

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIAL SOSTENIBLE PARA  
MEJORAR LA SALUD INFANTIL ANTE EL EFECTO DE LA  
PARASITOSIS INTESTINAL EN EL CENTRO POBLADO  
PACHERREZ, LAMBAYEQUE – PERÚ, 2008 – 2009.**

**Autora: NANCY LLALUD MALCA TELLO**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO LOCAL**

**Chiclayo, Perú  
2011**

La tesis titulada ***“Modelo de intervención sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el centro poblado Pacherez, Lambayeque – Perú, 2008 – 2009”***, presentada por Nancy Llalud Malca Tello en cumplimiento con los requisitos para optar el Grado de Doctora en Bienestar Social y Desarrollo Local, fue aprobada por el asesor Dr. Víctor Alvitres Castillo y defendida el 5 de mayo de 2011 ante el Tribunal integrado por presidenta, Dra. Patricia Campos Olazábal; secretaria, Dra. Sofía Lavado Huarcaya; y vocal Dra. Olinda Vigo Vargas.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO**



**Modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque - Perú. 2008- 2009**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA  
Mgtr. NANCY LLALUD MALCA TELLO**

Chiclayo, Mayo del 2011

## DEDICATORIA

A DIOS nuestro guía, amigo  
Y luz en nuestras vidas.

A mi querido esposo César Rodolfo,  
Que en paz descansa,  
Por su fe, apoyo, comprensión  
y por que sé,  
Que siempre me acompañará.

Y muy en especial,  
A mis hijos: Lorena, César y Milagros,  
Que el presente, sea un incentivo y ejemplo,  
Para seguir adelante.

## EL PLACER DE SERVIR

*Toda la naturaleza es un anhelo de servicio.  
Sirve la nube. Sirve el viento. Sirve el surco.  
Donde haya un árbol por plantar, plántalo tú.  
Donde haya un esfuerzo que todos esquiven, acéptalo tú.*

*Sé el que apartó la piedra del camino, el odio entre  
los corazones y la dificultad del problema.  
Hay la alegría de ser sano y de ser justo. Pero sobre  
todo, la hermosa, la inmensa alegría de servir.*

*¡Qué triste sería el mundo si todo en él estuviera hecho,  
si no hubiera un rosal que plantar, una empresa que emprender!  
No te llamen solamente los trabajos fáciles. ¡Es tan  
bello hacer los que otros esquivan! Pero no caigas en  
el error de que sólo se hace mérito con grandes  
trabajos. Hay pequeños servicios que son buenos  
servicios: adornar una mesa, ordenar una casa, peinar un niño*

*Aqué! es el que critica. Este es el que destruye. Tú sé el que sirve.  
El servir no es faena de sólo seres inferiores.  
Dios, que da el fruto y la luz, sirve.  
Pudiera llamársele así: el que sirve.  
Y tiene sus ojos fijos en nuestras manos y nos pregunta cada día:  
¿Servirás hoy? ¿A quién: al árbol, a tu amigo, a tu madre?*

Gabriela Mistral

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Victor Alvitres Castillo, por su incondicional e invaluable apoyo como profesor, asesor, amigo y especialmente por sus enseñanzas y ejemplo como investigador científico.

A nuestros profesores del Doctorado, los doctores Blanca Ramos, Katherine Bryan, Mary Mc Carthy, Dennis Long, profesores de la Universidad de Albany - U.S.A., por sus valiosas enseñanzas durante su estancia en la ciudad de Chiclayo.

Igualmente, a nuestros profesores del Doctorado, los doctores Sofia Lavado Huarcaya, Lucía Aranda Arana, Olinda Vigo Vargas, Jaime Collantes Santisteban, Jorge Huarachi Chávez y Sebastiano Sperandeo por sus orientaciones y enseñanzas acertadas.

A mis amigos Dr. Jorge Núñez Polo, Armando Mera Rodas y Jorge Fupuy Chung por su gran e incondicional apoyo durante el desarrollo de la presente investigación.

Finalmente, a los estudiantes de la primera y segunda Promoción de la Escuela de Medicina – USAT por su colaboración, especialmente durante las Jornadas Médicas.

# ÍNDICE

	Pág
Resumen y Abstract	
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	05
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
1. Tipo de estudio y diseño de contrastación de hipótesis	18
2. Área de Estudio	18
2.1 Ubicación geográfica	
2.2 Accesibilidad	
2.3 Caracterización del Centro Poblado Pacherrez	
3. Marco Metodológico	19
4. Población, muestra de estudio y muestreo	23
5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
6. Principios y procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con personas	27
7. Plan de procesamiento y análisis de datos	27
IV. RESULTADOS	28
1. Intervención social comunitaria	28
1.1. Descripción de la intervención social comunitaria	28
2. Situación de la comunidad rural – Diagnóstico	34
3. Organización de la comunidad rural	37
3.1 Designación del Comité Central o Vecinal y Autoridades Políticas del Centro Poblado Pacherrez	38
3.2 Objetivos estratégicos	39
3.3 Planes, Programas y Proyectos del Desarrollo Comunitario	29
4. Nivel de conocimientos con respecto a las causas, conocimientos y prevención de la parasitosis intestinal infantil	41
5. Prevalencia de la parasitosis infantil del Centro Poblado Pacherrez	42
5.1 Participación activa comunitaria	42
5.2 Prevalencia de la parasitosis infantil	43
5.2.1 Prevalencia por sexo y edad	43

5.2.2	Prevalencia por tipo de parásito	44
6.	Factores de riesgo de la parasitosis infantil del Centro Poblado Pacherrez	45
6.1	Prevalencia de los factores de riesgo de la parasitosis infantil	45
6.2	Asociación de los factores de riesgo de la parasitosis infantil	47
7.	Capacitación en salud sobre parasitosis a las madres de familia de niños parasitados.	49
7.1	Diseño de las Estrategias Educativas	49
7.2	Aplicación de las Estrategias Educativas	59
7.3	Medición de la efectividad de las Estrategias Educativas	61
8.	Tratamiento médico	62
8.1	Participación activa comunitaria	62
8.2	Tratamiento médico propiamente dicho	63
9.	Evaluación del impacto del Modelo de Intervención Social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal del Centro Poblado Pacherrez, Lambayeque – Perú. 2008 – 2009	63
9.1	Impacto cuantitativo	63
9.2	Impacto cualitativo	64
9.3	Sostenibilidad y Replicabilidad de la Intervención Social	68
V.	DISCUSIÓN	70
VI.	PROPUESTA	82
VII.	CONSIDERACIONES FINALES	90
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
IX.	ANEXOS	99
1. a.	Ubicación geográfica del CP Pacherrez. Chiclayo, Lambayeque	100
b.	Centro Poblado Pacherrez- Distrito de Pucalá. Chiclayo, Lambayeque	100
2.	Encuesta de Ficha Familiar	101
3.	Ficha de registro sobre Factores asociados a la prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 12 años del Centro Poblado Pacherrez	103
4.	Cuestionario sobre Evaluación de conocimientos sobre parasitosis intestinal infantil de los padres de familia de los niños parasitados	105
5.	Ficha de registro de información:	
a.	Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 9 años del Centro Poblado Pacherrez	106
b.	Evaluación de la prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 9 años Centro Poblado Pacherrez	107

6. Ficha médica para el tratamiento de la parasitosis intestinal de niños de 1 a 9 años del Centro Poblado Pacherez	108
7. Instrumento de evaluación del Concurso de Vivienda Rural Saludable	109
8. Diario de Campo	110
9. Guía de Observación	111
10. Consentimiento Informado	112

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Taller de sensibilización con los pobladores del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	21
Figura 2. Taller de sensibilización con alcalde de Pucalá y pobladores. CP Pacherez, Chiclayo – Perú.2008.	37
Figura 3. Representantes comunales exponiendo sus proyectos de desarrollo. CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	37
Figura 4. Configuración de líderes por sectores, de acuerdo a los problemas de la comunidad rural del CP Pacherez - Perú. 2008.	38
Figura 5. Nivel de conocimientos sobre prevención de parasitosis infantil de las madres de familia de los niños. CP Pacherez, Pucalá- Perú. 2008.	42
Figura 6. Prevalencia por tipo de parásitos en niños de 1 a 9 años. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.	45
Figura 7. Ingreso Familiar (nuevos soles) de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.	46
Figura 8. Educación de los padres de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.	46
Figura 9. Abastecimiento de agua que consumen los niños de 1 a 9 años en el CP Pacherez. Chiclayo – Perú. 2008.	47
Figura 10. Hogares que poseen sitio de lavado de manos de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.	47
Figura 11. Clases de Conocimientos sobre parásitos a las madres de familia de los niños en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.	50
Figura 12. Taller de demostración de parásitos in vivo a las madres de familia de los niños del Centro Poblado Pacherez. Chiclayo – Perú. 2008.	51
Figura 13. Tareas realizadas por madres de familia de los niños del Centro Poblado Pacherez Chiclayo – Perú. 2008.	51
Figura 14. Sesión demostrativa sobre correcto lavado de manos realizada por los padres de familia de los niños del Centro Poblado Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	52
Figura 15. Exnposición sobre hábitos de higiene personal. familiar v ambiental	

realizados por las madres de familia de niños del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	53
Figura 16. Líderes de Salud dirigiendo el taller sobre hábitos de higiene del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	53
Figura 17. Dramatización sobre la Historia de Tomás (muerte de un niño por falta de higiene) escenificado por madres de familia de niños del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	54
Figura 18. Visita Domiciliaria por Concurso de Vivienda Rural Saludable en el CP Pacherez – Chiclayo – Perú. 2008.	55
Figura 19. Rincón de aseo en Visita Domiciliaria por Concurso de vivienda rural Saludable en el Centro Poblado Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	56
Figura 20. Ficha ilustrativa sobre el cuidado de la higiene de sus viviendas, utilizada en el aula para las madres de familia de niños del CP Pacherez. 2008.	57
Figura 21. Ficha ilustrativa sobre el cuidado de la higiene de sus viviendas, utilizada en el aula para las madres de familia de niños del CP Pacherez. 2008.	57
Figura 22. Charla educativa en salud a la Junta Directiva Central del CP Pacherez. Chiclayo, Perú. 2009.	58
Figura 23. Rincón de aseo en un aula de IE 11502 del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.	58
Figura 24. Impacto del Modelo de Intervención social en la disminución de laparasitosis infantil. CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2009.	63

## LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 9 años. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2009.	43
Tabla 2. Prevalencia por tipo de parásitos en niños de 1 a 9 años. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2009.	44
Tabla 3. Análisis de Independencia de criterios para los factores asociados en relación a su condición de parasitados y no parasitados. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2009.	48

## RESUMEN

Problema científico: La presencia de helmintos parásitos en niños es crónico en pueblos rurales, debido a que sólo se aplican programas para aliviar la salud infantil, por lo que se plantea la interrogante ¿Cómo influye un modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado de Pacherez del Distrito de Pucalá en la Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque – Perú, durante 2008 y 2009?

Hipótesis: La aplicación de un modelo de intervención social antiparasitario sostenible disminuye la prevalencia de parásitos en el CP Pacherez de Pucalá, Chiclayo - Perú.

Variables: Variable Independiente: intervención social, con subvariables: Tratamiento médico y Capacitación a padres de familia. Variable dependiente: parasitosis. Variables Intervinientes: Factores de riesgos de infección de la parasitosis y el Nivel de conocimientos de higiene personal, familiar y ambiental de los padres de familia de los niños parasitados.

Objetivos: Diseñar, aplicar y evaluar un modelo de intervención social para la disminución de la parasitosis intestinal infantil en el CP Pacherez.

Metodología: La población estudio fueron los niños de 1 a 9 años del CP Pacherez, durante 2008 al 2009; se realizó el diagnóstico y se aplicó un modelo: tratamiento médico, se capacitó con estrategias educativas a los padres de familia y se evaluó el antes y después de la intervención del modelo. Los datos fueron procesados estadísticamente para determinar las medidas de tendencia central y de dispersión de las especies de parásito por niño, antes y después de aplicar el modelo de intervención antiparasitaria, para luego ser sometidos a prueba de hipótesis estadísticas de  $\chi^2$  (Chi cuadrado)

Resultados: La prevalencia de parasitosis disminuyó al 14.3% a 01 mes, al 10.2% a los 3 meses y al 18.4% a los 6 meses de la intervención social, con la participación activa comunitaria.

