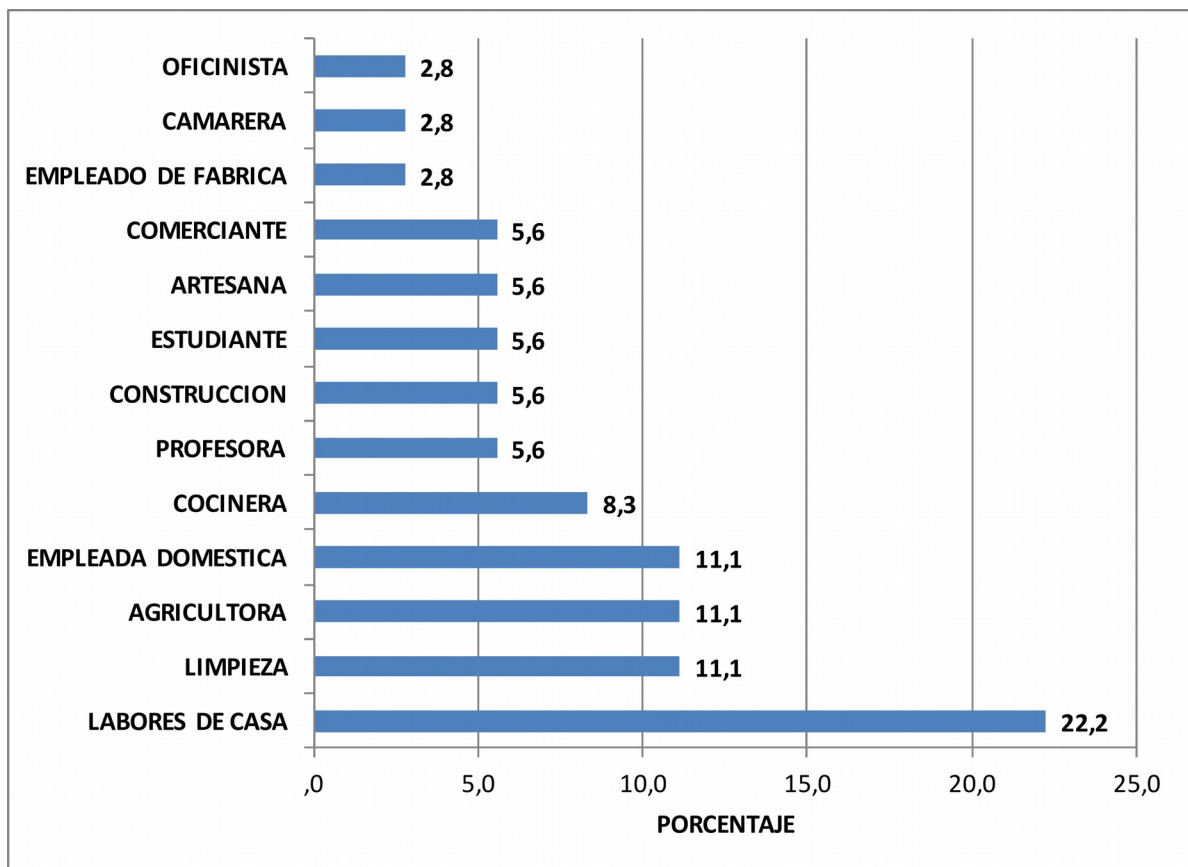
GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DEL PADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Al describir la ocupación de los padres el 28,6% se dedica a la construcción, seguido de choferes y empleados, con 17,1% y 8,6%, respectivamente. Gran parte de estas ocupaciones por su naturaleza, implica de alguna manera, estar fuera del hogar durante muchas horas del día.

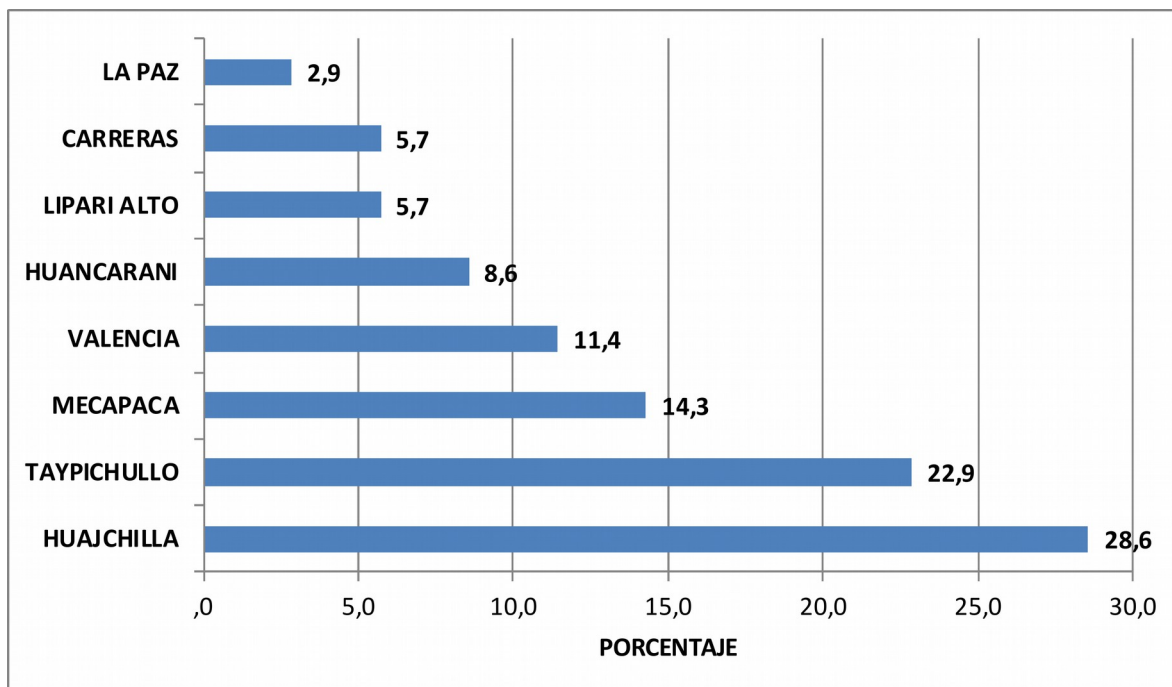
GRÁFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE, ZONA DE
HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

El gráfico muestra que las madres, en su mayoría, se dedican a labores de casa (22,2%), pero considerando las demás actividades, existe un porcentaje similar en las ocupaciones de agricultora, empleada doméstica y limpieza con el 11,1% cada una.

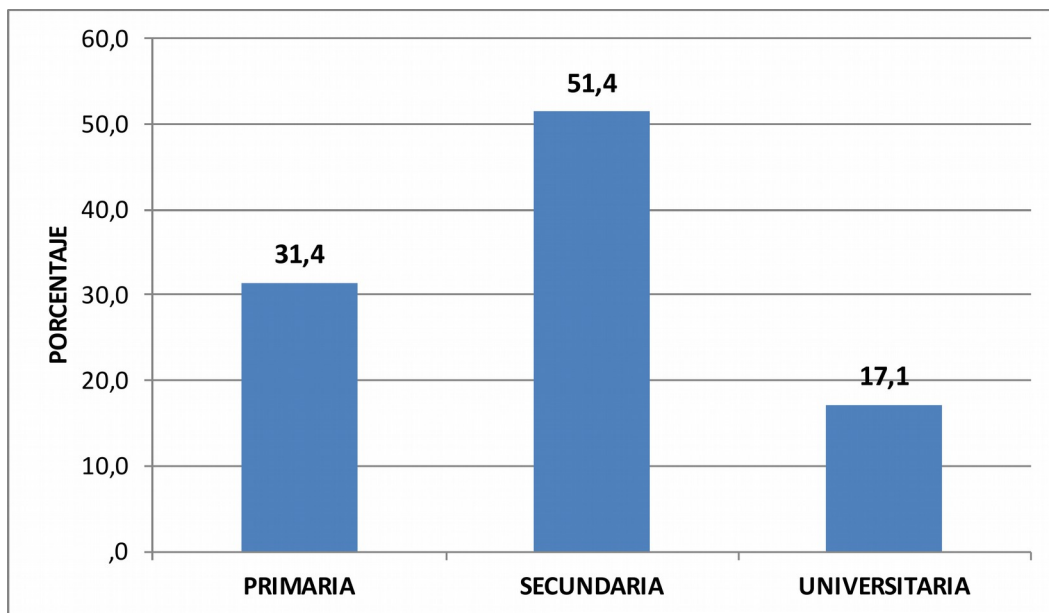
GRÁFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RESIDENCIA DE LOS PADRES, ZONA DE
HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

La gráfica demuestra que la mayor parte de los padres son del lugar, es decir que residen en Huajchilla en un 28,6%; seguido de Taypichullo, con un 22,9%.

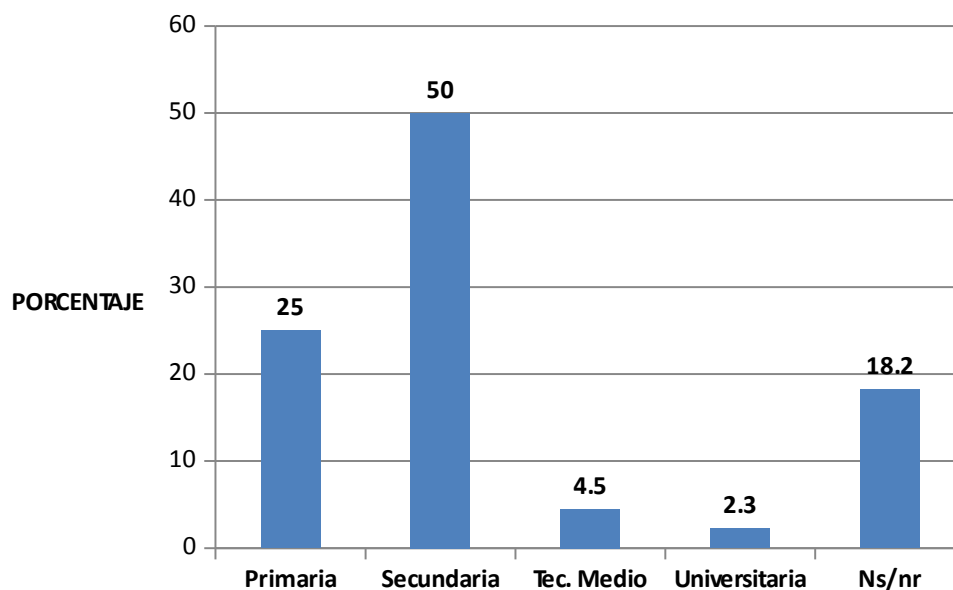
GRÁFICO N° 4
NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Al describir, el nivel de educación del padre, se observa que la mayor parte completo, la Secundaria, representando el 51,4%, seguido de aquellos que sólo alcanzaron el nivel Primario con 31,4%, situación que de alguna manera concuerda con el tipo de ocupación.

GRÁFICO N° 5
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE, ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

El cuadro muestra el nivel de educación de las madres. En él se puede apreciar que el 50% concluyó la Secundaria, seguido de un 25% de madres que sólo concluyeron la Primaria. Es muy bajo el porcentaje de las que tienen un nivel de Educación Superior. A igual que en los padres, se refleja en la ocupación de las mismas. Teóricamente, cuanto mayor educación tienen, la ocupación desempeñada es de mayor calificación, la misma, da capacidades que son valoradas como credenciales para calificarlas en el mercado laboral. Pero además, si a mayor educación, mayores ingresos también, a mayor educación, mejores condiciones de vida y de salud.

TABLA N° 7

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL PESO DE LOS NIÑOS, ZONA DE
HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012**

Media		14,6743
Error típ. de la media		,39853
Mediana		15,0000
Moda		12,50
Desv. típ.		2,35776
Varianza		5,559
Asimetría		-,129
Curtosis		-,668
Rango		9,00
Mínimo		10,10
Máximo		19,10
Percentile	25	13
s	50	15
	75	16

Tabla 7
Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Esta tabla muestra los estadísticos descriptivos del peso de los niños. En promedio es de 14,67 kg, El peso más frecuente fue de 12,5 kg. El 50% de los sujetos está por encima del valor de 15 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. Se dispersan los datos en promedio de 14.67, en 2,35 unidades. Los datos tienen asimetría izquierda y es platicúrtica. El 25% de los niños tienen 13 kg o menos y el 75% 16kg o menos.