Consideraciones finales: Mediante la aplicación del modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el CP Pacherez, la prevalencia disminuyó de 100% al 18.4% a los 6 meses de la intervención.

**Palabras Clave:** Parasitosis intestinal infantil, modelo de intervención social antiparasitario, comunidad rural.

## I. INTRODUCCIÓN

El Bienestar es un anhelo común a todos los seres humanos, y está referido a tener lo necesario para vivir, disfrutar de un ambiente para gozar de una buena salud, y tener tiempo para la diversión y el goce de la vida. Este anhelo ha acompañado y acompañará a los seres humanos, tal como lo manifiestan Brack y Mendiola (2007)

Por otro lado, el tema de la pobreza es muy amplio y complejo. La búsqueda de alternativas para reducir la pobreza es una prioridad en las agendas de los gobiernos nacionales e internacionales, debido a que en el mundo en que vivimos se caracteriza por una gran pobreza en medio de la abundancia de un total de 6.000 millones de habitantes, el 47% vive con US \$ 2 diarios a pesar que en el último siglo las condiciones de vida mejoraron (Banco Mundial, 2001), demostrando que el estilo de vida de la mayoría de la población mundial está lejos de vivir en lo que sería lo ideal.

Pero, para superar o disminuir “la pobreza” es importante lograr o conseguir el desarrollo humano que asume que el propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos pueden aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras (PNUD, 1994). En este contexto, una de las necesidades básicas del ser humano es la salud, la cual está relacionada con el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades.

Es preocupación conjunta de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia especialmente de aquellas enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales infantiles que continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad antes de los cinco años de edad; siendo los niños representantes de la principal riqueza y futuro de la mayoría de los países de América Latina. Se trata de encontrar la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de enfermedades y problemas de salud y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar social de la población (OPS/OMS, 2001).

En zonas geográficas donde la pobreza, la ignorancia y los centros de salud ineficientes son más acentuados, la tasa de parasitosis intestinal es considerablemente alta. Estas condiciones son compartidas especialmente por los países en vías de desarrollo, dentro de los cuales se encuentran los países latinoamericanos, como el nuestro (Sánchez et al., 2000); además, la parasitosis intestinal, constituye una de las diez principales causas de muerte (Flores et al., 2002).

En la parasitosis, es conocida su íntima relación con las características socio-económicas que determinada población presenta, como son las condiciones de saneamiento, la pobreza, el analfabetismo y el hacinamiento. Por ello, su alta frecuencia en países en vías de desarrollo, en donde además de las deficiencias anteriormente mencionadas se suma el poco énfasis en la prevención y promoción de la salud; ejemplos de esto son muchos países latinoamericanos que a pesar de contar con las grandes metrópolis mundiales tienen una incidencia parasitaria elevada producto del acelerado crecimiento demográfico, así como un proceso de urbanización desorganizado dejando como saldo una mala implementación de servicios básicos (Mazzarella et al., 2002)

En zonas rurales de la sierra peruana, la parasitosis constituye uno de los principales problemas de salud pública, estimándose que una de cada tres personas porta uno o más parásitos en su intestino (Flores et al., 2002). La prevalencia aumenta en poblaciones que carecen de condiciones socioeconómicas adecuadas así como de una eliminación de excretas inadecuada, deficiente higiene personal, tendencia a permanecer descalzo, inadecuado saneamiento ambiental y desmotivación para implementar normas higiénicas en la comunidad.

La Región de Lambayeque, no escapa de la realidad antes mencionada, tanto en los centros poblados rurales como en los barrios urbanos marginales; como el caso de las comunidades que rodean a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, Perú): “Rosa Nélide Castillo”, Santo Toribio de Mogrovejo”, “04 de Noviembre”, “Luis Alberto Sánchez”, “Santa Trinidad” y “San Christian”, “Cruz de la Esperanza” y “Jorge Basadre”, entre otras.

Todas estas comunidades son zonas urbanas pero marginales, denominadas “Asentamientos Humanos” o “Pueblos Jóvenes”, y se caracterizan porque cuentan con una población aproximada de 15.000 habitantes y 2.950 familias, los cuales todavía no tienen una organización definida, ya que se constituyeron como invasiones hace aproximadamente 15 años. Son zonas consideradas como zonas deprimidas, con muchas necesidades insatisfechas, con viviendas precarias, y en el que la mayoría de familias carecen de servicios sanitarios elementales, poco acceso a la educación, empleos pocos remunerados, sus calles no están asfaltadas (Hurtado et al, 2006).

Asimismo, existen comunidades rurales que tienen, aún más, necesidades pertenecientes al área de salud tales como: precaria salud por la presencia de enfermedades frecuentes y diversas, debido a que tienen muldares de basura convertidos en focos de contaminación ambiental y de enfermedades, reflejándose en efectos de malestar personal y familiar (Mera y Raunelli, 2006), como es el caso del Centro Poblado Pacherez del Distrito de Pucalá, Chiclayo. De igual manera, se reportan diferentes tipos de enfermedades en los centros poblados rurales, en donde también son consideradas zonas deprimidas de extrema pobreza, tiene muchas necesidades, desempleo y si los tienen son muy pocos remunerados, existe hacinamiento, por lo que se hace necesario intervenciones con estrategias sociales para conocer la situación de salud, qué enfermedades y cuáles son las que prevalecen en estas comunidades, cuáles son las causas de enfermedades, cómo prevenirlas, cómo conseguir que sus habitantes adquieran hábitos saludables para prevenir y/o disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad, etc.

En las visitas realizadas en el Centro Poblado Pacherez, se pudo observar que cuenta con una población aproximada de 1000 personas, constituyendo 209 familias (manifestaciones de los mismos pobladores); y, como estrategias de intervención social comunitaria, en la fase de identificación de problemas de su comunidad planteados por los mismos actores sociales, para el Problema relacionado con la Salud, manifestaron la presencia de niños enfermos y desnutridos, con síntomas de inapetencia, bajo de peso, se rascan frecuentemente la nariz y región anal, caminan descalzos -síntomas de presencia de parasitosis intestinal-, continúan manifestando que falta apoyo del Sector Salud frente a las enfermedades infantiles en este Centro Poblado Rural; también hay un desconocimiento, indiferencia, individualismo y conformismo de la parasitosis infantil de

parte de los padres de familia y desconocimiento de los factores de riesgo asociados al fracaso en el tratamiento de la parasitosis intestinal en los niños.

Por todo lo antes mencionado, se hace necesario realizar la intervención social comunitaria con estrategias adecuadas y pertinentes para generar familias saludables con hábitos más saludables de vida al disminuir la parasitosis intestinal infantil en el Centro Poblado Pacherrez, por lo que se plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo influye un modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherrez del Distrito de Pucalá en la Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque – Perú, durante 2008 y 2009?

Las acciones a tomar mediante este modelo permitirá disminuir en forma sostenible la parasitosis intestinal infantil de esta comunidad rural, con acciones básicamente preventivas y participativas en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente en relación con su salud y bienestar, pero a la vez definir sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud comunitaria.

**Objetivos:**

Diseñar, aplicar y evaluar un modelo de intervención social para contribuir a solucionar el problema social de la disminución y prevención de la parasitosis intestinal infantil en forma sostenible, en el Centro Poblado Pacherrez, Distrito de Pucalá - Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, Perú, durante 2008- 2009.

## II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El problema de salud de la parasitosis intestinal infantil ha sido tratado desde hace mucho tiempo, la mayoría de investigaciones han estudiado sobre todo desde el punto de vista de prevalencia, factores de riesgo de contraer esta enfermedad:

Sanzón et al., en 1999, con el propósito de evaluar el efecto de la educación con componente lúdico y un programa de instalación de letrinas por siembra de árboles, se estudió a una población de 800 habitantes de la zona rural del Municipio de Arboleda, Departamento de Nariño- Colombia. Se tomaron dos muestras de análisis coprológicos, cada 6 meses, pero después de la primera, se hicieron letrinas, se dieron charlas educativas sanitarias, etc. En la primera muestra se identificaron 67,7% casos positivos y en la segunda bajó significativamente a 54,1%.

Sánchez-Vega et al. (2000) determinaron la frecuencia de parasitosis intestinales, así como identificar las características poblacionales de importancia para su transmisión a los habitantes de una comunidad en asentamientos humanos irregulares de la ciudad de México. Giardiasis fue la más frecuente (29,98%); la entamebiasis representó (22%): *Entamoeba histolytica* (7,29%) y *Entamoeba coli* (14,71%) Entre las helmintiasis, fue predominante ascariasis (9,04%), himenolepiasis (5,53%) y enterobiasis (1,48%). Concluyeron que las condiciones socioeconómicas de la población, favorecen la transmisión de las parasitosis intestinales.

Mendoza et al. (2001) realizaron un estudio coproparasitológico a 456 niños de 1 a 5 años de edad pertenecientes a 4 círculos infantiles del Municipio San Miguel del Padrón (Cuba) en 1998, reportándose una prevalencia de *Giardia lamblia* con 54,6%; además se encontró *Blastocystis hominis* (29,6%), *Endolimax nana* (23,9%), *Cryptosporidium parvum* (0,6%) y *Ciclospora cayetanensis* (1,5%) Los resultados confirman que *Giardia lamblia* es el parásito más prevalente en los círculos infantiles.

Vásquez-Garibay et al. (2002), con la finalidad de estimar la prevalencia de deficiencia de hierro, yodo y parasitosis en niños que asisten al Instituto Alteño para el desarrollo de Jalisco – México, realizaron un estudio transversal entre 1997 y 1999, a 432 niños de 1 a 10 años de edad, determinando presencia de parásitos, encuentran más anemia (7,4%) y deficiencia de hierro (44,4%) en preescolares que en escolares. El 29% presentaron deficiencia de yodo y el 47,2% presentaron parasitosis. Predominaron *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*. Bajo salario, sexo masculino y no tener seguridad social se asociaron con parasitosis.

Núñez et al., en el 2003 realizaron un estudio longitudinal, de casos y controles sobre giardiasis durante 18 meses en tres guarderías infantiles de la ciudad de La Habana. El estudio se desarrolló para conocer los factores socioeconómicos y hábitos higiénicos que están asociados con este fenómeno. No se encontraron diferencias en la infección por giardiasis, en cuanto al lavado de manos antes de comer y después de defecar; se encontró un mayor porcentaje de parasitosis en lavado incorrecto de los vegetales. Los resultados demuestran el papel del agua como vehículo de transmisión en la giardiasis y la importancia de algunos factores epidemiológicos.

García et al. (2004) realizaron un estudio transversal con 74 alumnos de 4 a 6 años, del Jardín de niños del Municipio de Escobedo – Monterrey, México. Encontraron parasitados a 43% de los niños; siendo más prevalente *Entamoeba histolytica* (82%), y también *Giardia lamblia* (8%). Con relación a la edad, los resultados mostraron mayor prevalencia de infección en niños con 6 años de edad. Concluyeron que sus resultados coinciden con la literatura, haciendo la indicación que la ausencia de hallazgo de helmintos se debe a campañas de desparasitación implementadas por la Secretaría de Salubridad desde 1995.

Giraldo et al. en el 2005, realizaron un estudio con el objetivo de determinar prevalencia de Giardiasis y el parasitismo intestinal en una muestra significativa de niños preescolares de los hogares de madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se evaluaron 328 niños, y los parásitos con potencial patógeno tuvieron las siguientes prevalencias: *Ascaris lumbricoides* 2,4%, *Hymenolepis nana* 0,6%, *Trichuris trichiura* 2,1%, *Blastocystis hominis* 6,1% y *Giardia lamblia* 13%. Este estudio muestra la baja frecuencia de los helmintos con respecto a los protozoos, por lo que estrategias de desparasitación masiva con dosis únicas de Albendazol no tiene utilidad. Se confirma que el parásito patógeno mas prevalente es *Giardia lamblia* en los niños de las guarderías. La mayoría de niños infectados por *Giardia* son asintomáticos.

Devera et al. (2006), para determinar la prevalencia de parasitosis intestinales y evaluar las condiciones socio-sanitarias en un grupo de niños de 0 a 14 años en una comunidad rural de Venezuela, se realizó un estudio transversal entre julio y agosto de 2003. De las 71 muestras analizadas 78,9% tuvieron parásitos intestinales. Los protozoarios fueron más frecuentes que los helmintos, prevaleciendo *Blastocystis hominis* (62%) y *Giardia lamblia* (32,4%); entre los helmintos destacaron *Trichuris trichiura* (19,7%) y *Ascaris lumbricoides* (19,7%). Concluyen que los niños tienen una elevada prevalencia de parásitos intestinales y que posiblemente las deficiencias en el saneamiento ambiental básico y las precarias condiciones de vida de estas familias, son los factores que favorecen la infección hallada.

En 2006 Sánchez realizó una apreciación crítica sobre las enfermedades parasitarias en Colombia y de acuerdo a la Investigación Nacional de Morbilidad realizada entre 1965 y 1980 se reportó 54% de *Ascaris lumbricoides* en 1965, pero disminuyó a 34 % en 1980; del mismo modo 50% de *Trichuris trichiura* en 1965 y en 1980 disminuyó a 37%. Sin embargo, *Giardia lamblia* al contrario de los parásitos anteriores, se comportó de manera ascendente en el tiempo, aumentando su prevalencia de 9,4% reportada en 1965 a un 21,4% en 1980.

Ávila-Rodríguez et al. (2007), con la finalidad de conocer la frecuencia de parasitosis intestinal y los factores asociados a esta, realizan un estudio transversal en 429 niños entre 6 y 36 meses de edad, en un hospital asistencial de México. Encuentran una frecuencia de parasitosis de 31,2%, siendo la mayoría parasitados por *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*. La amebiasis se asoció con la edad e ingreso familiar y la

giardiasis con la edad y calidad de paredes de su casa. Confirman que la condición socioeconómica y las condiciones inadecuadas de la vivienda se asocian a un mayor riesgo de parasitosis intestinal, principalmente por protozoarios.

Zonta en 2007 realizó un estudio sobre la prevalencia intestinal en niños de edad preescolar y escolar realizado en el período abril – diciembre, 2005 en Brandsen, Buenos Aires – Argentina, en tres poblaciones: urbanas (U), periurbanas (PU) y rurales (R). Se variaron las condiciones de vida de las tres zonas, dando previamente charlas de capacitación a las diferentes poblaciones y luego se realizaron los análisis coprológicos a 119 niños. 63,9% estuvieron parasitados. El mayor porcentaje de infectados se encontró en PU (80,8%) seguido por R (63,4%) y U (55,8%). Se identificaron *E. vermiculares*, *E. coli*, *B. hominis*, *G. lamblia*, *A. lumbricoides*, *T. trichiura*. Concluyen que el mayor valor de poliparasitismo en PU, caracterizada por las condiciones socio-ambientales más desfavorables, sugieren el impacto negativo de la urbanización cuando no es acompañado de la provisión de servicios de infraestructura básicos.

En Perú, igualmente se han realizado estudios de parasitosis intestinal infantil, desde el punto de vista de prevalencia, incidencia, factores de riesgo, etc. Así, Luna et al. en 1993 realizaron la prevalencia e intensidad de infecciones de parasitosis intestinales en escolares de primer grado de primaria de 45 colegios de San Juan de Miraflores, Lima – Perú. Se encontró biparasitismo y triparasitismo, siendo *Giardia lamblia* el protozoo mas frecuente: 37.54%, *Hymenolepis nana* 21.59%; concluyen que la prevalencia varía de acuerdo a las zonas y sus características socioeconómicas.

Cornejo et al. (2002) con el objeto de determinar la prevalencia de enteroparasitosis en la población infantil de una ciudad de la sierra de Lima, realizaron un estudio transversal descriptivo que incluyó a 187 niños entre 1 a 10 años de edad; evaluando manifestaciones clínicas de parasitosis intestinal y realizando un examen parasitológico y un test de gram. Resultaron con parasitosis intestinal 71,1% de los pacientes. El parásito más frecuente fue *Giardia lamblia* con 87,2%. Se presentó monoparasitismo en 95,5%; el 44,8% presentó diarrea como síntoma principal; 97,7% tenía malos hábitos higiénicos y 97% consumía agua no hervida ni tratada con cloro.

Salazar, Mendoza et al. (2002) para determinar la enteroparasitosis en la población menor de 11 años atendida en el Hospital de apoyo de Pomabamba – Ancash realizaron

un estudio descriptivo de enero a diciembre del 2000. La prevalencia de enteroparásitos en la población estudiada fue de 20,1%, siendo el más frecuente *Ascaris lumbricoides* con 40,9% y el menos frecuente *Blantidium coli*, con 0,6%. El biparasitismo se observó alrededor del 18% del total de casos, siendo la asociación más frecuente: *A. lumbricoides* + *G. lamblia* con 37,8%. Este estudio corrobora la prevalencia de la enteroparasitosis en la población infantil.

Castelo, Olivera y Tejada en el 2002, realizan un estudio descriptivo con el objetivo de identificar las características clínicas y epidemiológicas de la amebiasis no patógenas entre los pacientes que acuden al Policlínico “Santa Rosa” OFIRSAN XR PNP – Cusco. Se estudiaron 282 pacientes. El 47,16% de la población estudiada está afectada con amebas intestinales no patógenas, y existe una comorbilidad importante con enteroparásitos patógenos, principalmente en *Giardia lamblia*. Se concluye que la prevalencia de amebiasis intestinal no patógena, es elevada y sus características epidemiológicas se relacionan a las condiciones sanitarias e higiénicas observadas.

Marcos, Maco, Terashima, et al. en el 2002, al observar la prevalencia y factores asociados de parasitosis intestinal a 188 personas entre 1 a 16 años de los Distritos de Huertas y Julcán (Junín- Perú), observaron una prevalencia alta, el 100% de ellos tenían parásitos o comensales y el 64% alojaban patógenos, siendo el mas frecuente *Giardia lamblia* (35,1%) y *Fasciola hepatica* (19,1%). Concluyen que la alta endemicidad de parasitosis intestinal es causada por las precarias condiciones de vida, pobres hábitos higiénicos y hacinamiento humano presentes en esta población.

Marcos, Maco et al. (2003) realizan un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, determinan la tasa de enteroparasitismo en las poblaciones rural y urbana del distrito de Sandia, localizado a 2.178 msnm, departamento de Puno, Perú. Recolectan un total de 72 muestras de heces, 35 de la población rural (Grupo A) y 37, urbana (Grupo B) La prevalencia global de parasitismo intestinal fue alta en ambos grupos (A: 88,58%; B: 67,57%). La prevalencia de parásitos intestinales fue: *A. lumbricoides* (A: 51,42%; B: 29,72%,  $p = 0,06$ ), *E. coli* (A: 48,57%; B: 18,91%,  $p = 0,007$ ), *T. trichiura* (A: 42,85%; B: 13,51%,  $p = 0,005$ ), *B. hominis* (A: 40%; B: 32,42%,  $p = 0,5$ ), *E. nana* (A: 37,14%; B: 16,66%,  $p = 0,04$ ), *G. lamblia* (A: 25,71%; B: 13,51%,  $p = 0,19$ ), *H. nana* (A: 0%; B: 5,4%), *I. butschli* (A: 2,85%; B: 0%), *E. histolytica* / *E. dispar* (A: 2,85%; B: 0%), *S.*

*stercoralis* (A: 2,85%; B: 0%) y *A. duodenale/N. americanus* (A: 0%; B: 2,7%). Este estudio concluye que la parasitosis es más frecuente en la población rural que en la urbana, asociado a la pobreza, escaso saneamiento ambiental y falta de servicios higiénicos.

Romaní et al. (2005) realizan un estudio descriptivo de corte transversal sobre parasitosis intestinal en la población de 5 a 19 años (n = 162) del distrito de San Lorenzo de Quinti, Huarochirí, Lima; encontrándose una importante prevalencia de enteroparasitosis global (95,1%), siendo de éstos el 62,3% patógenos. La frecuencia de multiparasitismo fue de 84%, predominando los protozoarios sobre los helmintos. La prevalencia de protozoarios intestinales patógenos fue: *Blastocystis hominis* 22,8%, *Giardia lamblia* 22,2%, *Entamoeba histolytica* 4,9%. La enteroparasitosis no se relacionó con el sexo. Por otro lado, los autores detectaron que la prevalencia de *H. nana* disminuye con la edad en el grupo etáreo estudiado.

A nivel regional, también se han realizado estudios sobre esta enfermedad de la parasitosis intestinal infantil, prestando especial interés desde los años 1991 hasta 1998 (Santa Cruz y Chong, 1991; Carlos, 1992; Jaramillo, 1992; Saavedra y Lecca, 1992; Suárez, 1993; Quesquén, 1994; Celi, 1995; Fonseca y Henckel, 1997; Chan et al, 1997; Valle, 1997; Santa Cruz y Yafac, 1998) reportando que la prevalencia de mayor incidencia es de *Giardia lamblia*, *Enterobius vermiculares*, *Hymenolepis nana*, y *Cryptosporidium sp.* y de menor incidencia *Ascaris lumbricoides* y *Entamoeba coli*.

Revisando antecedentes, desde el 2000 en la Región Lambayeque encontramos que Silva et al, 2000 establecieron la relación entre factores epidemiológicos y la presencia de enteroparásitos en niños menores de 5 años en 26 pueblos jóvenes de los distritos de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y La Victoria, trabajando con 388 viviendas. Obteniendo una prevalencia de enteroparasitosis de 67,5%, siendo el parásito mas encontrado *Enterobius vermicularis* (43%). Se demostró que las características de las viviendas condicionan el parasitismo y que el hacinamiento es un factor determinante en la presencia de *Enterobius*.

Sobre la determinación de la distribución de enteroparásitos en el departamento de Lambayeque, Meléndez y Supo (2001) revisaron los resultados coproparasitológicos de 15 677 muestras ejecutadas en los diversos trabajos de investigación en diferentes

distritos de las tres provincias del departamento, durante los años 1992 – 2001. Concluyendo que en la provincia de Lambayeque se encuentra mayor prevalencia de parasitosis (55,24%).

Igualmente, Soplopuco (2003) estudió la parasitosis y su relación con el grado nutricional en niños menores de 12 años del AA. HH. “Santo Toribio de Mogrovejo” de Lambayeque, para lo cual analizó 124 muestras de heces, mientras que para determinar el grado nutricional empleó igual número de muestras utilizando la técnica de Hematocrito y evaluó los parámetros de peso, talla y edad. De las muestras analizadas el 60.48% fueron positivas, siendo el grupo etáreo de 7 a 9 años el que mostró la mayor prevalencia de parasitosis. Prevalió el grupo de los helmintos con un 30,65% para el caso de *Enterobius vermiculares* y en el grupo de los protozoos el de mayor prevalencia fue *Giardia lamblia* (23,39%). Además, se obtuvo que los niños del grupo etáreo 7 a 9 años presentan los valores de hematocrito más bajos (20,16%); y encontró que el 52,42% de los niños se encuentran desnutridos. Concluyó que existe relación significativa entre el grado nutricional y parasitismo.

Guzmán y López (2004) encontraron una elevada prevalencia de parasitosis (enteroparasitosis y ectoparasitosis) con porcentajes de 92,98% y 98,28% para los asentamientos humanos “La Unión” y “Virgen del Carmen” del distrito de Mocupe – Chiclayo respectivamente. La prevalencia de enteroparasitosis fue 71,93% (la Unión) y 74,14% (Virgen del Carmen); para *Giardia lamblia*, 40,35% y 20,69% para *Enterobius vermicularis*, 12,28% y 32,76% para *Cryptosporidium parvum*, 10,53% y 3,45% para *Hymenolepis nana*. La prevalencia de ectoparásitos fue de 70,18% para *Pediculus humanus var. capitis* y *Sarcoptes scabiei* 1,75% y 6,90%.