**TABLA N° 8
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA TALLA DE LOS NIÑOS, ZONA DE
HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012**

Media		90,0857
Error típ. de la media		1,37527
Mediana		91,0000
Moda		91,00
Desv. típ.		8,13623
Varianza		66,198
Asimetría		-,698
Curtosis		,461
Rango		33,00
Mínimo		69,00
Máximo		102,00
Percentile	25	86
s	50	91
	75	97

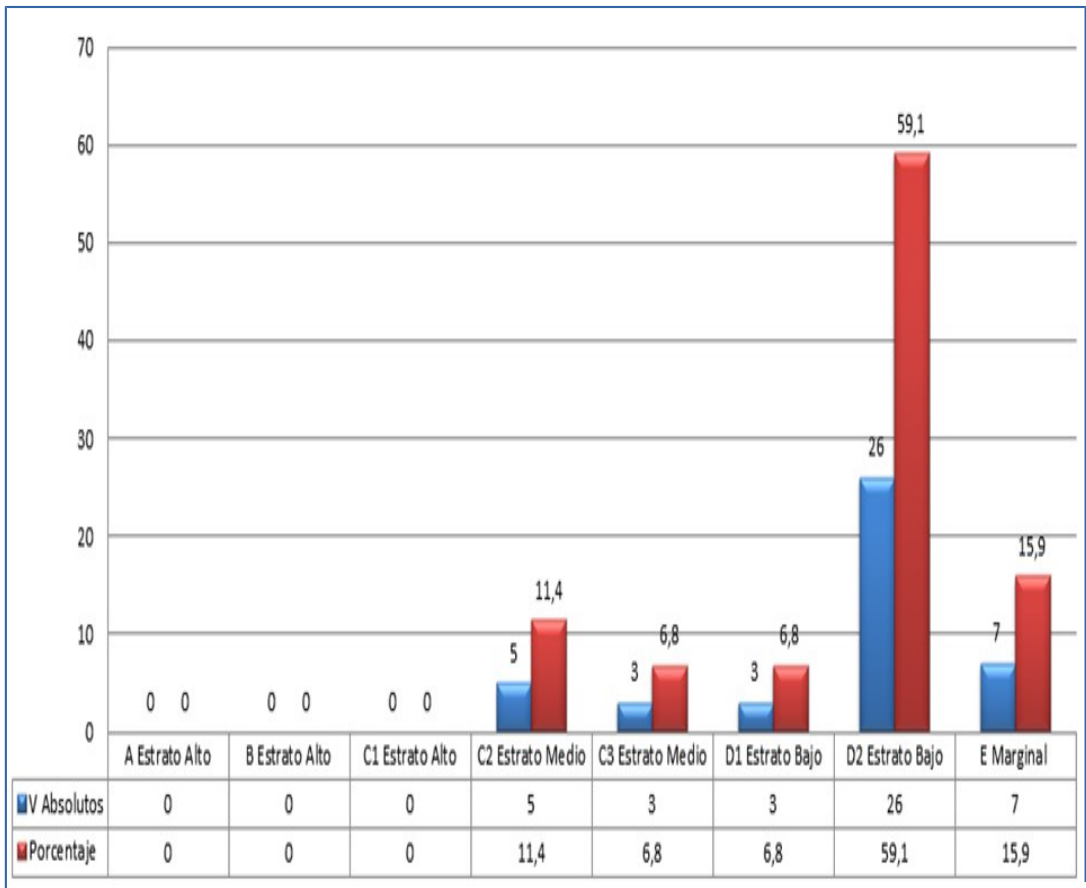
Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

Con referencia a la talla de los niños, la tabla muestra los estadísticos descriptivos de esta variable. En promedio es de 90,08 cm, la talla más frecuente fue de 91 cm. El 50% de los sujetos está por encima del valor de 91 y el restante, 50% se sitúa por debajo de este valor. Se dispersan los datos del promedio en 8,13 unidades. Los datos tienen asimetría izquierda y es ligeramente leptocúrtica. El 25% de los niños tienen 86 cm o menos y el 75% tiene 97cm o menos.

Dentro de los procesos efectuados en la investigación, se realizó el control de peso y talla, sobre todo con el afán de tener los parámetros correctos para la dosificación de la medicación antiparasitaria; sin embargo, también estos datos permitieron dar un pincelazo al nivel de nutrición en nuestro grupo de estudio; se encontró un 77,3% con un estado nutricional normal, aunque también, se encontró 22,7% con desnutrición leve.

GRÁFICO N° 6

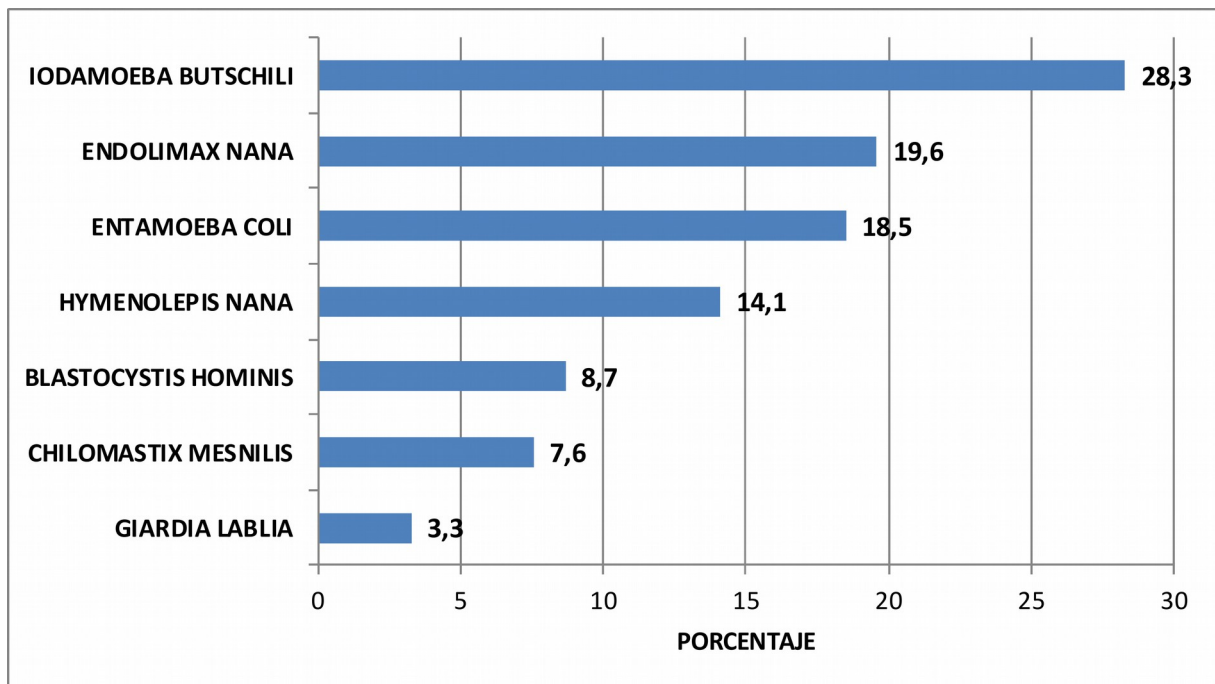
ESTRATOS SOCIO ECONÓMICOS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS DE LA ZONA DE HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

La importancia de esta gráfica radica en que logra englobar absolutamente toda la información de las expuestas anteriormente, puesto que a través de esos datos obtenidos se pudo identificar el estrato socio económico promedio, de la población en estudio. Es claro que un 59,1% de esta población es perteneciente al estrato bajo D2, seguido de un 15,9% perteneciente al estrato marginal, entre otros.

GRÁFICO N° 7
PARÁSITOS FRECUENTES EN LOS NIÑOS DE LA ZONA DE HUAJCHILLA,
GESTIÓN 2012



Fuente: Resultados De Investigación De Campo 2012

El gráfico anterior, muestra el tipo de parásito más frecuente con un 28,3% como es el caso de la Iodamoeba Butschili, seguido de la Endolimax Nana y Entamoeba Coli con 19,6% y 18,5%, respectivamente. Entre los resultados laboratoriales del coproparasitológico simple, se identificó que un 88,6% del grupo infantil, en estudio, está parasitado, y sólo un 11,4% no sale positivo en el examen. En el grupo parasitado se identifica la presencia de 91,1% de parásitos tipo protozoo y sólo un 8,7%, de tipo cestodos; de los cuales un 45,60% son parásitos de alto y mediano riesgo y 50,40% son parásitos de bajo riesgo.

16. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten considerar que la intervención educativa fue eficaz para mejorar los conocimientos, actitudes y

prácticas de los padres, disminuyendo así la frecuencia de versiones erróneas respecto a la vía de contagio y prevención de la parasitosis.

De hecho, es satisfactorio saber que intervenciones educativas como éstas, pueden ser efectivas para la modificación de estilos de vida, que automáticamente se van a ver reflejados en una mejor salud y además, coadyuvar en algún porcentaje, a la transformación de panoramas nocivos, como los niveles de desnutrición y la prevalencia de parasitosis. Es cierto que en este trabajo, sólo se encontró un 22,7% de desnutrición y del tipo leve, y aunque no corresponde al estudio afirmararlo, para la parasitosis presente, puede ser una causa más, entre los distintos factores de riesgo productores.

A pesar que, muchas de las especies parasitarias encontradas en este estudio, pertenecen a protozoos comensales, se deben tomar en cuenta y deben llamar nuestra atención, dos tipos parasitarios patógenos encontrados con mayor frecuencia: Giardia Lambia e Hymenolepis nana. El primero, clasificado como parásito de alto riesgo por provocar diarrea, mala absorción, desnutrición, resaltándose la alteración de la absorción intestinal del caroteno, D-xilosa, vitamina A, vitamina B12, ácido fólico y hierro; el segundo, clasificado como parásito de mediano riesgo por provocar anorexia, dolor abdominal y síndrome de mala absorción.

Los datos clínicos deben funcionar como una alarma del riesgo que corren estos niños del estudio, así como muchos otros que se encuentran parasitados. Pues considerando, sólo desde el punto de la medicina curativa (fármacos), es un proceso de “infección parasitaria-dosificación medicamentosa”, propio que se repetirá cuantas veces exista la contaminación e identificación de la misma. Sin embargo, reflexionando sobre nuestras debilidades acerca de la medicina preventiva se analiza que: al no existir acción alguna al respecto, estos niños se verán expuestos a todas las consecuencias dañinas de los parásitos a través del tiempo. A juzgar por la poca frecuencia de intervenciones educativas para

cambiar esta realidad y permitir las mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en padres para que las apliquen a sus hijos, estos niños tendrán complicaciones crónicas en su salud.

Además, debe considerarse que aunque muchos de los parásitos encontrados son comensales, no se debe olvidar que la detección de los diversos comensales es considerada un índice de contaminación fecal, ya que la mayoría se contrae por fecalismo; consecuencia de la falta de Educación Sanitaria adecuada que permita el manejo correcto de decisiones de higiene, en momentos críticos.

La generalidad de las intervenciones educativas destinadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a temas específicos, relacionados con aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias y para modificar los hábitos, han sido de resultados variables. Además, durante su conducción se han utilizado distintas metodologías y las poblaciones capacitadas han tenido diferentes características, por lo que en algunos casos puede ser difícil compararlas, adecuadamente.

Revisiones bibliográficas, describen y confirman, que existen varios factores que predisponen a las poblaciones, para contraer esta enfermedad. Entre los más frecuentes están: poblaciones, de países del tercer mundo que al no tener acceso a agua potable, servicios básicos, condiciones de vivienda adecuadas y niveles educacionales bajos, se ven mucho más expuestos .

Así pues, encontramos que en un estudio realizado por Rodolfo Devera, Yohan Mago y Fadia al Rumhein, acerca de parasitosis intestinales y Condiciones socio-sanitarias en niños de una comunidad rural, en el estado Bolívar, Venezuela, concluyen que las deficiencias en el saneamiento ambiental básico y las precarias condiciones de vida de estas familias, son los factores determinantes de la elevada prevalencia de parasitosis intestinal encontrada. Considerando las condiciones socio-sanitarias, de las familias de estos niños,

se encontraron datos que señalan un nivel socioeconómico bajo, mayoría de viviendas con piso de cemento y patios de tierra. Además, de animales dentro de las casas. En cuanto a las condiciones de saneamiento y servicios sanitarios básicos, las viviendas no estaban conectadas a la red de cloacas. La eliminación final de las excretas se realizaba principalmente en fosas rudimentarias y en pozos sépticos. Ninguna de las casas poseía agua por tubería.