De los Santos y Requejo (2005) determinaron que la prevalencia de parasitosis en niños menores de 12 años del Sector Nuevo Reque, Distrito de Reque, fue de 8.7%. La prevalencia de enteroparásitos fue de 53,5%. El parásito de mayor prevalencia fue *Giardia lamblia* con 51%, seguido de *Enterobius vermicularis* con 44%, *Blastocystis hominis* con 27%, *Hymenolepis nana* con 13%, *Cryptosporidium parvum* con 3.5%, *Strongyloides stercoralis* con 2%, *Ascaris lumbricoides* con 2% y *Diphyllobothrium sp.* con 0,5%. En la prevalencia de enteroparasitosis se observó predominio de la monoparasitosis con 48,50%.

Yacarini y Asalde (2007) al analizar a 97 niños menores de 12 años, de los Asentamientos Humanos San Christian y Santa Trinidad, de Chiclayo; encontraron que el 51,55% de los niños resultaron positivos, en donde *Giardia lamblia* llega al 41,7%, *Blastocystis hominis* 23,3%, *Entamoeba coli* 21,7%, *Enterobius vermicularis* 6,7%, *Hymenolepis nana* 5,0% y *Trichomonas hominis* 1,7%. Llegando a la conclusión de la prevalencia de *Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis* y *Entamoeba coli*, como los parásitos más prevalentes en niños de hasta 12 años de zonas urbano marginales, influidas por las condiciones de saneamiento básico y socioeconómicas.

Fernández y Fernández (2008) estudiaron la parasitosis intestinal y su relación con hemoglobina, hematocrito y Grupo sanguíneo en 112 niños menores de 4 años de los Wawa Wasi del PP. JJ. Jorge Basadre en Chiclayo – Lambayeque, encontrando una prevalencia de 59,82 %, siendo mas frecuente el protozooario *Giardia lamblia* (31,25%), siguen *Blastocystis hominis* (30,36%), *Enterobius vermicularis* (22,32%), *Cryptosporidium parvum* (11,61%); *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Hymenolepis nana* llegan al 2,68% y *Taenia solium* (0,89%). Igualmente, determinaron que el 30,36% tenía valores disminuidos de hemoglobina y hematocrito y los grupos sanguíneos “0”, “B” y “A” tuvieron valores de 75,0%, 8,93% y 16,07% respectivamente. No se encontró diferencia significativa en la relación entre la parasitosis con hemoglobina, hematocrito y los grupos sanguíneos de los niños.

## **2. BASES TEÓRICO - CIENTÍFICAS**

Según Atías (1999) y Romero (1999) la parasitosis intestinal infantil constituye un problema grave en salud pública, por lo que es necesario crear, proponer, elaborar y poner en funcionamiento una serie de estrategias de manera que los casos de parasitosis disminuyan notablemente y se mantengan en niveles bajos. La infección por protozoarios es una de las más frecuentes en la población infantil. Algunos protozoarios presentan las fases de quiste y trofozoito. Independientemente de la fase en que se encuentren, los protozoarios deben su supervivencia a su gran poder de reproducción, pudiendo ser esta sexual o asexual. Dentro de los protozoarios que parasitan el tubo digestivo de mayor trascendencia están *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Trichomonas hominis*, *Balantidium coli*, *Iodamoeba buestchlii*.

Las infecciones por parásitos intestinales afectan a casi todas las personas y suponen una importante amenaza a la salud pública en las regiones donde el saneamiento y la higiene son inadecuados. La infección se produce cuando la piel entra en contacto con agua o suelo contaminados, o por ingestión. En caso de infección intensa puede verse afectado el desarrollo intelectual y físico (Atías, 1999; Romero, 1999)

La parasitosis intestinal en diversas zonas tiene alta incidencia y a pesar de esto se han realizado pocos estudios de investigación al respecto, esto se ve favorecido por el bajo nivel socioeconómico y educativo, mal saneamiento básico, ingesta calórica proteica deficitaria sobre todo en los niños menores de cinco años. (Noemí y Atías, 1999).

La prevención de cualquier enfermedad infecciosa exige que se interrumpa su ciclo de transmisión. Las enfermedades relacionadas con el agua o con el saneamiento pueden tener ciclos de transmisión complejos o diversos. Cuando se trata de ciclos complejos, puede producirse un ciclo evolutivo en uno o dos hospedadores intermediarios específicos antes de que el agente patógeno llegue a ser infeccioso para el ser humano. (Noemí y Atías, 1999).

La Giardiasis es una infección intestinal predominante en los niños e inmunosuprimidos y caracterizada por la producción de cuadros agudos y crónicos, de intensidad variable, pudiendo llegar al síndrome de malabsorción intestinal. Por lo que se debe evitar la diseminación de los quistes de *Giardia lamblia*, que depende del grado de saneamiento ambiental, la adecuada disposición de excretas, la existencia de agua potable y en lo posible el tratamiento de aguas servidas, el control de basuras; además se debe mejorar el grado de educación sanitaria de la población, inculcando maneras de evitar la infección y la reinfección por este parásito y, en especial, las prácticas de correcta higiene personal y de la manipulación de alimentos (Noemí y Atías, 1999).

Por otro lado, la naturaleza de las investigaciones referente a la parasitosis intestinal infantil se ha trabajado solamente desde el punto de vista de tipo reporte como diagnóstico, prevalencia y tipos de parásitos, etc. pero hasta ahora, no se han encontrado

trabajos referidos a estrategias o intervenciones sociales comunitarias, adecuadas y pertinentes para intervenir desde el punto de vista social y contribuir a la disminución de esta enfermedad en forma sostenible, en los niños de las comunidades de menos recursos económicos.

Se entiende que “intervención social comunitaria” es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente (INDES, 2000 citado en Mori, 2008)

Sin embargo, Mazzarella (2002) refiere que un punto clave en la elaboración de las mencionadas estrategias de intervención social para una determinada enfermedad, como en este caso, para la parasitosis infantil, radica en no solo implementar tratamientos médicos a toda la población, sino también una buena educación sanitaria y un mejor saneamiento de las áreas, esto conformaría una estrategia sanitaria efectiva para lograr una disminución de parasitismo.

De igual manera, este concepto se viene desarrollando desde la elaboración la Carta de Ottawa; basado en lo establecido en este documento la OMS propone como estrategia de salud pública (Ventura, 2007): el tratamiento medicamentoso masivo en la población objetivo; medidas educativas y sanitarias que mejoren la higiene ambiental y personal.

La Unión Europea (2006) define a la Estrategia Sanitaria como un elemento clave en la práctica de salud pública, cuya finalidad debe garantizarse un elevado nivel de protección sanitaria al determinar y aplicar las políticas comunitarias hace que la protección de la salud abarque todos los ámbitos clave de la actividad comunitaria. Estas estrategias comprenden: Mejorar la información sanitaria destinada a todos los niveles de la sociedad, establecer un sistema de alerta precoz para responder a las grandes amenazas sanitarias, abordar los factores determinantes de la salud, en particular los principales factores nocivos relacionados con el modo de vida, así como medidas preventivas y promoción de la salud.

En otros países, se han elaborado programas de promoción y prevención de parasitosis intestinal, entre los que podemos resaltar: El caso de Cuba mediante el Programa Nacional de prevención y control del parasitismo en la que tiene en cuenta el tratamiento médico y la educación sanitaria (Laird, 2001). Otro caso, es el de Chau lombriz!, programa de desparasitación nacional en Argentina, cuyo objetivo fue disminuir en forma sostenible la tasa de prevalencia de helmintos en la población infantil, cuya estrategia básica gira entorno al tratamiento y la educación sanitaria impartida en las diversas comunidades (Ventura, 2007). Asimismo, en Cuba, García, 2007 elaboró un diseño y aplicación de un programa educativo sobre parasitismo intestinal en niños escolares de una comunidad rural, obteniéndose resultados alentadores, el programa gira entorno a medidas educativas, que se aplican a la población.

De igual manera, la estrategia antiparasitaria aplicada en Arboleda, Colombia, demuestra que un tratamiento adecuado sumado a una educación sanitaria y una correcta eliminación de excretas disminuyen notablemente los casos de parasitismo (Sanzón et al, 2004)

Durante el desarrollo del III Congreso Nacional de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras en el año de 2006, se trataron diversos puntos acerca de la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de parásitos en la comunidad latinoamericana, así como el rol que juega la educación y las condiciones adecuadas de vida en la disminución de las tasas de parasitosis en las poblaciones mas pobres de América Latina. Entre las exposiciones más relevantes podemos mencionar: la Organización Mundial de la Salud ha urgido a sus miembros a iniciar programas de control a través del diseño de intervenciones estratégicas de educación en salud y sanitaria y un paquete de tratamiento de impacto rápido de bajo costo para reducir la carga de enfermedad en poblaciones en riesgo de países pobres (Kaminsky et al, 2006)

Por otro lado, para las intervenciones sociales comunitarias es importante tener en cuenta, como ejes transversales, la participación activa y empoderamiento de los pobladores de la comunidad, la interculturalidad y los valores. Para ello, es necesario formar, educar e instruir para que tomen conciencia y alcancen su desarrollo humano, mediante sus potencialidades y habilidades.

Amartya Sen (1999) refiere que el desarrollo humano se consigue con la libertad, considerando el papel de las oportunidades que el Estado y la sociedad lo permiten, la Educación, por ejemplo, ha sido un modo efectivo de liberar a las personas de las restricciones del analfabetismo y la ignorancia, basada en habilidades básicas, educación y aprendizaje.

En cuanto al empoderamiento para la salud, es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen OMS (AMPRO/PAHO, 1996)

Igualmente, el capital social se crea a partir de las múltiples interacciones cotidianas que tienen lugar entre las personas y está expresado en estructuras como los grupos cívicos y religiosos, los vínculos familiares, las *redes* informales de la comunidad, y las normas de voluntariado, el altruismo y los compromisos. Cuánto más fuertes son estas redes y vínculos, mayor probabilidad existe que los miembros de una *comunidad* cooperen para su beneficio mutuo. De esta manera, el capital social crea *salud*, pudiendo potenciar los beneficios de las *inversiones sanitarias* (OMS, 1998)

Asimismo, también es importante tener en cuenta la interculturalidad en la intervención social comunitaria, entendiéndose que la Interculturalidad, según Lozano (2005) considera que es un proceso de interrelación que parte de la reflexión del reconocimiento de la diversidad y del respeto a las diferencias, son las relaciones complejas, negociaciones e intercambios culturales, que buscan desarrollar: una interacción social equitativa entre personas, conocimientos y prácticas diferentes; y, una interacción que reconoce y que parte de las desigualdades sociales, económicas, políticas y de poder.

De igual manera, manifiesta el autor, que la interculturalidad aspira a la intensa interacción entre las culturas, a través del respeto y reconocimiento de: las diferencias y

convergencias entre personas y grupos; identidades individuales y colectivas; los valores compartidos, los intereses comunes para el desarrollo local, equidad de género y el medio ambiente: En conclusión, refiere el autor, que la práctica de la interculturalidad, incluye en las relaciones, características de: confianza, reconocimiento mutuo, comunicación (comprender al “otro” desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias, resolución pacífica de conflictos, consenso desde las diferencias, cooperación y convivencia.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS**

El presente estudio es una investigación cualitativa con el apoyo de la investigación cuantitativa. Primero se realizó y aplicó la intervención social comunitaria, en la que el investigador se involucró con los actores sociales para ayudar a solucionar su problema mediante la Investigación Acción Participativa (OPS/OMS, 1999), y a la vez también se midieron las variables independientes y dependientes.

### **2. ÁREA DE ESTUDIO**

#### **2.1 Ubicación geográfica**

El Centro Poblado Pacherrez del Distrito de Pucalá, Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque - Perú, está ubicado al noreste y a una distancia de 40 km aproximadamente al Noreste de la ciudad de Chiclayo, capital del Departamento de Lambayeque, Perú. Su ubicación geográfica es: 066 27 46 E y 92 51 519 N, a 142 msnm (Anexo 1)

#### **2.2 Accesibilidad**

Partiendo de la ciudad de Chiclayo se llega al cruce con Pomalca, se continua por la carretera que va a Saltur hasta llegar al C.P. del mismo nombre, luego se toma la carretera que va hacia la localidad de Pampa Grande por una vía asfaltada que se encuentra en mal estado, luego se toma un desvío a la derecha por una vía carrozable hasta llegar al C.P. Pacherrez. El tiempo estimado de traslado en movilidad pública es de 75 minutos, y en transporte privado de 50 minutos.

#### **2.3. Caracterización del Centro Poblado Pacherrez**

El Centro Poblado Pacherrez, perteneciente al Distrito de Pucalá de la provincia de Chiclayo, cuenta con una población de 1000 habitantes, distribuidos en 209 familias, según la encuesta sobre Ficha Familiar realizada (Anexo 2) y casi cien años de vida comunitaria. Sus pobladores son de etnia mestiza y nivel social de condición social extrema pobreza. Se encuentran agrupados en familias y profesan la religión católica en su mayoría.

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

**Trayectoria Metodológica:** Para el logro de los objetivos planteados, se aplicó una metodología que permitió desarrollar un análisis participativo, en la que los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio: Aplicando un modelo de intervención social para contribuir a solucionar el problema social de la disminución y prevención de la parasitosis intestinal infantil en forma sostenible, en el Centro Poblado Pacherrez, Distrito de Pucalá - Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, Perú. 2008-2009; así como en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones, para el desarrollo humano.

Para crear esas condiciones necesarias se aplicó un procedimiento de investigación riguroso bajo el enfoque de la denominada Investigación-Acción Participativa (OPS/OMS (1999), que propone intervenir de forma integral e integradora en la concepción del proceso de cuidado de salud. La intervención social se inició con un conjunto interdisciplinario de investigadores pertenecientes al Programa de Doctorado Bienestar Social y Desarrollo Local de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de la ciudad de Chiclayo.

De acuerdo a la OPS/OMS (1999), para la investigación acción participativa se siguió las siguientes fases:

● **Fase 1: Organización de experiencias y conocimientos previos en el área de estudio.** Se comenzó a delinear la temática de investigación desde 2007. Posteriormente, juntamente con el equipo investigador interdisciplinario, nos pusimos en contacto con los pobladores y dirigentes del Centro Poblado Pacherrez durante el 2008, como primera aproximación hacia la problemática comunitaria.

Al empezar el estudio se realizó un taller de sensibilización con un grupo pequeño de personas representativas de la comunidad: el Agente Municipal, el Teniente Gobernador, el Director del Centro Educativo y un grupo de representantes de Iglesias Católicas, se procedió a identificar los problemas más sentidos que viene padeciendo su comunidad. Como resultado, se obtuvieron definiciones básicas, acerca de contexto y de los conceptos que guiaron la investigación.

**●Fase 2: Definición de la problemática general de investigación.**

En un segundo momento, se invitó a seguir profundizando en otro taller de sensibilización (Fig.1), pero esta vez involucrando a otros miembros de la comunidad y actuando como protagonistas y conductores del taller los que participaron en el primero. La idea era involucrar a un buen número de pobladores y obtener información más objetiva y representativa, así como detectar los problemas más sentidos por la comunidad. Procediéndose de la siguiente manera:

1. Los participantes en el primer taller acordaron tener una siguiente reunión con un grupo de pobladores más representativos de la comunidad.
2. Para garantizar que la comunidad en su mayoría esté representada por algún vecino acuerdan sectorizar el Centro Poblado en cuatro sectores, y se comprometen identificar como mínimo unas 10 personas por sector e invitarlo a participar activamente en la segunda reunión. Consideran que el único requisito que debe ostentar el candidato invitado es espíritu de servicio y deseos de trabajar por su comunidad.
3. Ya en la reunión, a la cual asistieron cerca de medio centenar de vecinos, los responsables designan a sus dos autoridades políticas, el teniente gobernador y el agente municipal, para que dirijan la sesión, éstos a su vez solicitan ser secundados por un profesor de la zona y a un profesor del equipo investigador.
4. En esta fase se identificaron los problemas, se comenzó a trabajar con la metodología de la programación local participativa, en la que reunidos los actores sociales del Centro Poblado Pacherez, identificaron sus propios problemas, mediante una lluvia de ideas, posteriormente se les solicitó que

organizados en grupos por afinidad, analizaran cada uno de los problemas identificados, mediante el organizador de conocimientos denominado Árbol de causa-efecto.<sup>1</sup>



Figura 1. Taller de sensibilización con los pobladores del CP Pacherrez, Chiclayo – Perú.2008.

●**Fase 3: Objetivación y problematización.** Se identificaron las causas y consecuencias de la diversidad de problemas en su comunidad. Producto de este trabajo se priorizaron, mediante un diagnóstico participativo, los problemas a trabajar. Como se estuvo trabajando de manera conjunta con otros investigadores, cada uno asumió la gestión de un problema priorizado de acuerdo a sus especialidades o profesiones. En esta fase quedaron definidos y priorizados los problemas. Asimismo, se aplicó la Ficha Familiar (Anexo 2) mediante la técnica de la encuesta, con la finalidad de realizar un diagnóstico situacional de la comunidad rural, la misma que se aplicó con la ayuda de los representantes de la comunidad – previa capacitación.

●**Fase 4: Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada.** Definido el problema, previamente y estratégicamente para un debido seguimiento o monitoreo, se dividió al Centro Poblado Pacherrez en cuatro Sectores y

---

<sup>1</sup> Esta etapa al ejecutarse, los actores sociales identificaron como problemas prioritarios de su comunidad: Falta de limpieza, niños enfermos y desnutridos, falta de seguridad, violencia familiar (pandillaje, delincuencia, drogadicción, alcoholismo), falta de organización y falta de empleo o trabajo.

en cada uno se eligió un representante de Comité de Salud y Medio Ambiente, quien convocó a más líderes de su Sector.

Se utilizó la técnica de grupos focales (en los 04 Sectores) del Centro Poblado Pacherez, para recabar información referente a las familias de los niños de 1 a 9 años:

- a. El nivel de conocimientos de las familias sobre higiene personal, familiar y ambiental.
- b. Información de los factores asociados al fracaso en el tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños.

Realizaron la entrevista: la investigadora, el presidente de la Junta Vecinal, una profesora del colegio de la comunidad rural, un biólogo invitado y una estudiante de la Escuela de Medicina – USAT.

- c. Realizar el diagnóstico de parasitosis intestinal infantil (tipo de parásito) así como la relación con su estado nutricional (talla, peso, edad y anemia -palidez palmar).

Para los dos últimos eventos se utilizó la ficha de registro de información propuesto por la OPS/OMS (2001)

Finalmente, se abordó la tarea de recolección de información, orden y procesamiento de ésta, en forma colectiva, a través de un anecdotario; cada reunión con los pobladores, se constituye en una sesión de grupo focal, donde cada actor social fue analizando el porqué, cómo y para qué evitar el riesgo de infección de parasitosis, registrados mediante la Observación Participante en el Diario de Campo. El producto de esta fase es el nuevo conocimiento y explicación de la realidad, que integra los distintos niveles del saber, pudiéndose cuantificar en el Centro Poblado Pacherez.

**●Fase 5: Definición de proyectos de acción.** A partir del conocimiento elaborado, se tomaron decisiones, también colectivas, acerca de la futura acción transformadora, orientada al mejoramiento de las situaciones problemas estudiados y priorizados para abordar.

**Simultáneamente, capacitando al conjunto del equipo focal:** Comité de Salud y Medio Ambiente de cada Sector – 04 Sectores - del Centro Poblado Pacherez, en su aplicación. La capacitación de educación sanitaria estuvo dirigida con técnicas educativas y talleres (charlas, reuniones, talleres de sensibilización, psicodramas, exposiciones, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias y otro tipo de actividades similares) que permitieran

la modificación de hábitos de vida y de higiene que se asocian estrechamente a un mayor riesgo de infección con parásitos intestinales. Se consideró 02 años de trabajo junto a la comunidad.

●**Fase 6: Recuperación y sistematización de la experiencia.** Una vez ejecutados y evaluados los programas de acción, se recogieron los distintos elementos de la experiencia desarrollada: procesos, resultados e impactos.

Para poder cumplir la tarea de esta fase se realizaron nuevamente entrevistas abiertas a profundidad y se volvió a aplicar el test del nivel de conocimientos sobre higiene personal, familiar y ambiental; realizar el diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal en los niños, elementos que permitieron triangular información de antes y después de la intervención social comunitaria para contrastar los resultados y determinar el impacto de la investigación en el Centro Poblado Pacherez, con la finalidad de haber contribuido a su bienestar social.

#### **4. POBLACIÓN, MUESTRA DE ESTUDIO y MUESTREO**

**Población Objetivo:** Fueron 130 niños, de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, durante los años 2008- 2009, a quienes se les aplicó el enfoque de investigación cuantitativo.

**Tamaño de muestra:** Se consideró niños de 1 a 9 años que en forma voluntaria, quisieron realizar su análisis coproparasitológico y ser tratados médicamente, quienes actuaron como grupo objetivo, es en este contexto que se alcanzó una muestra de 100 niños. Además, la capacitación educativa sanitaria fue para los padres – pudiendo ser uno de ellos, siendo, la mayoría, madres de familia- de los niños de la muestra, **a quienes se les aplicó el enfoque cualitativo y cuantitativo (este último para la medición del nivel de conocimientos de higiene personal, familiar y ambiental).**

**Muestreo:** El muestreo fue estratificado y al azar dentro de cada estrato; como estrategia de colección de las muestras fecales se dividió en 04 Sectores del Centro Poblado con la finalidad de realizar el monitoreo correspondiente.

## **Variables – Operacionalización**

- a. Variables Independientes: Intervención social
  - Tratamiento médico a los niños parasitados
  - Capacitación sanitaria a los padres de familia.
  
- b. Variable dependiente:
  - Salud infantil: parasitosis intestinal.
  
- c. Variables intervinientes:
  - Factores de riesgos de infección de la parasitosis.
  - Nivel de conocimientos de higiene personal, familiar y ambiental de los padres de familia.

## **5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se realizó el Diagnóstico Situacional del lugar, utilizándose la técnica de grupos focales (en todos los Sectores) del Centro Poblado Pacherez para recabar información mediante la Encuesta de la Ficha Familiar (Anexo 2)
  
- Simultáneamente, se capacitó al conjunto del equipo focal de los 04 Sectores de Comité Salud y Medio Ambiente del Centro Poblado Pacherez, por 1 mes.
  
- Con la misma técnica de grupos focales (en todos los Sectores) del Centro Poblado Pacherez se recabó información sobre:
  - a. Los factores asociados al fracaso en el tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños y el nivel de conocimientos de las familias de los niños objeto de estudio sobre higiene personal, familiar y ambiental, mediante la técnica de la Entrevista (Anexo 3 y 4 respectivamente).
  - b. Diagnóstico de parasitosis intestinal infantil (tipo de parásito). Se realizaron 02 veces para cada análisis coprológico por niño, utilizándose las siguientes técnicas: Técnica de Baermann modificado en copa de Lumbreras, (Lumbreras, 1959; Mendo, 2002; Díaz y Valencia, 1993) y láminas de Test de Graham- cinta engomada (INS, 1998; Beltrán y Tello, 2005)

Para los dos últimos eventos se utilizó la ficha de registro de información adaptada (Anexo 5A, 5B), propuesto por la OPS/OMS (2001).

- Se aplicó el tratamiento médico: Se registraron datos de edad, talla, peso, palidez palmar y conjuntivas en una Ficha Médica (Anexo 6) Luego, se les dio el tratamiento médico adecuado para disminuir la parasitosis intestinal en niños, mediante la Atención Médica.
- Se dio capacitación sanitaria a los padres de familia de los niños parasitados y no parasitados durante 11 meses. Se aplicaron técnicas educativas y talleres – talleres de sensibilización, charlas, reuniones, psicodramas, exposiciones, sesiones demostrativas, tareas en aula y domiciliarias, visitas domiciliarias y otro tipo de actividades similares- (OPS/OMS, 1999; Tójar, 2006) que permitieran comprender sobre el conocimiento de los tipos y Ciclos biológicos de los parásitos, para lograr la modificación de hábitos de vida y de higiene que se asocian estrechamente a un mayor riesgo de infección con los parásitos intestinales. Asimismo, para motivar y promocionar esta adquisición de hábitos saludables se realizó un Concurso de Vivienda Rural Saludable entre las familias que tienen sus hijos con parasitosis, aplicando como instrumento de evaluación una lista de cotejo (Anexo 7), según Díaz (2005).
- Se realizaron coordinaciones con el Director del Centro Educativo para que se implementara el Rincón de aseo en cada aula para la aplicación del correcto lavado de manos.
- Se apoyó a las líderes de Salud y Ambiente en la implementación del Botiquín comunal para brindar ayuda a los pobladores.
- Asimismo, se registraron los acontecimientos, ocurrencias y hechos que acontecieron durante las sesiones o reuniones mediante la técnica del Diario de Campo, con el instrumento del Cuaderno de campo (Anexo 8).
- Mediante la Técnica de Observación directa, se observó atentamente los hechos o casos, tomándose información y registro para su posterior análisis. La observación fue indispensable para obtener el mayor número de datos de la comunidad, utilizando el instrumento de la Guía de Observación (Anexo 9).