Así también, se concluye en el estudio llamado Parasitosis intestinal y alternativas de disposición de excreta en municipios de alta marginalidad, realizado por María Teresa Guerrero Hernández y Yolanda Hernández Molinar, en la Habana, donde se concluye que la prevalencia de parasitosis intestinal, es consistente con las condiciones de pobreza y carencia de servicios básicos.

En el estudio presente, la realidad no es distinta, puesto que se identificó que entre los niveles socio económicos destacados de la zona están, los estratos medio bajo, bajo, muy bajo y marginal. Clasificación que responde entre otros aspectos, a las características halladas en cuanto a condiciones socio sanitarias y servicios de saneamiento básico, que definitivamente, no son diferentes a los descritos, en estudios previos.

Es cierto que la solución a estos problemas, radica en gran medida en políticas gubernamentales que se deben instaurar con el afán de determinar alternativas trascendentales a estas dificultades, como por ejemplo: brindar, con urgencia y prioridad acceso a servicios básicos.

Sin embargo, como lo refieren muchos autores mencionados en este documento, la educación sigue siendo un pilar básico para la salud. Pero, en primera instancia, se debe considerar que para el éxito de esta, los programas

de Salud deben instruir a su personal para la práctica constante de una medicina preventiva y educadora, coincidiendo con ellos Santos Cols.

Glauco Rogério Ferreira y Carlos Fernando Salgueirosa Andrade, del Departamento de Parasitología, del Instituto de Biología de la Universidad Estatal de Campinas, en una intervención educativa respecto al tema, en escolares y sus respectivos padres, de la escuela Estiva Gerbi concluyeron que del 100% de padres que participaron, un 75% respondió al cuestionario de conocimientos sobre las parasitosis con la obtención de resultados significativos, notándose que hubo un asimilación de los conocimientos y cambios en los hábitos y conceptos identificados, anteriormente.

Así mismo, el Dr. Humberto Fernández Ramos y Dra. Ivonne Lídice Estrada Astral, en una intervención educativa para el control del parasitismo intestinal, de adolescentes, en Camagüey, Cuba, determinan que de un pequeño porcentaje de personas que inicialmente respondieron la encuesta correctamente, se mejoró a un 90.47% al término de la intervención. Inicialmente, sólo el 26.66% manejaba adecuadamente el dominio y correcta aplicación de las medidas de prevención, luego del curso, al aplicar el cuestionario final, todos demostraron positivamente el conocimiento adquirido.

Dentro de toda esta discusión es innegable que muchos investigadores logran el objetivo de modificar conductas para una mejor salud; entretanto otros observan que a pesar de las intervenciones, no se obtienen resultados favorables.

Es plausible mencionar que dentro de las revisiones previas a esta investigación se encontraron datos de la Universidad Nacional del Litoral, de un trabajo realizado en el barrio Chaco Chico, de Santa Fe, Argentina, donde afirman que la intervención educativa impartida, no modifico la situación en la

zona, por lo que ellas concluyen que para lograr un cambio paulatino de la enfermedad, se debe realizar la implementación de programas de prevención y control de infecciones parasitarias intestinales, proyectos de cooperación comunitaria y planificación de la educación sanitaria de los pobladores de barrios marginales, teniendo en cuenta sus necesidades y pautas culturales, con un abordaje intersectorial y permanente en el tiempo.

Un punto débil del estudio es el tipo de instrumento utilizado para realizar las mediciones. El formulario consistió en una encuesta autoaplicable, estructurada sobre la base de otros cuestionarios, pero con modificaciones personales y validadas por un especialista. Sin embargo, para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas basales fue necesario, utilizar preguntas abiertas, que dieran la oportunidad de responder aquello que verdaderamente sabían, practicaban, y a lo que realmente tenían predisposición. Pero el emplear este tipo de preguntas, dificulta el momento de agrupar las respuestas para permitir una valoración segura.

También, se debe recalcar que en intervenciones de corta duración se tiene dificultades como, lagunas en la absorción de conocimientos o tal vez, rechazo a la aplicación de ciertas técnicas por factores culturales, fenómeno encontrado también en estudios previos.

Cuando en el estudio de Glauco Rogério Ferreira, se enseña las técnicas correctas del lavado de verduras con solución desinfectante disponible, aún queda una cuarta parte de la población que realiza un lavado de calidad mediana, lo que significa que esta población, se rehúsa a utilizar la solución desinfectante, a pesar de aplicar correctamente, el resto del proceso.

El mismo porcentaje se repite, en cuanto al proceso de lavado de manos, donde esta población realiza adecuadamente la acción, a excepción del uso de jaboncillo.

Este fenómeno se repite, de la misma manera, en el presente estudio, donde la gente reconoce la importancia del lavado. Afirma que un accionar primordial para evitar la parasitosis es el lavado de frutas, verduras y de manos, sobre todo, en momentos críticos; sin embargo, no se logró un empoderamiento de la importancia del uso de desinfectantes y del jabón, en el mismo porcentaje que, en la ejecución del proceso.

Los resultados obtenidos en este estudio permiten considerar que fueron muy significativos ya que al mes de la intervención, demuestran que varios de los conocimientos, actitudes y prácticas, inicialmente adquiridos, pueden mantenerse estables en el tiempo.

Finalmente, se podría decir que, posiblemente, si la actividad educativa se realiza de forma regular, sobre la misma población, ampliando el contenido e incrementando su intensidad, los resultados pueden llegar a ser, incluso mayores y ocurriría una menor dilución del efecto a dependencia del tiempo.

17. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio permiten las siguientes conclusiones.

En el grupo de padres que participó en el estudio, en la etapa de pre-intervención, se detectó a la vía de contagio y prevención de las parasitosis. Esta situación podría ser consecuencia de su nivel socioeconómico que entre sus distintas facetas, demuestra un nivel educativo bajo, reflejándose deficiencias formativas, respecto a la educación sanitaria, lo que imposibilita tener conocimientos, actitudes y prácticas, correctamente direccionadas para evitar infecciones parasitarias.

El estudio permitió investigar sobre la efectividad de una intervención educativa para mejorar el conocimiento actitudes y prácticas de los padres y así poder

disminuir, el manejo inadecuado de teorías, con respecto a la vía de contagio y prevención de la parasitosis. Es así que, al aplicar el test de Mc-Nemar se comprobó la efectividad de la intervención educativa, encontrándose cambios significativos, en este proceso de después de la intervención.

También, con los resultados conseguidos, se abre la posibilidad, de que este tipo de intervenciones educativas, de temas específicos, dirigidas a padres de familia, y dependiendo del tiempo, se tornen actividades regulares para reforzar el aprendizaje

Una actividad educativa sobre aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias, dirigida a la población común, debe poseer mensajes concretos y sencillos. Emplear una estrategia de tipo “marketing”, parece ser extremadamente útil, para procurar una modificación/incremento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Este estudio, además, permite concluir y corroborar la existencia de una alta prevalencia de protozoarios.

18. RECOMENDACIONES

Las actividades educativas destinadas a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas, sobre temas específicos, relacionados con aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias, en la población común, deben iniciarse de forma temprana, es decir, cuando los tutores o padres de los infantes inician la travesía de la crianza, y de esta manera, no hacer de la parasitosis, una enfermedad prevalente, con consecuencias en la salud de sus niños, desde temprana edad.

Los centros educativos correspondientes, deben incluir en currícula, contenidos didácticos que traten problemas de salud, comunes, como la parasitosis y sus

formas de contagio y prevención, y así, enseñar una correcta práctica de autocuidado de la salud.

Sería interesante que, en la unidad educativa donde se instauró este proceso de intervención, se la aplique a cursos superiores.

Se deben planificar actividades de reforzamiento periódicas, del proceso educativo, al grupo de padres intervenidos.

Es preciso continuar realizando estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de la salud, a fin de entender mejor, la forma en la que los adultos comprenden los aspectos preventivos para evitar infecciones parasitarias y de este modo, enfrentar un problema de salud-enfermedad.

Se requiere de nuevas investigaciones que evalúen la utilidad de intervenciones educativas destinadas a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sobre temas específicos, de las infecciones parasitarias, para observar la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos, en la vida diaria.

Se puede tomar como una opción, este tipo de metodologías de intervención para abordar distintos aspectos relacionados con la Salud Pública, teniendo en cuenta que para poder intervenir, en cualquier población, primero se debe poseer una noción clara de varias facetas. Entre la más importante, está el aspecto socioeconómico, que es él que permite valorar a los individuos de cualquier estudio, en distintos espacios como el: productivo, educacional, características de vivienda y laboral; ámbitos que automáticamente se relacionan con los niveles de salud. El conocimiento de la realidad vivencial de cada población, es sumamente importante para el enfoque que debe tomar la intervención, ya que a partir de ella, se pueda mejorar la calidad de vida de los seres humanos.

Este estudio puede ser una base para la proyección hacia poblaciones más grandes, donde con actividades sostenidas y regulares, se consiga cambios mayores.

19. BIBLIOGRAFÍA

1. Carballo L. Historia de la Parasitología;Ha señalado que...Disponible en.<http://es.scribd.com/doc/20820711/HISTORIA-DE-LA-PARASITOLOGIA>
2. Aguilar A, Aliaga O, Alandia E, Almanza P, Andrade R, Aramayo A, Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría; 3ª ed. Elite; La Paz – Bolivia 2003
3. Atías A; Parasitología Médica; 3ª ed. Mediterráneo; Santiago – Chile 2002
4. Mollinedo S, Prieto C. El entero parasitismo en Bolivia. Bolivia; Mayo 2006.Ministerio de salud y deportes, Dirección Nacional de Servicios de Salud, Programa Nacional del Escolar y del Adolescente, Unidad de Parasitología INLASA.
5. Sanguenza M. Parasitosis Intestinal, factor predisponente de desnutrición y Desarrollo En Niños De La Guardería “WAWANAKAN UTAPA” Huajchilla. (tesina) La Paz: Universidad Nuestra Señora de La Paz. Julio-septiembre 2006.
6. Devera R,MagoY, Rumhein F. Parasitosis intestinales ycondiciones socio-sanitarias enniños de una comunidad ruraldel Estado Bolívar, Venezuela; RevBiomed 2006; 17:311-313.
7. Zonta M, Navone G, Oyhenat E. Parasitosis intestinal en niños de edad preescolar y escolar: situación actual en poblaciones urbanas, periurbanas y rurales en Brandsen, Buenos Aires, Argentina. Rev. Parasitología Latinoamericana 62:54 – 60, Junio 2007.
8. Figueroa I, Farías M, Alfaro N.Educación para la Salud: la importancia del concepto. Rev. de Educación y Desarrollo, enero-marzo de 2004;1
9. Garcia C, Tobon O. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Saludy Plan de Atención Básica. Universidad de Caldas.Julio de 1997, p. 44.

10. Gueguen J, Guillaume F, Luhmann N, Bouchon M. Educación para la salud - Guía práctica para proyectos de salud, Unidad de Apoyo, Análisis e Incidencia Política (S2AP), Médicos del Mundo, junio 2010.
11. Maldonado J. Efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa sobre uso adecuado de medicamentos en estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Quito. (tesis). Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Instituto Catalán de Farmacología. Septiembre de 2004
12. Carrillo E, Cervera M, Gil V, Rueda Y. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe SESPAS, SG Editores, 1995. Barcelona.
13. Ortega, J. "Pedagogía Social, realidades actuales y perspectivas de futuro". (2004). Ha señalado que.... disponible en: http://www.pedagogiasocial.cl/DOCS/COPESOC/J_%20Ortega.PDF.
14. Derechos Humanos en Bolivia. Marco Conceptual. Artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Marco Normativo Internacional, Marco Normativo Nacional.
15. Velásquez J. Parasitismo. Curso de Parasitología Médica 2007
16. Velásquez J. Parasitismo Relación Hospedero Parasito. Curso de Parasitología Médica 2007
17. Velásquez J. Parasitismo. Epidemiología de las Infecciones Parasitarias. Curso de Parasitología Médica 2007
18. Velásquez J. Parasitismo. Enfermedad Parasitaria. Curso de Parasitología Médica 2007
19. Pereira J, Montecinos E, Velarde R, Feres E. Parasitosis infantil en la ciudad de Cochabamba. Servicio hospital Viedma. Mayo – Junio 1980.
20. Soriano S, Manacorda A, Pierangeli N, Navarro M. Parasitosis intestinales y su relación con factores socioeconómicos y condiciones de habitad en niños de Nauquen Patagonia Argentina. Rev. Parasitología Latinoamericana; 60:154 – 161, 2005.