- Se realizó la Entrevista abierta a profundidad, que se utilizó para obtener información personalizada y testimonios de los participantes (madres de familia) y diferentes líderes comunitarios respecto a sus opiniones o apreciaciones sobre el desarrollo y avances de la intervención social. El instrumento fue mediante la Pregunta.
- Se evaluó el impacto cuantitativo (mediante el Instrumento de Evaluación de Conocimientos a las madres de familia) e impacto cualitativo (testimonios de las madres de familia mediante la Entrevista abierta a profundidad) de la intervención social para la disminución de la parasitosis infantil en el Centro Poblado.
- Se tomaron videos, así como fotografías más convenientes del lugar, comunidad y diferentes actividades realizadas durante el proceso de la investigación.

## **6. PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON PERSONAS.**

- **Consentimiento informado.** Los padres de familia (cualquiera de los dos) convenientemente informados y comprendido respecto a la investigación a desarrollarse, suscribieron en una hoja (Anexo 10) su consentimiento informado para someter a sus hijos a pruebas coproparasitológicas y tratamiento médico.
- **Riesgo.** No existió ningún riesgo de contraer enfermedad o sufrir daño físico, puesto que se recolectó una muestra de heces y se aplicó tratamiento, bajo la supervisión de un profesional médico.
- **Confidencialidad:** Se garantizó la confidencialidad, datos reservados y anonimato de la información obtenida de los niños y padres de familia, objeto de estudio.

## **7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento estadístico de los datos para determinar el impacto de la aplicación del Modelo de Intervención social para disminuir la parasitosis intestinal infantil en el Centro Poblado Pacherrez se realizó con una PC utilizando el programa Excel de Microsoft Office. Para el impacto cuantitativo, los datos fueron agrupados en antes y después de las variables independientes: Tratamiento médico a los niños con

parasitosis y Capacitación de educación sanitaria a los padres de familia, resumidos en tablas y presentados en figuras.

Para la prevalencia de parasitosis en los niños, se reunieron en 4 grupos etáreos: 1 a 2 años, 3 a 5 años, 6 a 7 años y 8 a 9 años, aplicándose después la prueba de hipótesis estadísticas de  $\chi^2$  (chi cuadrado), para estimar asociación sexo - edad.

De las variables, a través de sus indicadores, se determinaron las medidas de tendencia central y de dispersión, para luego ser sometidos a prueba de hipótesis estadísticas de  $\chi^2$  (chi cuadrado) de Independencia de Criterios para la asociación de los factores de riesgo de la parasitosis y Prueba  $t$  para medias de dos muestras emparejadas para la asociación de nivel de conocimientos y en conocimiento de antes y después del lavado de manos. Las pruebas de hipótesis se realizaron a un nivel de significación de  $\alpha= 0,05$  (Zar, 1996).

## **IV. RESULTADOS**

### **1. Intervención social comunitaria.**

#### **1.1 Descripción de la intervención social**

##### **Fase 1: Organización de experiencias y conocimientos previos en el área de estudio.**

Los representantes de la comunidad en estudio reconocieron que el problema central que no les permite desarrollarse, es la falta de una organización sólida. Apenas cuentan con cuatro “organizaciones comunitarias” y dos autoridades políticas tales como: una junta directiva no reconocida, una asociación del vaso de leche en vías de extinción, una asociación de agricultores y ganaderos poco representativa, un club deportivo aislado, un agente municipal y un teniente gobernador. Por otro lado, la organización con la que cuentan es tradicional y verticalista, y no tiene dinamismo; involucra a unas cuantas personas, quedando al margen la inmensa mayoría.

Al problema de la organización débil del Centro Poblado en estudio se suma otro: los dirigentes de las organizaciones existentes, cuentan con una motivación débil para asumir tareas comunales, no cuentan con los recursos económicos básicos para asumir compromisos en la gestión, tampoco cuentan con la experiencia en gestión comunitaria ya que la posibilidad de aprender y adquirir experiencia es mínima bajo este sistema tradicional de organización. Pese a ello, tienen deseos de servir pero pronto esta intención se les esfuma por la indiferencia y pasividad de la gente. Este desorden motivacional en los dirigentes ocasiona abandono de sus funciones y sus encargos comunitarios. A esto se suma la falta de tiempo para desempeñar los cargos. Este hecho

ocasiona descuido en la solución de los problemas y la gestión de soluciones por dejarlo en manos de unos cuantos y no considerarlo tarea de todos.

Del problema de la falta de organización comunitaria se desprenden otros como: la inexistencia de asesoramiento a la comunidad y a sus dirigentes, la falta de recursos para concretizar las acciones de la organización, la desconfianza de la gente por quienes los quieren ayudar, deterioro de la democracia y la representatividad de los gobiernos, el surgimiento de la violencia, actos delictivos, agresión familiar, alcoholismo, pandillaje, drogadicción, la carencia de los servicios básicos, presencia de enfermedades, etc., ante lo cual, la comunidad poco puede hacer, debido a su desorganización. Traduciéndose esto en atraso, subdesarrollo, marginación y abandono en los mismos pobladores.

## **Fase 2: Definición de la problemática general de investigación.**

En esta fase, los pobladores analizaron los principales problemas comunitarios que los tiene atrapados y les impide desarrollarse. Como es lógico, el primer análisis que hicieron en la primera reunión quedaron muy favorecidos por los siguientes aportes:

- a. Los asistentes ratifican el problema de la organización débil con que cuenta la comunidad y el deficiente liderazgo de sus representantes; manifiestan que la organización de su comunidad es tradicional, verticalista y antidemocrática.
- b. Ponen hincapié en la mentalidad asistencialista que se ha generado en las personas y cómo esto viene siendo favorecido por las autoridades locales, regionales y nacionales.
- c. Son concientes que la verdadera pobreza no es tanto la material como la personal. En consecuencia, consideran que deben mejorar significativamente su manera de pensar y de actuar. También son concientes que el Estado no les va a dar todo. Ellos tienen que empezar a asumir roles protagónicos en su desarrollo.
- d. Resaltan la indiferencia, la promoción de anti valores personales y sociales en que viene cayendo la comunidad.
- e. Además, con la asesoría y orientación de uno de los profesores investigadores los asistentes hacen alusión a otros problemas que les afecta:
  - Relacionado al área de *Salud y medio ambiente*: No cuentan con un Centro de Salud o Posta de Salud, presencia de enfermedades en sus niños, no les brindan jornadas médicas, no cuentan con agua ni desagüe, les falta parques y jardines, existe

contaminación ambiental debido a la presencia de basura y focos contaminantes, pozos ciegos, entre otros.

- En relación al área de *Educación, cultura, deporte y recreación*: colegio con infraestructura inadecuada y obsoleta, no tiene plataformas recreativas y deportivas, mobiliario deficiente y deteriorado, no cuentan con soporte tecnológico, no tienen biblioteca escolar, profesores desactualizados, no cuentan con escuelas de padres, escuela de líderes, tampoco con grupos culturales y artísticos. Existe deserción escolar, carecen de asistencia espiritual católica, etc.
- Por su parte, respecto a las *Relaciones institucionales y la promoción de la micro empresa* en la comunidad señalan: Falta la presencia de la autoridad política local, falta de transporte, falta de vínculos con instituciones públicas y privadas, no cuentan con un plan de desarrollo comunitario, no tienen organizaciones comunitarias reconocidas, no existe ninguna microempresa en la comunidad, no cuentan con un plano urbanístico de la comunidad, etc.
- Finalmente, en relación a la *Seguridad ciudadana* no cuentan con un puesto policial, tampoco cuentan con juntas vecinales de seguridad alguna, presencia de alcoholismo, drogadicción, violencia doméstica, no tienen un plan de prevención contra desastres naturales, tampoco tienen comité de defensa civil, entre otros.

La situación va quedando clara, la comunidad está desorganizada y las pocas personas que los representa casi poco o nada pueden hacer porque no están reconocidos, no representan a la comunidad, no cuentan con el respaldo comunitario y menos con el tiempo y el conocimiento necesarios para hacer gestión. Los problemas están latentes porque no existen líderes que se involucren con las soluciones. Sin embargo, muestran deseos de salir adelante.

### **Fase 3: Objetivación y problematización.**

Una vez analizada la problemática de manera general, los pobladores del Centro Poblado de Pacherez, en su afán de convertirse en actores y protagonistas de su desarrollo y asesorados por el equipo investigador interdisciplinario proceden a identificar los problemas ejes comunitarios, las causas y las posibles soluciones. Para cumplir esta fase se les solicita pensar las siguientes preguntas: de toda la problemática analizada anteriormente ¿Cuáles de ellos consideran ustedes que constituye el problema de

problemas? ¿Qué otros problemas prioritarios consideran? ¿Cuáles son las causas, consecuencias y alternativas de solución?

- Luego de una discusión compartida e intercambio de experiencias, los pobladores representativos del Centro Poblado de Pacherez, no dudan en atribuir como el causante de los problemas a uno de ellos que consideran clave, a saber, **organización comunitaria débil**. Por esta razón, están de acuerdo centrar la atención en este problema que es considerado como el problema de problemas.
- Siguió otros problemas prioritarios, como en Salud y Medio Ambiente: Presencia de enfermedades en sus niños, falta de un Centro de Salud o Posta de Salud, no les brindan jornadas médicas, inadecuado manejo de la basura, pozos ciegos; presencia de violencia familiar, etc.

Posteriormente, como se estuvo trabajando inicialmente de manera conjunta con otros investigadores, a partir de este momento, cada uno asumió la gestión y solución de un problema priorizado de acuerdo a sus especialidades o profesiones; por lo que se asumió el problema de la parasitosis intestinal infantil.

En la siguiente tabla, observamos el análisis de causas, efectos realizados y las alternativas de solución propuestas por los actores involucrados y comprometidos:

**PROBLEMA COMUNITARIO FUNDAMENTAL DETECTADO:**

**PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL**

CAUSAS	CONSECUENCIAS	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
Presencia de basura en las calles.	Presencia de enfermedades en los niños	Charlas de higiene ambiental
Falta de apoyo del Sector Salud frente a las enfermedades infantiles en los asentamientos humanos	Presencia de parasitosis infantil: Madres manifiestan bajo peso, inapetencia, se rascan frecuentemente la nariz y parte anal de sus niños, desgano.	Pobladores solicitan jornadas médicas
Desconocimiento,	No solucionan el problema de	Formar líderes para la gestión de

indiferencia, individualismo y conformismo (subestiman la enfermedad) de la parasitosis infantil de parte de los padres de familia.	parasitosis que puede ser causa de anemia, desnutrición, retardo en el crecimiento, trastornos de aprendizaje en edad escolar ; además causan problemas específicos según el tipo de parásito (problema de piel, problemas respiratorios, mala absorción, obstrucción intestinal, etc.)	Salud y Ambiente con respecto a la prevención sostenible de enfermedades infantiles como el de parasitosis intestinal.
Desconocimiento de los factores de riesgo asociados al fracaso en el tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños	Presencia de niños con parasitosis intestinales, aún después del tratamiento antiparasitario	Fomentar actividades diversas que favorezcan la integración de las personas en charlas de higiene personal, familiar y ambiental. Realizar gestiones para construcción y equipamiento de Posta de Salud e instalación de servicios sanitarios.

**Fase 4: Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada.**

En esta fase, se analizó el diagnóstico de la situación de la comunidad rural, organización de la comunidad rural, el nivel de conocimientos con respecto a las causas, conocimientos y prevención de la parasitosis infantil, prevalencia de la parasitosis e identificación de los factores de riesgo de la enfermedad. Los resultados se muestran en los títulos 2, 3, 4, 5 y 6.