21. Gutiérrez C. Enfermedades parasitarias y su importancia socioeconómica. Docente de Bioquímica y Farmacia, Unidad Académica Cochabamba. Ha señalado que...
22. Ordoñez L, Angulo E. Desnutrición y su relación con el parasitismo intestinal en niños de una población de la Amazonia Colombiana. Rev. Biomédica Diciembre 2002 vol.22, numero 004
23. Guerrero M, Hernández Y, Rada M. Parasitosis intestinal y alternativas de disposición de excretas en municipios de alta marginalidad. Rev. Cubana de Salud Publica La Habana 2008 vol.34 no2
24. Ferreira G, Salgueirosa C. Algunos aspectos socioeconómicos relacionados a la parasitosis intestinal y avalacion de una intervención educativa en escolares de Estiva Gerbi, SP RevSocBrasMedTrop. Sept./Oct.2005;vol.38 no.5Uberaba
25. Salomón M, Tonelli R, Borremans C, Bertello D. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de la ciudad de Mendoza, Argentina. Rev. Parasitología Latinoamericana Junio 2007. 62:49 – 53.
26. Fernández H; Estrada I, Crespo Y. Intervención educativa para el control del parasitismo intestinal en adolescentes. Reparto. La Vigía Camaguey, Cuba. Julio - noviembre 2006.
27. Cabrera M, Verastegui M, Cabrera R. Prevalencia de entero parasitosis en una comunidad alto andina de la provincia de Víctor Fajardo, Rev. gastroenterología. Perú Abr./jun.2005 ,v.25 n.2 Lima
28. Estudio de investigadoras de la UNL realizado en el barrio Chaco Chico de Santa Fe."Relación entre parasitosis intestinales y grado de educación sanitaria de la población", Rev. Aula Universitaria, Na,A, 6, 2004.
29. Rosler R. Técnicas de Enseñanza ("Enseñar a Enseñar").Escuela de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires-Argentina. Rev. Chile 2007, Neurocirugía 28:85-88

30. Figueras A. Efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa sobre uso adecuado de medicamentos en estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Quito, (tesis) .Universidad Autónoma De Barcelona. Fundación Instituto Catalán De Farmacología. Barcelona, septiembre de 2004.
31. Valdez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Rev. Educación y Desarrollo, 1. Enero-marzo de 2004.
32. Guzmán R. "Parásitos, Manifestación en los intestinos" Ha señalado que... Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com>.
33. Poloni R. Enfermedades Parasitarias. Ha señalado que...
34. Ministerio de Salud. Unidad de Promoción de la salud. "Parásitos Intestinales", San José, Costa Rica, 1998
35. Coto M, Janzen K, Manual de contenido. Las 5 claves para mantener los alimentos seguros. NCAP/OPS, OPS/OMS. Guatemala 2006 I
36. Meierhofer R y Wegelin M. Desinfección Solar Del Agua. Reporte SANDEC No 07/03
37. Aspöck C, Koller W. Ejercicios prácticos para la prevención y el control de las infecciones en servicios de salud dirigida a estudiantes docentes y ciencias de la salud. Rev.Practiceforum: Viena, Austria 1999;27:370-2.
38. Aluffi L, Rembado M. ¿Cuál es la correcta forma de lavar las frutas y verduras?FAO. Santiago de Chile. 2000.
39. Programa de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario en Pequeñas y Medianas Ciudades - PROAPAC. Programa financiado por el Ministerio Federal Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) y ejecutado por la Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Campaña Nacional "Lavado de Manos". Marzo 2008
40. Zabaleta L, Ilanque F, Corrales H, Quispe J, Taco J. Metodología de la Investigación Científica En Salud. 1ª ed. Noviembre 2009

APÉNDICES

APÉNDICE 1-1

PRESUPUESTO

ITEM	VALOR EN BS
COSTO INVESTIGACION INTERNET Y MATERIAL COMPRADO PARA OBTENCION DE DATOS	600 BS
PAPELERIA Y FOTOCOPIAS	200 BS
FRASCOS DE RECOLECCION	50 BS
BAJA LENGUAS	20 BS
GUANTES	30BS
PAGO DE LABORATORIOS	1040 BS
PAGO TRANSPORTE PARA RECOJO DE MUESTRAS	1600 BS
PAGO BANERS	450 BS
PAGO SED DE GEL LUMINOSO	910 BS
PAGO DE FUENTES INDIVIDUALES	210 BS
PAGO DE BALDES	40 BS

TRANSPATENTES	
PAGO DE CEPILLOS INDIVIDUALES	180 BS
PAGO DE TELAS PARA FILTRACION	72 BS
PAGO DE BOTELLAS DE CLORO INDIVIDUALES	270 BS
GOTEROS INDIVIDUALES PARA DOSIFICAR CLORO	30 BS
JABONCILLOS INDIVIDUALES	300BS
COMPRA DE BIDONES CUERDAS Y PALOS PARA ESTRUCTURAR GRIFO CASERO	30 BS
COMPRA ALIMENTOS CLAVES PARA ENSEÑANZA DE LAVADO	65 BS
COMPRA REFRIGERIOS PARA PADRES EN LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS	300BS
COMPRA DE PREMIOS INSENTIVO POR LA ASISTENCIA Y CONOCIMIENTO DESARROLLADO EN INTERVENCION EDUCATIVA PAREA PADRES	350 BS

COMPRA DE MATERIAL ACCESORIO PARA INTERVENCION (BOLSAS,VASOS,PILAS, CD,CAJAS ETC)	60BS
COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA TARATAR PARASITOSIS (JARABES)	1020BS
IMPRESIÓN BORRADOR DE DOCUMENTO TESIS UN EJEMPLAR	50Bs
IMPRESIÓN FINAL DE TESIS 3 EJEMPLARES MAS EMPASTE	400Bs
TOTAL	8277BS

APÉNDICE 2

“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA, EN LOS PADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA PARASITOSIS INTESTINAL DE LOS NIÑOS DE LA GUARDERÍA WAWANAKAN UTAPA EN HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012”

HOJA DE INFORMACION

Señores papas el motivo por el que se decidió realizar este estudio es porque existe mucho parasitismo en la zona, es decir sus wuawas pueden tener gusanos en su barriga. Por eso considerando que no es nada bueno para su

salud, no los deja crecer adecuadamente, y el gusano aprovecha de su comida, es necesario primero ver cuántos gusanos tiene cada wuwuas y de qué tipo son, es aquí que necesitamos analizar una muestra de heces fecales (caca), con esto se le podrá dar tratamiento para que desaparezcan los gusanos de su cuerpo. Pero darles tratamiento no es suficiente pues si ustedes como papas no ayudan a prevenir el esta enfermedad, o no educan bien a sus hijitos, estos van ha tener nuevamente gusanos.

Para evitar esto yo les propongo charlar con ustedes, identificar problemas que existen y hacen posible que haya gusanos en la barriga de sus hijos.

Pero también quiero pedirles que me permitan enseñarles lo que yo se acerca de los gusanos y que les va ayudar con seguridad a mejorar sus vidas y especialmente la de sus hijitos.

Juntos evitaremos que se enfermen con menos frecuencia, por eso necesito de su ayuda.

También deseo informarle papa y mama que toda la información obtenida de ustedes o de sus hijos no será guardada bajo un código, es decir será confidencial, esto significa que nadie se enterara de esto.

APÉNDICE 2-1

“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA, EN LOS PADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA PARASITOSIS INTESTINAL DE LOS NIÑOS DE LA GUARDERÍA WAWANAKAN UTAPA EN HUAJCHILLA, GESTIÓN 2012”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... (Nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con..... (Nombre del investigador).....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

Código del participante.....

En el caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso)

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante).....

Firma del Investigador/a.....

Nombre del Investigador/a.....

APÉNDICE 5

CUESTIONARIO PRE INTERVENCION

TESIS DE MAESTRANTE "DRA. ELFI ALENE SALGUEIRO CASSO"

CÓDIGO : OBSERVACIÓN :

FECHA : FECHA DE NACIMIENTO :

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

NOMBR Y APELLIDOS DEL NIÑO:

A) FAMILIA.-

A.1. Nº DE PERSONAS EN EL HOGAR (COMEN DE LA MISMA OLLA):

A.2. Nº DE PERSONAS EN LA VIVIENDA (BAJO EL MISMO TECHO):

B) INFORMACIÓN DEL PADRE.-

B.1. EDAD (AÑOS): B.2. LUGAR DE RESIDENCIA:

B.3. ¿ADEMÁS DE ESPAÑOL HABLA OTRO IDIOMA? SI NO

SI RESPONDE (SI) ¿CUAL? AYMARA: QUECHUA: OTRO:

B.4. ¿LEE Y ESCRIBE? : SI NO

B.5. ESCOLARIDAD: PRIMARIA : SECUNDARIA :

TEC. MEDIO : UNIVERSITARIA :

B.6. REALIZA ACTUALMENTE UN TRABAJO POR QUE GANA DINERO

B.7. CUAL ES SU OCUPACIÓN :

B.8. VIVE CON EL NIÑO :

B.9. QUE PARTE DEL DÍA VIVE CON EL NIÑO:

NOCHE: DIA: TODA LA JORNADA:

C) INFORMACION DE LA MADRE.-

C.1. EDAD (AÑOS): C.2.LUGAR DE RESIDENCIA:

C.3. ¿ADEMÁS DE ESPAÑOL HABLA OTRO IDIOMA? SI NO

SI RESPONDE (SI) ¿CUAL? AYMARA: QUECHUA: OTRO:

C.4. ¿LEE Y ESCRIBE? : SI NO

C.5. ESCOLARIDAD: PRIMARIA : SECUNDARIA :

TEC. MEDIO : UNIVERSITARIA :

C.6. REALIZA ACTUALMENTE UN TRABAJO POR QUE GANA DINERO

C.7. CUAL ES SU OCUPACIÓN :

C.8. VIVE CON EL NIÑO :

C.9. QUE PARTE DEL DÍA VIVE CON EL NIÑO:

NOCHE: DIA: TODA LA JORNADA:

D) CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

D.1. TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: ALQUILADA: LABORAL:

D.2. Nº DE CUARTOS EN EL HOGAR:

D.3. MATERIAL DEL TECHO: TEJA: CEMENTO: CALAMINA:

D.4 MATERIAL DE PISO TIERRA: CEMENTO: MADERA:

D.5. MATERIAL DE LA PARED: ADOBE: LADRILLO BLOCK: MADERA:

D.6. FUENTE DE AGUA:

CHORRO O FOSO PÚBLICO PILA FUERA DE DOMICILIO

POZO CASA PILA DENTRO DE DOMICILIO

AGUA DE RIO

D.7. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS: INODORO: LETRINA:

POZO CIEGO: NO TIENEN:

D.8. LUZ ELÉCTRICA:

D.9. TIENE ANIMALES QUE COMPARTEN EL CUARTO:

E) INFORMACIÓN DEL NIÑO:

E.1. PESO ACTUAL:

E.2. TALLA ACTUAL:

E.3. USTED CONSIDERA QUE LA SALUD DE SU HIJO ES:

EXCELENTE:

MUY BUENA BUENA:

REGULAR:

MALA:

E.4. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES CUANTAS VECES SE HA ENFERMADO SU HIJO:

E.5. TIEMPO QUE VIVE EN ESTA ZONA: MENOR A 1 AÑO:

DE 1 A 5 AÑOS:

DE 6 A 10 AÑOS:

MAS DE 11 AÑOS:

F) VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PARASITOSIS

F.1. CONOCIMIENTOS

F.1.1 ¿QUÉ SON LOS PARÁSITOS LLAMADOS GUSANOS?

F.1.2. ¿DE DONDE SALEN Y DONDE VIVEN LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

F.1.3. ¿DE QUE VIVEN LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

F.1.4. ¿HAY PARÁSITOS O GUSANOS QUE NO SE PUEDEN VER?:

F.1.5. ¿POR DONDE ENTRAN LOS PARÁSITOS O GUSANOS AL CUERPO?

F.1.6. ¿COMO SE PUEDE COMBATIR LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

F.1.7. ¿DE DONDE PROVIENEN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEE ACERCA DE LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

F.1.8. ¿QUÉ ANIMALES CREE QUE PUEDEN CONTAGIAR GUSANO?

F.1.9. ¿CÓMO PIENSA USTED QUE PUEDE EVITAR CONTAGIO?