El producto de esta fase es el nuevo conocimiento y explicación de la realidad, que integra los distintos niveles del saber, pudiéndose cuantificar en el Centro Poblado Pacherez del Distrito de Pucalá.

**Fase 5: Definición de proyectos de acción.**

A partir del conocimiento elaborado, se tomaron decisiones, también colectivas, acerca de la futura acción transformadora, orientada al mejoramiento de la

situación del problema sobre la parasitosis intestinal infantil, considerando como proyectos de acción:

- a) Exámenes coproparasitológicos de los niños de 1 a 9 años, dos veces seriada cada tres días por cada evaluación por niño.
- b) Simultáneamente a lo anterior, se capacitó en educación para la salud al conjunto del equipo focal: Comité de Salud y Medio Ambiente de cada Sector – 04 Sectores - del Centro Poblado Pacherez y a las madres de familia participantes, con la finalidad de modificar sus hábitos de higiene que se asocian estrechamente a un mayor riesgo de infección con parásitos intestinales.
- c) Tratamiento médico a los niños de 1 a 9 años.
- d) Exámenes coproparasitológicos a 1 mes del tratamiento.
- e) Exámenes coproparasitológicos a los 3 meses del tratamiento.
- f) Exámenes coproparasitológicos a los 6 meses del tratamiento.

Se continuó con la capacitación sanitaria paralelo a los exámenes coproparasitológicos.

#### **Fase 6: Recuperación y sistematización de la experiencia.**

Una vez ejecutados y evaluados los programas de acción, se recogieron los distintos elementos de la experiencia desarrollada.

En esta fase se realizó nuevamente entrevistas abiertas a profundidad sobre el nivel de conocimientos sobre higiene personal, familiar y ambiental; realizar el diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal en los niños, elementos que permitieron triangular información de antes y después de la intervención social comunitaria para contrastar los resultados y determinar el impacto de la investigación en el Centro Poblado Pacherez, con la finalidad de haber contribuido a su bienestar social. Los resultados se muestran en los títulos 7 y 9.

## **2. Situación de la comunidad rural - Diagnóstico**

El diagnóstico situacional de la comunidad rural del Centro Poblado Pacherez - Pucalá, por análisis de 209 familias (a través de la Ficha Familiar), evidencia:

Sobre el número de integrantes por familia, la mayoría está integrada por cuatro y tres personas (27,3% y 23,4% respectivamente). Luego están las de cinco y dos personas

(14,8% y 12,9% respectivamente). El 21,6% están integradas por una, seis, siete y ocho personas.

El número de familias por vivienda el 97,9% de las familias están conformadas prioritariamente por 1 sola familia y solo un 2,1% por 2 familias.

En relación con el ingreso mensual familiar, el 53,4% de las familias tienen un ingreso familiar superior a 360 soles e inferior a 570 soles, el 12,2% un ingreso mensual entre los 780 a 990 soles y en porcentajes menores un ingreso superior a 1200 soles. También se pudo observar que el ingreso promedio mensual de cada familia es de S/. 559,47.

Con relación al sexo en el Centro Poblado Pacherez se pudo observar que el 49 % son varones; mientras que 51 % de estos son de sexo femenino.

En la distribución de las edades se determinó que el 42% de los integrantes tienen edades comprendidas entre los 25 a 54 años; es decir, son personas económicamente independientes y socialmente responsables. La edad promedio alcanzada dentro del Centro Poblado es de 33 años.

En cuanto al estado civil de los pobladores del Centro Poblado, la gran mayoría de los integrantes de cada una de las familias entrevistadas son solteros los que representan el 36% del total y también el 36% son casados. En porcentaje menores se encuentran convivientes (18,5%), madres solteras (2,4%), viudos (4,9%), separados (1,9%) y divorciados (0,3%).

Respecto al grado de instrucción de cada uno de los integrantes de las familias, el 25,9% se encuentra actualmente estudiando, el 35% tiene como grado de instrucción secundaria, le siguen los de grado de instrucción primaria (24,8%), estudios superiores (9,2%), técnicos (2,8%) y analfabetos (2,3%).

El 92% de los integrantes de las familias proceden del distrito de Chiclayo y sólo un 8% proceden fuera de dicho distrito.

Según la procedencia de familias, que el 88,4% de los integrantes proceden de la Costa, el 7,2% de la Sierra y 4,3% proceden de la Selva

Se determinó que el 29,4% son personas que realizan los quehaceres del hogar así como estudiantes (28,7%), el 15,9% son personas independientes, el 11,3% son personas dependientes y el 6,6% son eventuales

Respecto a la religión de los integrantes de familia, la gran mayoría (71,6%) son católicos, el 10,9% evangélica, el 2,8% son de otras religiones y un 14,7% no especifican la religión que profesa.

El tipo de seguro de los integrantes de familia, tenemos que el 50,4% pertenecen a ESSALUD, el 20,3% al Sistema Integral de Salud (SIS), el 26,9% a Sanidad, el 1,6% al Privado, y el 0,8% no cuenta con ningún tipo de seguro.

El 89,9% de las familias residen en viviendas propias, el 5,7% y 3,8% en viviendas prestadas y alquiladas respectivamente.

Se observó que el 77,5% de las familias afirman que el material que predomina en el techo de su vivienda es calamina, 7,2% de material noble y sólo 0,5% de caña. De otros materiales el 14,8%

Se determinó que el 91,8% de las familias afirman que el material que predomina en la pared de su vivienda es de adobe, el 7,7% de material noble y solo el 0,5% de otro material como cartón.

Se tiene que el 63,6% de las familias afirman que el material que predomina en el piso de su vivienda es de tierra, el 33% piso falso y 1,0% de cerámico; otros materiales el 2,4%.

En cuanto a tipo de combustible para la preparación de sus alimentos, el 52,9% de las familias utilizan leña; mientras que el 43%, 2,7% 1,4% hacen uso de gas, carbón y kerosene respectivamente.

Respecto a los servicios básicos que tienen las familias se puede observar que el 93,6% cuenta con el servicio de luz y sólo un 6,4% cuenta con agua.

La tenencia de animales el 24,2% de las familias cuentan con aves, 22,4% con perros, el 19% con gatos, el 19,3% con cuyes, el 11,5% crían cerdos y el 3,6% crían otras clases de animales.

El 72% de las familias afirman que el tratamiento de basura lo realizan a campo abierto y 27,3% afirman que queman los desperdicios.

El 91,9% de las familias afirman que realizan la eliminación de excretas por medio de pozo ciego y en porcentaje mínimos lo realizan a campo abierto (6,2%) y de letrina (1,9%)

Con respecto al número de dormitorios (hacinamiento), del total de familias, el 41,6% afirman que su vivienda está conformada por dos dormitorios, el 32,5% por tres, el 13,9% por un solo dormitorio y el 10% por 4 dormitorios. Solo de 5 y 6 dormitorios tienen el 1,4% y 0,5% respectivamente.

En cuanto al número de habitaciones por vivienda, el 42,1% de las familias afirman que su vivienda está conformada por dos habitaciones, el 23,4% por tres habitaciones y el 11,5% por cuatro a cinco habitaciones. Solo 1, 6 y 7 habitaciones tienen el 7,2%, 3,3% y 1% respectivamente.

En caso de emergencia el 60,3% de las familias acuden al Seguro Social ESSALUD, el 37,8% a la Posta Médica y sólo un 1.9% a una clínica.

El 97,9% de las familias usan el agua para beber proveniente de la acequia y un 2,1% de un pozo tubular.

### **3. Organización de la comunidad rural**

Con la intervención social comunitaria en el Centro Poblado Pacherez, la población comenzó a organizarse, siempre reunidos en talleres (Fig. 2 y 3): Designaron su Comité Central o Vecinal y autoridades políticas, elaboraron el Plan estratégico para su desarrollo, formularon los Objetivos Estratégicos y sus Planes, Programas y Proyectos para su desarrollo comunitario.



Figura 2. Taller de sensibilización con alcalde de Pucalá y pobladores. CP Pacherrez, Chiclayo – Perú.2008.



Figura 3. Representantes comunales exponiendo sus proyectos de desarrollo. CP Pacherrez, Chiclayo – Perú. 2008.

### **3.1 Designación del Comité Central o Vecinal y Autoridades Políticas del Centro Poblado Pacherrez**

Producto de la intervención social comunitaria en el Centro Poblado Pacherrez se organizó a los miembros de la comunidad, formando y eligiendo a su Comité Central Vecinal y autoridades políticas, y gestionaron su reconocimiento legal; se conformó por:

- 01 Presidente
- 01 Tesorero
- 01 Secretario

- 01 Vocal
- 01 Teniente Gobernador
- 01 Agente Municipal

Al realizar la sectorización de la comunidad, de acuerdo a sus problemas, se eligió a sus líderes por sectores, quedando de la siguiente manera (Fig. 4):

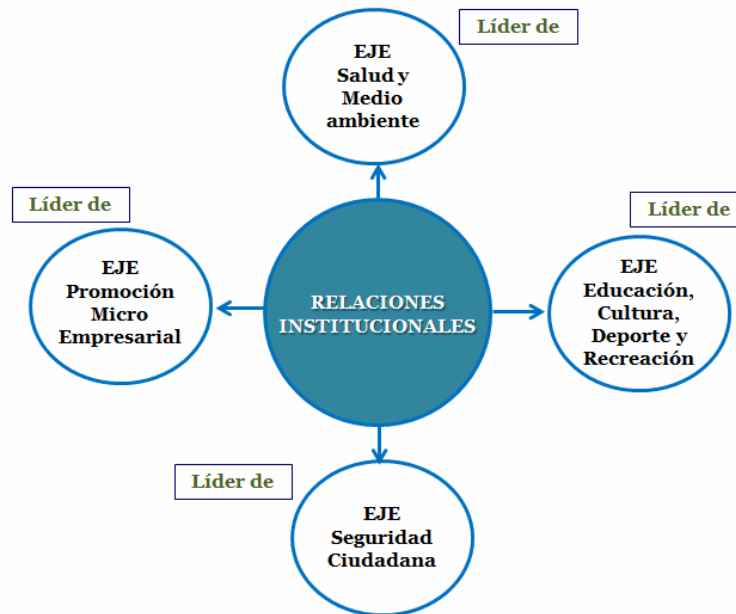


Figura 4. Configuración de líderes por sectores, de acuerdo a los problemas de la comunidad rural del CP Pacherrez. 2008.

Se eligieron nuevos líderes comunitarios del Centro Poblado Pacherrez:

1. Líder de Salud y Medio Ambiente para cada Sector.
2. Líder de Educación, Cultura, Deporte y Recreación para cada Sector.
3. Líder de Relaciones Institucionales y Promoción Empresarial para cada Sector.
4. Líder de Seguridad Ciudadana para cada Sector.

### 3.2. Objetivos estratégicos:

1. Convertir al Centro Poblado Pacherrez en una comunidad organizada, empoderada y gestora de su desarrollo.
2. Convertir al Centro Poblado Pacherrez en una comunidad limpia y saludable.

3. Convertir al Centro Poblado Pacherez en una comunidad culta y educada.
4. Convertir al Centro Poblado Pacherez en una comunidad segura y tranquila.
5. Convertir al Centro Poblado Pacherez en una comunidad autogeneradora de sus propios recursos económicos.