F.1.10. ¿ELIMINO ALGUNA VEZ GUSANOS? : SI NO (SI RESPONDE SI RESPONDER LOS DOS SIGUIENTES)

F.1.11. ¿QUÉ MOLESTIAS TUVO?

F.1.12. ¿QUÉ HIZO CON EL GUSANO Y CON SU SALUD?

F.1.13. ¿QUÉ PARTE DEL CUERPO PIENSA QUE VIVEN LOS GUSANOS UNA VEZ QUE INGRESAN AL CUERPO?

F.2. PRACTICAS

F.2.1. ¿CON QUE FRECUENCIA SE LAVA LAS MANOS ANTES DE COMER?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |

F.2.2. ¿CON QUE FRECUENCIA LAVA LAS MANOS A SUS NIÑOS ANTES DE COMER?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |

F.2.3. ¿CON QUE FRECUENCIA SE LAVA LAS MANOS DESPUÉS DE USAR EL INODORO O LA LETRINA (BAÑO)?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NUNCA | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | |

F.2.4. ¿CON QUE FRECUENCIA USA EL JABÓN AL LAVARSE LAS MANOS?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NUNCA | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | |

F.2.5. ¿CUÁNDO COME HORTALIZAS, VERDURAS, FRUTAS DE CUALQUIER CLASE LAS LAVA ANTES? EXPLIQUE COMO:

F.2.6. ¿USTED AL PREPARAR SUS ALIMENTOS LOS LAVA ANTES DE COCINARLOS O SERVIRLOS? SI NO

F.2.7. ¿USTED CONSUME AGUA?

HERVIDA

CRUDA

CON OTROS METODOS DE PURIFICACION: COMO CLORO O SODIS

F.2.8. ¿EL LUGAR DONDE USTED HACE SUS NECESIDADES ESTA LIMPIO? SI NO

F.2.9. ¿HAY MATERIALES DE LIMPIEZA EN LOS ALREDEDORES? SI NO

F.2.10. ¿CÓMO SE LAVA SUS MANOS?

F.2.11. ¿ALGUNA VEZ UNO DE SUS NIÑOS RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA PARASITOSIS (GUSANERA)? SI NO = SI PASAR A LA SIGUIENTE

F.2.12. ¿CON ANÁLISIS LABORATORIAL DE SU NECESIDAD (HECES)?

CON DX DE LABORATORIO

SIN DX DE LABORATORIO

SI NO

F.2.13. ¿ALGUNA VEZ LE EXPLICARON COMO SE PUEDE EVITAR LA GUSANERA?

F.2.14. ¿LE GUSTARÍA APRENDER COMO PROTEGERSE Y COMO PROTEGER A SU

FAMILIA DE LOS GUSANOS? SI NO

F.3. ACTITUDES

F3.1. ¿SI LE OFRECIERAN LA OPORTUNIDAD DE APRENDER MANERAS DE PREVENIR LA PARASITOSIS O GUSANERA EN SUS WAWAS MEDIANTE UN TALLER ESTARÍA

DISPUESTO? SI NO

F3.2. ¿ESTA DISPUESTO (A) A PONER LOS CONOCIMIENTOS QUE PUEDA ADQUIRIR EN ESTE TALLER EDUCATIVO DE MANERA CONSTANTE COMO UN ESTILO DE VIDA?

SI NO

APÉNDICE 6

CUESTIONARIO POST INTERVENCION

TESIS DE MAESTRANTE “DRA. ELFI ALENE SALGUEIRO CASSO”

CODIGO

OBSERVACION:

A. CONOCIMIENTOS

A.1. ¿QUÉ SON LOS PARÁSITOS LLAMADOS GUSANOS?

A.2. ¿DE DONDE SALEN Y DONDE VIVEN LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

A.3. ¿DE QUE VIVEN LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

A.4. ¿HAY PARÁSITOS O GUSANOS QUE NO SE PUEDEN VER?:

A.5. ¿POR DONDE ENTRAN LOS PARÁSITOS O GUSANOS AL CUERPO?

A.6. ¿COMO SE PUEDE COMBATIR LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

A.7. ¿DE DONDE PROVIENEN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEE ACERCA DE LOS PARÁSITOS O GUSANOS?

A.8. ¿QUÉ ANIMALES CREE QUE PUEDEN CONTAGIAR GUSANO?

A.9. ¿CÓMO PIENSA USTED QUE PUEDE EVITAR CONTAGIO?

A.11. ¿EN QUÉ PARTE DEL CUERPO PIENSA QUE VIVEN LOS GUSANOS UNA VEZ QUE INGRESAN AL CUERPO?

B. PRACTICAS

B.2.1. ¿CON QUE FRECUENCIA SE LAVA LAS MANOS ANTES DE COMER?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |

B.2.2. ¿CON QUE FRECUENCIA LAVA LAS MANOS A SUS NIÑOS ANTES DE COMER?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES | <input type="checkbox"/> SIEMPRE |

B.2.3. ¿CON QUE FRECUENCIA SE LAVA LAS MANOS DESPUÉS DE USAR EL INODORO O LA LETRINA (BAÑO)?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NUNCA | <input type="checkbox"/> ALGUNAS VECES |
| <input type="checkbox"/> RARA VEZ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |

SIEMPRE

52

B.2.4. ¿CON QUE FRECUENCIA USA EL JABÓN AL LAVARSE LAS MANOS?

NUNCA

CASI SIEMPRE

RARA VEZ

SIEMPRE

ALGUNAS VECES

B.2.5. ¿CUÁNDO COME HORTALIZAS, VERDURAS, FRUTAS DE CUALQUIER CLASE LAS LAVA ANTES? EXPLIQUE COMO:

B.2.6. ¿USTED AL PREPARAR SUS ALIMENTOS LOS LAVA ANTES DE COCINARLOS O SERVIRLOS? SI NO

B.2.7. ¿USTED CONSUME AGUA?

HERVIDA

CRUDA

B.2.8. ¿USTED SE LAVA LAS MANOS ANTES DE COMER CUALQUIER ALIMENTO?

B.2.9. ¿EL LUGAR DONDE USTED HACE SUS NECESIDADES ESTA LIMPIO?

B.2.10. ¿HAY AGUA CERCA DONDE REALIZA SUS NECESIDADES?

B.2.11. ¿HAY JABON DONDE SE LAVA LAS MANOS?

B.2.12. ¿APLICO EL GRIFO CASERO QUE APRENDIÓ A CONSTRUIR?

F.2.13. ¿CÓMO SE LAVA SUS MANOS?

F.2.13. ¿ALGUNA VEZ LE EXPLICARON COMO SE PUEDE EVITAR LA GUSANERA?

F.2.14. ¿LE GUSTARÍA APRENDER COMO PROTEGERSE Y COMO PROTEGER A SU FAMILIA DE LOS GUSANOS? SI NO

B.13. ¿CÓMO SE LAVA SUS MANOS?

C. ACTITUDES

C.1. ¿USTED CREE QUE ES NECESARIO REALIZAR UN CONTROL MÍNIMAMENTE ANUAL DE PARÁSITOS EN SU NIÑO?

- NUNCA
- RARA VEZ
- ALGUNAS VECES
- CASI SIEMPRE
- SIEMPRE
-

- .2. ¿USTED PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN EL TALLER EDUCATIVO DE MANERA CONSTANTE COMO UN ESTILO DE VIDA?

SI NO

APÉNDICE 7

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INTERVENCION EDUCATIVA

Para tener un orden lógico de las actividades a realizarse se seguirá el siguiente esquema:

Orden de Actividades:

<input type="checkbox"/> Actividad	<input type="checkbox"/> Materiales
<input type="checkbox"/> Recolección de datos con la encuesta pre interventiva <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">• Previsión económica• Cuestionarios fotocopiados• Tablero• bolígrafos
<input type="checkbox"/> Toma de Muestras (coproparasitologico)	<ul style="list-style-type: none">• Previsión económica• Frascos para recolección de muestras• Guantes• Baja lenguas
<input type="checkbox"/> Análisis primario de Datos obtenidos en cuestionarios como de laboratorio, para especificar las necesidades a puntualizar en la intervención educativa en padres	<ul style="list-style-type: none">• Encuestas• Laboratorios• Computadora• <u>Programas estadísticos</u>
<input type="checkbox"/> Estructuración de intervención educativa en documento	<ul style="list-style-type: none">• Información a cerca de metodología de educación para adultos• Información necesaria para

	<p>impartir la información a cerca de conocimientos actitudes y practicas adecuadas para evitar el parasitismo</p> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recolección de todos los materiales necesarios para intervención educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión económica • Bañadores individuales • Jaboncillos individuales • Cepillos individuales • Goteros individuales • Jarras individuales • Botellas de cloro individuales • Tubérculos, verduras y frutas • Gel luminoso • Linternas de luz negra • Bolsas negras • Cuerdas • Palos grandes • Bidones • Baldes transparentes • Lienzos • Calamina • Botellas de refresco transparentes • Videos • Cámara de video • Muestras de parásitos en físico • Maskin • Clavos • Encendedor • desarmador • Saquillos • Bolsas transparentes • Fotocopias • banners con gráficos y fotografías simples donde exista identificación e inclusión de la población a intervenir • Refrigerios • Premios (incentivos)

	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INTERVENCION EDUCATIVA PARA LOS PADRES	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte del material previsto
<input type="checkbox"/> Evaluación de conocimientos adquiridos (mediante aplicación de cuestionario post intervención)	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión económica • Cuestionarios fotocopiados • Tablero • bolígrafos
<input type="checkbox"/> Compra y dotación de medicamentos para niños parasitados	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios • Previsión económica
<input type="checkbox"/> Análisis de datos de cuestionario post intervención y cruce de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Base de datos anterior • Computadora • Programas estadísticos
<input type="checkbox"/> Estructuración de resultados finales y conclusión del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Base de datos • Computadora • Programas estadísticos
<input type="checkbox"/> Socialización de resultados obtenidos en presentación de tesis	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión económica • Tesis impresa • Proyector • Material de exposición

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA PARA EL ADULTO

En Bolivia el parasitismo es una de las causas más frecuentes de la consulta médica pediátrica, por lo que el objetivo fundamental de este estudio es realizar una intervención educativa en padres de familia sobre el parasitismo intestinal y su prevención en niños de 1 a 5 años en la guardería wuawunacan utapa de la región de huajchilla en La Paz Bolivia.

Es importante que para que exista un impacto substancial de la intervención educativa planteada revisar características de las cualidades que debe tener la educación en adultos (padres de familia), es así que se revisa las técnicas de enseñanza que esboza Roberto Rosler en las cuales indica lo siguiente:

- “Listas NO – Conceptos SI”: donde da a entender que el material que se utilice debe tener una información sin distractivos ,debe ser sencilla y con pocas letras
- “¿Por qué usted le “enseña lo que le enseña?”: donde se especifica que se debe explicar la relevancia del tema de la clase.
- Proceso de retroalimentación: donde se debe reafirmar que acciones debe mejorar en su aprendizaje, ósea debilidades y que acciones las hace bien ,ósea sus fortalezas

Fuente: (29)

Por otra parte para una mejor comprensión Rosler menciona un dicho anónimo:

”Cuando vayas a pescar, no pongas en el anzuelo lo que te guste a ti sino lo que le guste al pez” (29)

Es decir que en una intervención educativa en la comunidad debe existir un proceso de adaptación del conocimiento científico que sea capaz de captar las necesidades del auditorio y reflejar una respuesta a las mismas que sea de fácil asimilación.

También se menciona en el artículo que:

- “Una exposición debe constar de tres partes: introducción, desarrollo y conclusiones”(29) donde se comenta como principal:

INTRODUCCION:

- “debe ganar la atención de la audiencia: ¡Intente sorprenderla!”
- Establecer la relevancia del tema
- Plantear los objetivos de la clase
- Definir la estructura de la charla: ¡Deles un mapa de su exposición!

DESARROLLO:

- conceptos principales.

En cada uno de estos conceptos usted debe:

- Desarrollar cada concepto en términos simples
- Dar ejemplos
- Dar excepciones
- Repasar el concepto
- Preparar la transición al próximo concepto

Los cinco pasos descritos no deben tardar más de 7 minutos de manera tal que si usted explicará 5 conceptos principales el desarrollo no debe durar más de 35 minutos.

“Batalla” de la atención:

Que se resume en una frase:

“El docente que dice todo lo que sabe pretende que los estudiantes no aprendan nada”. Anónimo (29) es para recordar que el “umbral” de su audiencia NO supera los 60 minutos. ¡Es imposible mantener la concentración más allá de

este “corralito” atencional! Usted debe resistir la “tentación” de decir todo lo que sabe sobre el tema comprendiendo que es mejor transmitir menor información que perdone que mayor información que se olvide (30)

“recaptura” de la atención de su auditorio:

Si bien la concentración de su auditorio no resiste más de 60 minutos debo informarle que ya a los 15 minutos de iniciada su exposición la atención de sus oyentes decae dramáticamente. Por esto es que usted debe tener “tácticas” preparadas de antemano para “rescatar” la atención de su auditorio cada 15 minutos.

Estas “tácticas” pueden incluir:

Materiales de instrucción:

- Diapositivas
- Transparencias
- Modelos
- Fotografías
- Audio
- Video

Técnicas para involucrar al Auditorio:

- Preguntas: Resolución de problemas
- Simulación de pacientes
- “Taller” bibliográfico
- Autotests
- “Brainstorming”

Re-enganches oportunos:

- Historias
- Ejemplos
- Analogías
- Estadísticas
- Repetición

CONCLUSIONES

El final de la exposición también debe ser “shockante” y sorprender a sus oyentes ya que esta será la parte de su exposición que el auditorio más recordará cuando abandone la sala.

- Resumir los puntos principales del desarrollo
- Contestar las preguntas planteadas por sus “objetivos” iniciales
- Estimular las preguntas del auditorio y si estas no surgen

Dentro de la investigación previa que compete a esta tesis se encontró datos importantes pertenecientes al ministerio de sanidad y consumo, de Madrid España sobre formación, promoción y educación para la salud. Donde se plantea distintos tipos de intervención que se observan en el siguiente cuadro:

Consejo y asesoramiento: Dirigido a personas que acuden a una consulta profesional para plantear una demanda o buscar solución a determinados problemas. Es una intervención breve realizada, habitualmente aprovechando una oportunidad en la atención individual.

Educación para la salud individual: Serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario.

Educación para la salud grupal y/o colectiva: Intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su

conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.

Información y comunicación: Incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, comics, grabaciones, calendarios) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio Tv, internet) especialmente de carácter local.

Acción y dinamización social: Para el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos.

Medidas de abogacía por la salud en la promoción de salud local: Para el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha las medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas.

Fuente (31)

A partir de esto se decide tomar en este trabajo como modelo a seguir el tipo de intervención: **”educación para la salud grupal y/o colectiva”**

Para esto deberá existir un proceso de enseñanza – aprendizaje propuesta también por el ministerio de sanidad y consumo de Madrid España que establece lo siguiente:

“En la formación se trata de lograr aprendizajes significativos. La persona aprende desde sus vivencias, motivaciones, preconceptos, modelos cognitivos y experiencias, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones y experiencias que se dan en el proceso educativo”. (31); por lo que se indica que para realizar un aprendizaje significativo se debe seguir las siguientes etapas:

1. Expresar sus experiencias, actitudes, conceptos
2. Profundizar y reorganizar <ul style="list-style-type: none">• Reorganizar conocimientos• Analizar diversos aspectos• Reflexionar sobre actitudes, creencias y sentimientos
3. Actuar <ul style="list-style-type: none">• Tomar decisiones• Desarrollar Habilidades

Y se deberá aplicar una metodología didáctica que se trata de “combinar diferentes métodos y técnicas de formación, que permitan abordar tanto el área de conocimientos como de actitudes y habilidades, a partir de la experiencia del alumnado. Es necesario señalar que la eficacia de la intervención viene condicionada por una correspondencia entre el objetivo de formación previsto y la técnica empleada para su consecución, de tal manera que a cada objetivo del proceso enseñanza-aprendizaje corresponde una técnica concreta, si bien algunas de ellas son polivalentes y pueden ser útiles para lograr uno o más objetivos formativos”(31)

Por lo tanto para lograr los objetivos establecidos se debe aplicar técnicas:

<input type="checkbox"/> Objetivos	<input type="checkbox"/> Técnicas
<input type="checkbox"/> Organización de experiencias personales: expresar conceptos opiniones, vivencias,... y modelos culturales del alumnado	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DE AULA: <ul style="list-style-type: none">• Tormenta de ideas• Cuestionarios <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reorganizar informaciones: transmitir informaciones, conceptos esquemas interpretativos,...	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS EXPOSITIVAS: <ul style="list-style-type: none">• Exposición• Videos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Analizar y reflexionar sobre factores, situaciones y problemas	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE ANÁLISIS: <ul style="list-style-type: none">• Análisis de problemas
<input type="checkbox"/> Desarrollo o entrenamiento de habilidades: Personales Sociales Psicomotoras	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Simulaciones operativas• Demostraciones con entrenamiento
<input type="checkbox"/> Otros objetivos del proceso enseñanza- aprendizaje	<input type="checkbox"/> OTRAS TÉCNICAS DE AULA Y FUERA DEL AULA: <ul style="list-style-type: none">• Remembranza

Habiendo puntualizado estos detalles para la intervención educativa se procede al desarrollo del documento en sí:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PADRES

“LUCHEMOS CONTRA LOS PARÁSITOS”

Sabía usted que todos tenemos o hemos tenido en algún momento parásitos dentro de nosotros, de hecho podríamos tener millones de huevos de parásitos que nacieron dentro de nosotros en un momento dado.

Lo sé es muy desagradable solo el hecho de pensarlo.

¿Pero que son los parásitos?

Son seres vivos que viven a expensas de otros seres vivos; Y existen dos grandes grupos de parásitos

Endógenos ósea que viven dentro de nosotros como ser:

- Lombriz
- Tenia
- Oxiuros
- giardiasis

Exógenos ósea que viven fuera de nosotros como ser:

- Pulgas
- Piojos
- Garrapatas
- Ácaros

Ahora nos interesa hablar sobre todo de los parásitos endógenos:

Estos parásitos nos causan mucho daño y nos enferman, ellos se roban los nutrientes pues precisamente es de esto que viven.

Se comen nuestra comida, en vez de ser nosotros quienes recibamos los nutrientes de la comida, van directamente a ellos

Utilizan el cuerpo como depósito de comida por lo tanto pueden vivir y crecer por millones

- Los parásitos se reproducen rápidamente y pueden causar alergias al excretar desperdicios tóxicos que dañan al cuerpo, además pueden causar desnutrición al robar los nutrientes que el cuerpo requiere.
- Más aun los parásitos pueden causar la muerte.
- La OMS estima que una cuarta parte de la población global sufre de infecciones crónicas de parásitos las cuales afectan el desarrollo del cuerpo, la nutrición y la función mental de los niños.
- Los parásitos pueden infestar cada parte del cuerpo humano.
- ¿Pero cómo es que causan tanto daño?**
- ¿Donde viven estos parásitos?**
- ¿Por donde entran al cuerpo?**
- Todos los parásitos tienen un ciclo de vida es así que ahora explicaremos el ciclo de los más relevantes ahora:
- Amebas**

Viven en aguas estancadas, charcos, lagunas, pozos de agua y debajo de hojas en estado de descomposición; es imposible verlas a simple vista y se transmiten mediante consumo de líquidos y alimentos contaminados con excremento de personas infectadas. Esto sucede cuando el suelo entra en contacto con materia fecal que contiene los huevecillos del parásito, los cuales se expanden al agua y alimentos, proceso en el que también participan insectos como las moscas.
- Las amebas ingeridas pasan al intestino grueso, donde se desarrollan y, en su fase activa adquieren la capacidad de invadir y lesionar capas internas de la mucosa del intestino produciendo úlcera o perforación. Cabe destacar que están provistas de poderoso

grupo de enzimas, que les permite abrirse paso entre tejidos y, por ende, llegar a órganos como hígado, pulmón y cerebro.

- Los síntomas de amebiasis incluyen diarrea con moco y sangre (más de 10 evacuaciones al día) alternada con estreñimiento, debilidad, dolor de cabeza y cólicos abdominales muy intensos.(32)

Anquilostoma

Este parásito se encuentra en suelos húmedos e ingresan al organismo a través de los pies descalzos, y por vía sanguínea se traslada al tracto digestivo; una vez en este lugar se adhiere a la pared del intestino delgado, en donde absorbe sangre para desarrollarse y multiplicarse; la hembra adulta pone miles de huevos que salen con la materia fecal y contaminan el ambiente. Esta infección se manifiesta con debilidad y anemia, en algunos casos atrofia las facultades mentales y en raras ocasiones produce la muerte.(32)

Áscaris

Son lombrices grandes y redondas (miden de 20 a 35 centímetros de largo) de color blanco o rosado, visibles en excremento, las cuales habitan el intestino delgado, se alimentan de comida semidigerida por el huésped y, algunas veces, de células intestinales. Un gusano hembra es capaz de producir 26 millones de huevecillos y, en promedio, pone 200 mil diarios, los cuales sólo pueden verse a través de un microscopio. Estos pequeños huéspedes ingresan al organismo cuando se consumen agua y alimentos contaminados.

- Las personas infectadas con áscaris pueden presentar síntomas variables, entre los que figuran evacuaciones líquidas con moco, sangre y lombrices, así como vómito, intenso dolor abdominal, intranquilidad, alteración del sueño, debilidad, secreción de saliva por las noches, rechinado de dientes, inflamación de estómago y comezón corporal.

Esta enfermedad puede complicarse cuando las lombrices se reúnen en un lugar fijo del intestino y lo obstruyen; si invaden hígado y apéndice pueden ocasionar la muerte, y deficiencia respiratoria si se alojan en glotis (abertura triangular entre las cuerdas bucales). (32)

Giardia

Es un parásito microscópico que vive en el intestino delgado y es causa frecuente de diarrea; se transmite mediante consumo de agua y alimentos contaminados con materia fecal de un enfermo, asimismo, puede ser llevado a la boca al comer con las manos sucias. Cuando los huevecillos llegan al estómago se trasladan al intestino huésped y se pegan en sus paredes.

En muchas ocasiones esta infección puede pasar desapercibida, ya que no siempre genera síntomas; sin embargo, es capaz de presentarse en forma severa y causar diarrea amarilla espumosa, vómito, flatulencia y dolor abdominal, y cuando es muy grave no permite absorber los nutrientes provenientes de los alimentos, lo que puede provocar un síndrome de mala absorción intestinal, el cual, si se prolonga por más de 30 días, puede generar un estado de desnutrición. (32)

Taenia

Mejor conocida como "solitaria", es una lombriz plana que se adhiere al intestino delgado a través de ventosas ubicadas en su cabeza, mide aproximadamente tres metros y puede vivir hasta 25 años. A los dos meses de haber infestado se desarrolla y libera 300 mil huevecillos diarios.

En su estado de larva (cisticerco) es posible que se dirija hacia el cerebro, afección denominada neurocisticercosis (se caracteriza por ocasionar intenso dolor de cabeza, convulsiones e inflamación de vasos y nervios cerebrales), la cual puede causar la muerte.

- La forma de transmisión es mediante el consumo de carne de cerdo o res contaminada con el parásito o mal cocida, no lavarse las manos antes de comer ni después de ir al baño e ingerir agua y alimentos de dudosa procedencia. Cabe destacar que los huevecillos de "solitaria" que se encuentran en carne de cerdo pueden alcanzar músculos, ojos, corazón y cerebro, en tanto que los que contiene la carne de res se adhiere al intestino y absorben sangre.
- Este tipo de infección puede ocasionar diarrea (en la que pueden verse fragmentos de la lombriz), palidez, debilidad, nerviosismo, problemas para conciliar el sueño, falta de apetito, pérdida de peso y dolor abdominal, aunque en algunos casos no se presentan síntomas y la enfermedad no es mortal.(32)

Trichuriasis

Es un gusano delgado que vive en el intestino grueso y mide de 3 a 5 centímetros; uno de sus extremos se clava en la mucosa de dicha estructura del aparato digestivo destruyéndola, lo que ocasiona dolor y numerosas evacuaciones de diarrea con sangre. El esfuerzo de tantas deposiciones provoca la salida del recto a través de la región anal.

- Este parásito se encuentra en suelo contaminado con materia fecal infestada con sus huevecillos, los cuales mediante el calor, humedad y sombra maduran y se convierten en embriones del parásito, proceso que dura tres semanas. Pueden ingerirse a través de agua, alimentos y contacto oral con objetos contraminados, bajar al estómago para posteriormente llegar al intestino grueso, donde se convierten en gusanos adultos.
- Debido a que se adhieren a las paredes del intestino grueso ocasionan malestar estomacal, diarrea con sangre acompañada de lombrices, pérdida de peso, anemia, palidez y debilidad.

- Su presencia en el cuerpo humano está directamente relacionada con la falta de higiene al preparar alimentos y las condiciones del lugar donde se consumen, no lavarse las manos antes de comer ni después de ir al baño, ingerir carne de cerdo mal cocida y caminar descalzo.
- Ahora dentro de todas las vías de contaminación la mas importante es por la vía oral por ello es que puntualizaremos que la comida es el punto de inicio de la mayoría de las infecciones de parásitos, ellos se encuentran como ya dijimos en animales y por lo tanto en las carnes que consumimos.
- El ser vegetarianos tan poco nos libra de parásitos pues ellos se encuentran en frutas y verduras que no han sido lavadas apropiadamente. (32)
- Cientos de parásitos se encuentran en distintas carnes que consumimos.
- Por ejemplo en la carne de res se encuentra una especie de lombriz que llega a medir 8 metros dentro del intestino humano, y se llama taenia saginata (33)
- Además la carne de puerco es hogar para la lombriz triquinela que puede infiltrar el cerebro y el tejido muscular la llamada también taenia solium.(34)
- Por otra parte las mascotas en casa nos ofrecen su compañerismo afecto y confianza pero pueden ser fuentes de agentes infecciosos que se transmiten a seres humanos.
- Los parásitos pueden vivir muchos años por ejemplo:
- Al pasar más de 50 años, veteranos de la segunda guerra mundial quienes sirvieron en Asia y pacifico del sur siguen infectados.

Según el libro de la fundación de la parasitología, los seres humanos somos huéspedes a más de 100 variedades de parásitos, es casi imposible encontrar un animal doméstico que no tenga al menos una variedad de parásitos.

La OMS sostiene que la parasitosis es una patología con un alto componente social. Ésta podría ser controlada, pero difícilmente eliminada. Debido a esto, el comportamiento humano tiene gran importancia en la transmisión de infecciones intestinales por parásitos, por lo tanto el éxito de las medidas de control que se implanten dependerá en gran medida de las modificaciones que se obtengan en los hábitos.

Al llegar a este punto dos cosas deberían estar muy claras:

1º es probable que usted o su niño estén infectados con una o más variedades de parásitos

2º que los parásitos que usted tenga o que tenga su niño representen una amenaza a su salud y bienestar

Los parásitos pueden causar una sintomatología variada así por ejemplo:

- Pérdida de apetito
- Dolor de barriga
- Barriga abultada
- Diarrea
- Cansancio, debilidad
- Aumento de peso
- Disminución de peso
- Estreñimiento
- Acné
- Hambre excesiva
- Nerviosismo
- Gases
- Intestinos inflamados
- Rechina los dientes cuando duerme

¿Cómo prevenimos la parasitosis?

¿Cuáles son los hábitos positivos que debemos adquirir?

**QUERIDOS PAPAS DE USTEDES DEPENDE EN GRAN PARTE
TENER NIÑOS SANOS Y FELICES**

Es así que hoy reforzaremos conocimientos que ya teníamos y
aprenderemos otros nuevos para vivir bien

USTED PUEDE CAMBIAR LAS COSAS

¿Qué debe hacer usted?

¿Qué debe enseñar a su niño?

1. Lavarse las manos con bastante agua antes de preparar los alimentos o comer
2. Lavarse las manos después de usar el baño, cambiar los pañales de un niño, estrechar las manos, manejar dinero, tocar manillas de puertas, interruptores de luz, pasamanos en lugares públicos, y acariciar animales domésticos.
3. Lavar bien las frutas, los vegetales y verduras que se comen crudas y también aquellos alimentos que se van a cocinar.
4. Lave las frutas que se cortan, como los melones, para evitar transmitir contaminación del exterior al interior al cortarlas.
5. Quemar o enterrar diariamente las basuras de las casas; o echarlas al carro recolector, así se evitan los criaderos de moscas, ratas o cucarachas que transmiten enfermedades.

6. En aquellos lugares donde no hay agua potable, hervirla por 10 minutos o ponerle cloro(tres gotas de cloro por cada litro de agua),o utilizar el método SODIS. Beba agua purificada y utilice agua purificada para lavarse las manos y para limpiar la zona de preparación de las comidas.
7. Tener un sistema adecuado de disposición de excrementos (como primera medida tener letrina o interior de agua)
8. No caminar descalzo o con calzado abierto en suelos de tierra o arena húmedos.
9. Alimentarse adecuadamente y en forma balanceada
10. Mantener la vivienda, los pisos, las paredes y los alrededores limpios y secos
11. Evitar el contacto de las manos y los pies con el lodo, como la tierra o la arena de aquellos sitios donde se sabe o se sospecha que existe contaminación fecal
12. Evitar ingerir alimentos en ventas callejeras y lugares con deficientes condiciones higiénicas
13. Promocionar la lactancia materna. Se ha comprobado que ésta protege contra parásitos, principalmente los que originan diarreas.
14. Mantenga limpias las tablas de cortar y las áreas para preparación de alimentos lavándolas con jabón y agua, y permitiéndolas secarse completamente.
15. Asee los juguetes que los niños se llevan a la boca.
16. Evite tomar agua de los ríos, puede ser portadora de muchos parásitos depositado por el excremento de personas o animales que obran en ellos.

17. Evite comer alimentos regados con aguas negras, sin desinfectarlos adecuadamente o verduras y fruta con cáscara sin lavar adecuadamente.
18. Evite comer carnes guardadas o a medio cocer.
19. Evite tener animales cerca de los alimentos.
20. Lave las manos de los niños después de jugar en la tierra, en el suelo o con algún animal.
21. Evite Comer paletas heladas, raspados u otros productos elaborado con agua de dudosa procedencia.
22. Evite tomar leche sin hervirla
23. Mantenga cortas y limpias las uñas (los parásitos pueden alojarse en la mugre de uñas largas). (35)

Tomado de: Costa Rica. Ministerio de Salud. Unidad de Promoción de la salud. "Parásitos Intestinales", San José, Costa Rica, 1998

EN PRIMER LUGAR USTED DEBE UTILIZAR AGUA Y ALIMENTOS SEGUROS E HIGIÉNICOS QUE CONTRIBUIRÁN A QUE NO NOS ENFERMEMOS DEL ESTOMAGO

¿Pero a que llamamos agua y alimentos seguros?

El agua y alimentos son seguros cuando no tienen microbios peligrosos como ser bacterias ,virus, parásitos u hongos, y además que están libres de químicos tóxicos o agentes físicos externos como tierra, pelo etc., que son riesgo para la salud.

Ahora considerando las dificultades que tenemos en la zona con respecto al agua es positivo que aprendamos a purificarla para así

hacerla un agua segura para poder beberla o utilizarla para preparar alimentos.

En primer lugar para que el agua sea considerada segura, esta debe ser sin color ni olor y haber recibido un tratamiento de purificación.

El agua segura es de gran utilidad en muchas actividades de nuestras vidas y se necesita que sea segura para:

- Lavar frutas y vegetales
- Preparar los alimentos
- Preparar bebidas
- Hacer hielo
- Lavar utensilios utilizados para limpiar y comer
- Lavarse las manos y dientes

Muchas veces, el agua que se recolecta puede estar turbia porque contiene tierra y otros objetos sólidos que no permiten que se pueda tomar. Para eliminarlos existe una técnica de filtrado que ayuda a clarificar el agua y limpiarla, pero NO LA DESINFECTA. Para esto, es necesario posteriormente del filtrado, aplicar algún método de purificación. (35)

TÉCNICA PARA FILTRAR EL AGUA:

Para llevar a cabo la filtración del agua, solamente necesita un recipiente plástico con capacidad para 20 litros y un pedazo de tela tupida limpia, como por ejemplo: manta, paño limpio, pedazo de ropa, etc.

Haga lo siguiente:

- Lave muy bien con agua limpia y desinfectada el recipiente plástico

- La tela tupida debe estar limpia (si puede, para asegurarse que esté desinfectada, póngala a hervir en una olla con agua durante dos minutos).
- Coloque sobre la parte superior del recipiente, la tela de tal forma que cubra la boca del recipiente.
- Empiece a llenar el recipiente, haciendo pasar el agua turbia por la tela; de esta forma las partículas presentes en el agua quedaran atrapadas en la tela.
- Retire la tela y proceda a desinfectar el agua ya sea hirviéndola, con cloro o con el método SODIS.(35)

¿QUÉ MÉTODOS HAY PARA PURIFICAR EL AGUA?

La purificación del agua es el proceso utilizado para destruir o inactivar los microbios peligrosos presentes en el agua que causan enfermedades del estómago. La adecuada purificación, así como el almacenamiento seguro, son aspectos importantes que se deben tomar en cuenta para la prevención de enfermedades causadas por el consumo de agua contaminada.

Existen algunas opciones para purificar el agua y hacerla segura, para posteriormente utilizarla en la preparación de los alimentos así como para beberla. Dentro de estas opciones están:

a) Hervir el agua,

b) Purificación con cloro,

c) Método SODIS.

A continuación se describen los pasos que se deben hacer con cada tratamiento para eliminar los microbios que pudiera contener el agua.

(35)

A. HERVIR EL AGUA:

- __ Llene una olla con el agua que desea purificar.
- __ Hervir el agua durante **CINCO MINUTOS** (cuando el agua hierve, salen burbujas).
- __ Si el agua es un poco turbia, fíltrela con un paño o tela tupida (por ejemplo, manta) y después póngala a hervir.
- __ Recuerde que los recipientes donde almacene el agua ya hervida deben encontrarse perfectamente limpios antes de poner el agua y deberán limpiarse de nuevo al vaciarlos.
- __ Almacenar el agua hervida en recipientes con tapa.

Ventajas.

- Mata totalmente virus, parásitos y bacterias patógenas.
- Es un método sencillo.
- Es una práctica común y corriente.
- Utiliza materiales locales.

Desventajas.

- Se requiere de gran cantidad de energía (madera, gas o electricidad) para que el agua hierva por lo que es costoso.
- Consume mucho tiempo.
- Contribuye a la deforestación por el consumo de leña.
- No elimina los sólidos que pudiera contener el agua (turbiedad).
- Es necesario hervir como mínimo 5 minutos para que mate todos los microbios.
- Si no fuera posible hervir el agua, existen otras alternativas para la purificación del agua que pueden ser empleadas como es la CLORACIÓN y el SISTEMA SODIS.(35)

•

B. PURIFICACIÓN CON CLORO:

- El cloro es uno de los desinfectantes más efectivos y baratos que se pueden encontrar en el mercado. Se encuentran en diferentes presentaciones: cloro líquido (hipoclorito de sodio) y cloro en polvo

(hipoclorito de calcio); y en diferentes concentraciones, siendo la más utilizada la de 5%.

Para desinfectar el agua con cloro se debe tomar en cuenta los siguientes factores:

- La cantidad de agua que se desea desinfectar; y el tipo y concentración de cloro a utilizar.
- Utilizando cloro líquido, con una concentración al 5%, el procedimiento para desinfección del agua es el siguiente:

Cantidad de cloro a utilizar para purificar el agua

<input type="checkbox"/> PARA	<input type="checkbox"/> AGREGAR
<input type="checkbox"/> 1 LITRO	<input type="checkbox"/> AGREGAR UNA GOTA DE CLORO LIQUIDO
<input type="checkbox"/> PARA UN GALON AGREGAR	<input type="checkbox"/> 4 GOTAS

Luego de agregar el cloro hay que agitar bien para que se disuelva o mezcle completamente el cloro en el agua, y dejar reposar durante 30 minutos para que se lleve a cabo la purificación de la misma.(35)

Ventajas.

- Elimina bacterias y virus.
- Deja un residuo de cloro en el agua que protege la calidad del agua durante un tiempo.

Desventajas.

- Mata microbios como bacterias y virus, pero no inactiva algunos parásitos patógenos.
- Requiere tener acceso económico y físico al cloro.
- No elimina los sólidos que pudiera contener el agua (turbiedad).
- Puede ser confuso las cantidades de cloro que se debe agregar para purificar el agua.
- El sabor del agua puede cambiar por lo que puede ser inaceptable para algunas personas.
- El cloro se deteriora con el tiempo afectando su calidad para eliminar los microbios. (35)

C. MÉTODO SODIS:

- Es un método de tratamiento sencillo y barato para eliminar los microbios peligrosos que causan enfermedades, y por tanto, mejorar la calidad del agua para el consumo humano.
- Consiste en utilizar **la radiación solar (rayos UV) y el incremento de temperatura del agua generado por el sol**, para destruir los microbios peligrosos presentes en el agua, desinfectándola. El tratamiento consiste básicamente en llenar botellas plásticas transparentes con agua y exponerlas a pleno sol durante aproximadamente seis horas. (36)
- Las personas que no tienen acceso a agua potable, pueden aplicarlo tanto en la escuela como en el hogar, pues solamente utiliza elementos de desecho disponibles a nivel local, como son las botellas de plástico y la luz del sol.
- Este método para funcionar eficazmente necesita de la exposición al sol para poder llevar a cabo la purificación del agua, por lo que es un método que se puede realizar durante la época de verano; y en

épocas de invierno, optar por otros métodos como los descritos anteriormente.(36)

Procedimiento.

1) Lavar perfectamente con detergente, las botellas de plástico transparente (de refrescos o gaseosas) que se va a utilizar para purificar el agua. Las botellas deben tener tapón para que se puedan tapar.

2) Introducir el agua no tratada en las botellas de plástico transparente (2 litros). Las botellas deben llenarse con agua clara y taparlas perfectamente. El agua turbia protege físicamente a los microbios contra los rayos ultravioleta de la luz solar, por lo que es **IMPORTANTE** filtrar el agua previamente a envasarla para exponerla al sol.

3) Colocar las botellas de plástico en un lugar donde pegue el sol por lo menos durante 6horas. Las botellas se deben colocar recostadas en un soporte, preferiblemente hecho de lámina para que la luz se refleje.

4) Se expone durante seis horas a la acción de la luz solar.

Durante la exposición, el sol destruye los microbios y desinfecta el agua matando los gérmenes causantes de la diarrea.

En días nublados es recomendable un mayor tiempo para la desinfección:

6 horas bajo el cielo despejado o brillante, o 2 días consecutivos bajo el cielo nublado

5) Al caer la tarde, el agua está lista para tomar. Esperar a que se enfríe el agua y tomar en un vaso o taza limpia.(36)

Ventajas.



- Es un método sencillo y barato para purificar el agua.
- Destruye la mayoría de los microbios peligrosos presentes en el agua.
- Utiliza la energía del sol que está disponible y es gratis.
- Su uso es simple, por lo tanto, es ideal para el uso en la casa y la escuela.
- Requiere del uso de botellas plásticas que son fáciles de manipular e igualmente convenientes para el almacenamiento y transporte del agua.
- Reduce el riesgo de la recontaminación puesto que el agua se trata y almacena en el mismo envase hasta su consumo.
- No requiere que se agregue ningún producto químico y, por lo tanto, no afecta su sabor ni olor.
- Utiliza recursos localmente disponibles (botellas plásticas).
- Reduce la demanda de la leña y del carbón de leña, disminuyendo así la tala de árboles.(36)



Desventajas.

- Requiere condiciones climáticas favorables: radiación de la luz del sol.
- Requiere agua relativamente clara (NO turbia).
- No es práctico para tratar grandes volúmenes de agua (se limita a purificar agua para consumo).
- El agua es caliente por lo que puede ser rechazada por las personas.



Es por esto, que para el almacenamiento del agua tratada y segura, el recipiente de almacenaje debe tener ciertas características que ayudan a proteger el agua de la contaminación:

- Tener un **volumen comprendido entre 10 y 30 litros** de forma que no pese demasiado, con agarradores para levantarlo y transportarlo y con una base estable para evitar que se vuelque.
- Estar elaborado de un **material duradero**, resistente al impacto y la oxidación, fácil de limpiar, liviano y transparente, el cual se almacene en un lugar alejado del sol.
- Tener una **abertura** suficientemente ancha para facilitar el **llenado y limpieza** del recipiente, pero suficientemente pequeña para que no se

pueda meter la mano de un niño, por ejemplo, o un vaso u otro utensilio para sacar el agua.

- Tener una **tapadera duradera**, de enroscar que esté unida al recipiente con una cuerda o cadena para evitar que se pierda.(36)

- En el caso no se tenga acceso a un recipiente con estas características, es muy importante que el recipiente que se utilice para almacenar el agua segura (tinaja, cubeta u olla):

- Se LAVE constantemente con agua y jabón (mínimo una vez a la semana)
- Se coloque en una mesa o estantería lejos del alcance de animales y en un lugar fresco.
- SIEMPRE mantenerlo tapado, con una tapadera o un paño limpio para proteger el agua del polvo, insectos o plagas.
- EVITAR utilizar utensilios (vasos, tazas, cucharones) contaminados para sacar el agua. Asegúrese que el utensilio se lave cada vez que se quiera sacar agua del recipiente.
- NO lavarse o METER las manos en el recipiente donde se almacena el agua segura para evitar que se contamine.

¿Cuál es la importancia de lavarse las manos?

- Las manos con frecuencia transportan microbios de un lugar a otro, por eso lavarse las manos es una de las cosas más importantes que podemos hacer para que los alimentos sean seguros.

- Diferentes estudios han mostrado que la técnica de lavado de manos puede reducir la aparición de enfermedades diarreicas de un 42 a 47 %. Sin embargo, la falta de acceso a agua y jabón son barreras para realizar esta práctica. (37)

¿Cuándo debe lavarse las manos?

Antes de:

Después de:

<ul style="list-style-type: none"> • Tocar alimentos y durante su preparación • Comer o dar de comer 	<ul style="list-style-type: none"> • Tocar alimentos crudos (especialmente pollo, pescado, y las carnes de res o de cerdo) • Ir al baño a orinar o defecar • Cambiar los pañales al bebe • Sonarse la nariz • Tocar basura, paños superficies sucias o trabajar la tierra • Jugar con mascotas • Haber utilizado algún químico para limpiar <input type="checkbox"/>
--	---

¿Cómo debe lavarse las manos?

- 1) **Palma con palma**
- 2) **Frotar la palma derecha sobre el dorso izquierdo**
- 3) **Frotar la palma izquierda sobre el dorso derecho**
- 4) **Entrelazar los dedos y palma con palma**
- 5) **Entrelazar los dedos mientras la palma derecha está sobre el dorso izquierdo**
- 6) **Entrelazar los dedos mientras la palma izquierda está sobre el dorso derecho**
- 7) **Frotar la punta de los dedos en las palmas opuestas**
- 8) **Frotar los dedos de la mano derecha en la palma de la mano izquierda**
- 9) **Frotar los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha**
- 10) **Frotar el pulgar derecho en la palma izquierda**
- 11) **Frotar el pulgar izquierdo en la palma derecha**

Tener mucho cuidado con la punta de los dedos pulgares e índices y los espacios interdigitales, pues son los que más frecuentemente se dejan sin lavar (37)

“**LÁVESE BIEN LAS MANOS CON MUCHO JABÓN Y MUCHA AGUA LIMPIA ANTES DE COCINAR, PREPARAR Y TOCAR LOS ALIMENTOS**”

Como se mencionó anteriormente, la falta de acceso a agua y jabón son barreras que hacen que el lavado de manos no sea una práctica común. Para promocionar el lavado de las manos en poblaciones que no tienen acceso a este servicio, o que no tienen cerca una fuente de agua, se puede promover el uso del grifo de fabricación casera llamado **Tippy Tap**

El Tippy Tap se elabora usando una botella de plástico grande, es barato y fácil de montar.

Está fabricado con materiales de fácil disponibilidad en las comunidades y no depende del abastecimiento de agua entubada. Se creó originalmente en África donde era fabricado de calabaza o tecomate; y posteriormente fue adaptado en Guatemala

El Tippy Tap ayuda a la reducción de la cantidad de agua que se usa para lavarse las manos; es decir ayuda a racionar el agua, con lo que hay menos necesidad de traer agua de la fuente. Además, las bacterias se eliminan con mayor eficiencia que utilizando baldes de agua (en donde se lavan las manos más de una persona).

En general, las ventajas que provee esta tecnología son las siguientes:

- Barato para fabricar
- Ligero
- Conservador del agua
- Replicable (puede ser copiado localmente)

- Ahorro de tiempo
- Requiere de llenado como máximo dos veces durante el día; y,
- Requiere de una acción para llevarlo a cabo (jalar la cuerda)

Instrucciones para hacer un grifo Tippy Tap:

Paso 1:

- Seleccionar una botella de plástico de 5 litros o 1.5 galones con agarradera, un alicate, un encendedor, un clavo, un jaboncillo, una cuerda, dos palos largos en forma de Y del mismo tamaño y uno suelto recto. y una cuerda

Paso 2:

- Caliente la punta de un clavo pequeño con una vela o encendedor. Úselo caliente para hacer un pequeño orificio en el borde externo del bidón en la misma línea de la tapa, y también para hacerle un orificio al centro de la tapa.

Paso 3:

- Enhebre una cuerda por el orificio que se hizo en la tapa y anude por la parte interna que queda dentro la botella. El otro extremo de la cuerda la anuda a un palo largo

Paso 4:

- Perfore con un desarmador al centro de un jabón y pase una cuerda por ese orificio y con la punta amarre a un palito pequeño

Paso 5:

- Clave al piso los dos palos en Y con una distancia de un metro en línea recta, y coloque en medio el palo recto apoyado.

Paso 6:

Vierta agua en el recipiente inclinable hasta que llegue casi a nivel del orificio de la botella. Use el palo recto para colgar el recipiente y amarre en el mismo palo recto alado del bidón la cuerda con el jaboncillo.

Paso 7:

Entonces para usar pise el palo de abajo y el bidón se inclinara y botara agua

Paso 8:

Limpiar diariamente la botella por fuera con un paño y jabón, y limpiar por dentro una vez a la

Semana con agua limpia y desinfectante.

AHORA YA TENEMOS MAYORES POSIBILIDADES TENER AGUA MAS SEGURA Y TENEMOS MAS PRCTICA PARA UN ADECUADO LAVADO DE MANOS ¿PERO Y COMO CUIDAMOS LOS ALIMENTOS?

Asegúrese de que tanto usted como el lugar en el que prepara los alimentos estén limpios.

¿Por qué?

Los microbios peligrosos se encuentran en el suelo, aire, el agua, los animales y las personas. Estos gérmenes se trasladan por medio de nuestras manos, los trapos o paños sucios y los utensilios de cocina, en especial, las tablas de cortar. El mínimo contacto puede

transferir los microbios y causar enfermedades transmitidas por alimentos.

- Para asegurarse que los alimentos que preparamos sean seguros, utilice agua segura para lavar y preparar los alimentos, prepararlos en un sitio limpio y desinfectado y con utensilios limpios. El simple hecho de que algo parezca limpio no significa que sea seguro.(38)

¿Cómo lavamos las frutas y verduras?

- El procedimiento para lavar las verduras de hoja, cuando se dispone de agua potable, consiste en:

- Desprender las hojas y eliminar las que estén en mal estado.
- Lavar las hojas una por una, poniéndolas bajo el chorro de agua de la pila o agua que caiga a presión.
- Las frutas y tubérculos de consistencia dura (batatas, papas, zanahorias, etc.) en lo posible debe limpiarlos con un cepillo de cerdas finas bajo el chorro de agua de la pila.
- Tanto con agua potable como con agua no potable, es conveniente desinfectar las verduras de hoja y las frutas del tipo de frutillas. Para ello utilice cloro al 5%, en la cantidad de 1 gota por cada litro de agua.
- Luego coloque las verduras, frutas y hortalizas durante 15 minutos en el agua con cloro
- Retire las verduras, frutas y hortalizas y enjuáguelas cuidadosamente antes de servirlos (38)

- Y recuerde:

PARA NO CONTAMINARSE CON PARASITOS:

- No consumir agua ni alimentos de dudosa procedencia; deben evitarse comer aquellos que se preparan al aire libre.

- Hervir o clorar el agua, o bien utilizar SODIS, después de filtrarla.
- Lavar y desinfectar frutas y verduras.
- Cocer bien los alimentos, especialmente la carne.
- Preparar la comida sobre superficies limpias.
- Lavarse las manos antes de comer y preparar alimentos, así como después de ir al baño; las uñas deben asearse minuciosamente.
- No caminar descalzo.
- Lavar la ropa de cama e interior con agua caliente
- Mantener la letrina bien limpia



RESULTADOS

- Se estudiaron 44 niños con sus respectivos padres.
- Inicialmente se realizó la recolección de muestras de heces de los niños para la realización de coproparasitológico simple.
- En una segunda instancia se realizó la aplicación de la encuesta a padres en una etapa previa a la implementación de la intervención educativa
- En una tercera instancia se realizó la aplicación de una segunda encuesta posterior a la implementación de la intervención educativa