### 3.3. Planes, Programas y Proyectos del Desarrollo Comunitario

N°	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS
1	Comunidad organizada, empoderada y gestionaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuevo modelo de organización comunitaria.</li> <li>2. Plan de capacitación continua de liderazgo y gestión comunitaria.</li> <li>3. Proyecto de agua y desagüe</li> <li>4. Iluminación de calles y avenidas</li> <li>5. Proyecto parque infantil</li> <li>6. Proyecto de pavimentación de calles y veredas</li> <li>7. Programa de Celebración festiva del Centro Poblado</li> <li>8. Construcción e implementación de la casa comunal</li> <li>9. Arreglo de caminos.</li> <li>10. Convenios y alianzas de cooperación y apoyo al desarrollo.</li> </ol>
2	Comunidad saludable y limpia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa de arborización</li> <li>2. Plan de Limpieza Comunitaria continúa.</li> <li>3. Culminación e implementación de posta médica</li> <li>4. Servicios profesionales de un especialista en salud.</li> <li>5. Campañas de salud.</li> <li>6. Campañas de prevención de enfermedades.</li> <li>7. Programa comunitario de nutrición.</li> <li>8. Implementación de botiquín comunal.</li> <li>9. Charlas formativas sobre ecología</li> <li>10. Programa de estilos de vida comunitaria saludable.</li> <li>11. Reubicación de crianza de cerdos.</li> </ol>
3	Comunidad formada, educada y culta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proyecto de mejoramiento de la infraestructura educativa.</li> <li>2. Proyecto de implementación didáctico-tecnológica del</li> </ol>

		<p>Centro Educativo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Implementación de programas educativos de nivelación y mejoramiento académico (Matemática y Razonamiento Verbal)</li> <li>4. Plan de mejoramiento de la calidad educativa con la participación de los Padres de familia.</li> <li>5. Desarrollo de talleres artístico culturales. (danzas, títeres, baile, canto, teatro, pintura, etc.)</li> <li>6. Desarrollo de talleres deportivos.</li> <li>7. Plan de capacitación continua de profesores.</li> <li>8. Implementación de la Escuela de Padres.</li> <li>9. Creación del nivel educativo de educación inicial.</li> <li>10. Programas de alfabetización.</li> <li>11. Programa de formación humana y cristiana.</li> <li>12. Proyecto de implementación de biblioteca escolar.</li> <li>13. Ciclo de conferencias sobre: derechos y deberes ciudadanos, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, violencia familiar y de la mujer.</li> <li>14. Programa de catequesis infantil y juvenil.</li> </ol>
4	Comunidad tranquila y segura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de juntas vecinales</li> <li>2. Implementación y funcionamiento de la Comisaría</li> <li>3. Elaboración de planos comunales</li> <li>4. Programa de prevención contra desastres Naturales.</li> </ol>
5	Comunidad autogeneradora de sus propios recursos económicos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo del proyecto Humus</li> <li>2. Desarrollo del proyecto Biogás</li> <li>3. Funcionamiento de una panadería y pastelería</li> <li>4. Crianza y comercialización de patos</li> <li>5. Desarrollo de la Piscicultura</li> <li>6. Crianza y comercialización de cuyes.</li> <li>7. Procesamiento y comercialización de pancamel</li> <li>8. Capacitación en taller de apicultura</li> <li>9. Capacitación en taller de tejido</li> <li>10. Capacitación en taller de pintura.</li> <li>11. Capacitación en taller de carpintería.</li> </ol>

Con la comunidad rural organizada (primera etapa de la intervención social), y con las condiciones adecuadas y pertinentes, se procedió a continuar con la ejecución de

la segunda etapa de la intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherrez, participaron activamente los actores y protagonistas comunitarios, involucrados e interesados, previamente empoderados y con el deseo de realizar el cambio por ellos mismos.

#### 4. Nivel de conocimientos sobre causas, consecuencias y prevención de la parasitosis intestinal infantil

La evolución del nivel de conocimientos de las madres de los niños en estudio del Centro Poblado Pacherrez sobre las causas, consecuencias y prevención de la parasitosis intestinal infantil, partió de una línea base (evaluación diagnóstica) con un nivel de conocimientos deficiente (nota 8,9), pero a medida que se las fue capacitando en teoría y práctica, los conocimientos asimilados fueron mejorando, y luego de tres evaluaciones de la capacitación, los conocimientos de las madres alcanzaron la nota promedio de 13,7 (Fig. 5)

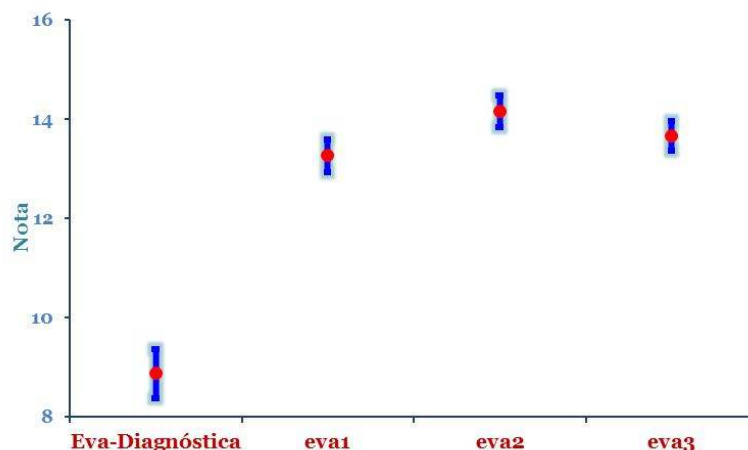


Figura 5. Nivel de conocimientos sobre prevención de parasitosis infantil de las madres de familia de los niños- objeto de estudio. CP Pacherrez, Pucalá- Perú. 2008

#### 5. Prevalencia de la parasitosis infantil del Centro Poblado Pacherrez

##### 5.1 Participación activa comunitaria

El Presidente del Comité Vecinal y las líderes de Salud y Medio Ambiente y colaboradoras (otros pobladores de la comunidad) participaron en forma responsable en esta fase, principalmente en la toma de muestras para análisis coproparasitológico, (técnica de Baermann y Técnica de Graham), realizando:

- a. Explicación del proceso de la toma de la muestra de heces a las madres de familia de los niños de 1 a 9 años – previamente capacitadas y empoderadas.
- b. Entrega por niño, de un frasco colector de muestra más una lámina portaobjetos (previamente preparada con su cinta adhesiva transparente y etiqueta para colocar el nombre del niño) – casa por casa y por sector - de acuerdo a un listado de madres de familia, a quienes se les comunicó el día y hora en que iban a regresar nuevamente a su casa para recoger las muestras.
- c. Recojo de los frascos colectores y láminas portaobjetos, previamente tenían que revisar si las madres habían colocado el nombre de su niño, así como el número de su Sector. Asimismo, registraban la entrega de los frascos y láminas para así tener el listado de las que no entregaron.
- d. Luego, inmediatamente se empaquetaban las muestras por sectores para ser transportadas, por ellos mismos -en el mismo día del recojo de dichas muestras-, desde el CP Pacherez hasta el laboratorio de Parasitología de la ciudad de Lambayeque para ser analizadas.
- e. Igual procedimiento, se aplicó para las evaluaciones parasitológicas, a las 24 horas del tratamiento con la finalidad de evaluar la efectividad de los medicamentos. Luego, se dio tratamiento médico a 1, 3 y 6 meses.

## **5.2 Prevalencia de parasitosis intestinal**

### **5.2.1 Prevalencia por sexo y edad**

Los niños varones de 1 a 9 años del Centro Poblado Pacherez, se presentaron en mayor proporción, representando el 54%; pero en cuanto a la parasitosis casi se presentaron en la misma proporción: 49% parasitados y 51% no parasitados. De los parasitados 53,1% fueron del sexo femenino y 46,9% del sexo masculino (Tabla 1). No se observó diferencia significativa entre los grupos etáreos de los niños participantes; y asimismo, para cuatro grupos etáreos no se observó diferencia significativa entre niños y niñas ( $X^2_{0,05, 3} = 7,815$ )

Tabla 1. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 9 años; Centro Poblado Pacherez, Pucalá, Chiclayo – Perú, 2009.

Sexo Niños	Parasitados		No parasitados		Total	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	26	53,1	20	39,2	46	46,0
Masculino	23	46,9	31	60,8	54	54,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>49,0</b>	<b>51</b>	<b>51,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

### 5.2.2 Prevalencia por tipo de parásitos

De los 49 niños parasitados, en niñas sólo se reportan cuatro parásitos, mientras que en niños se presentaron seis parásitos. Con respecto a la prevalencia, el protozoario *Giardia lamblia* fue la más frecuente (57,4%); presentándose en mayor proporción (30,9%) en mujeres que en varones (26,5%) En proporción significativa también se presentó el protozoario *Entamoeba coli* (25,1%). En menor proporción se presentó *Enterobius vermicularis*, *Iodamoeba bütschlii*, *Blastocystis hominis* e *Hymenolepis nana* (Tabla 2 y Fig. 6) El monoparasitismo fue el más frecuente con 85,7%, y la doble parasitosis o biparasitismo en 30,6% y triple parasitosis en 6,1% de los niños.

El biparasitismo fue *Giardia lamblia* + *Enterobius vermicularis*, *Giardia lamblia* + *Iodamoeba bütschlii*, *Giardia lamblia* + *Entamoeba coli* y *Giardia lamblia* + *Hymenolepis nana*, en tanto que el triparasitismo fue de *Giardia lamblia* + *Entamoeba coli* + *Iodamoeba bütschlii* y *Giardia lamblia* + *Blastocystis hominis* + *Iodamoeba bütschlii*. Se reportan dos casos que mostraron parasitismo con protozoarios y helmintos a la vez.

Tabla 2. Prevalencia por tipo de parásitos en niños de 1 a 9 años. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2009.

Parásitos	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Giardia lamblia</i>	21	30,90	18	26,50	39	57,40
<i>Enterobius vermicularis</i>	3	4,40	2	2,90	5	7,30
<i>Hymenolepis nana</i>	0	0,00	2	2,90	2	2,90
<i>Blastocystis hominis</i>	0	0,00	2	2,90	2	2,90
<i>Iodamoeba bütschlii</i>	2	2,90	1	1,50	3	4,40
<i>Entamoeba coli</i>	9	13,30	8	11,80	17	25,10
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>51,50</b>	<b>33</b>	<b>48,50</b>	<b>68</b>	<b>100,00</b>

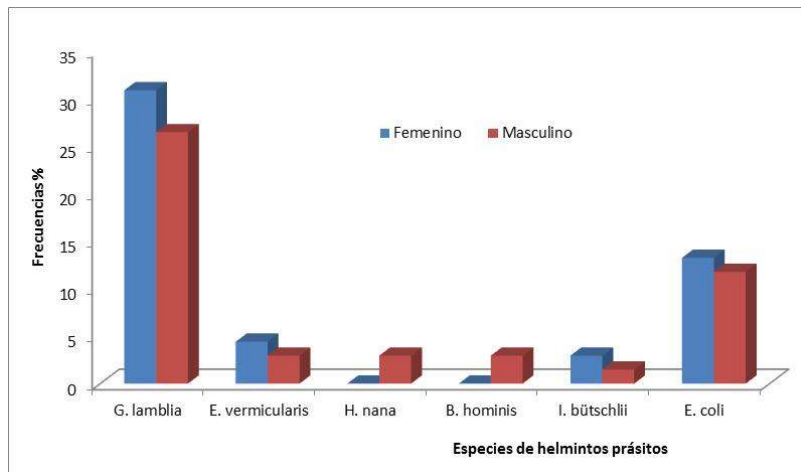


Figura 6. Prevalencia por tipo de parásitos en niños de 1 a 9 años. Centro Poblado Pacherrez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.

## 6. Factores de riesgo de la parasitosis infantil del Centro Poblado Pacherrez, Chiclayo – Perú.

### 6.1 Prevalencia de los factores de riesgo

Los factores de riesgo de la parasitosis intestinal en los niños y el ingreso económico familiar, revelan que los niños parasitados aumentan cuando el ingreso familiar es  $> 500$  nuevos soles, y por el contrario baja la parasitosis cuando el ingreso familiar de  $\leq 300$  nuevos soles (Fig.7 )

En cuanto a la educación de los padres, la parasitosis se presentó ligeramente mayor cuando los padres tenían el nivel educativo primaria y secundaria, pero los pocos padres que ostentaban educación superior la parasitosis se presentó en menor proporción (Fig. 8)

Con respecto al abastecimiento de agua que consumen los niños, la mayoría resultó parasitado cualquiera sea el origen del agua, pero en mayor proporción cuando el agua proviene de acequia (Fig. 9). La mayoría de pobladores consumen agua tanto de pozo como de acequia.

Con relación al lavado de manos de los niños antes de tomar sus alimentos, las familias que no tienen un sitio para el lavado de manos evidenciaron una elevada proporción de parasitosis (Fig. 10); pero aún dentro de las familias que tienen sitio para lavarse y se lavan las manos, una gran proporción de niños presentan parasitosis, y de los que no se lavan las manos todos resultaron parasitados (Fig. 11)

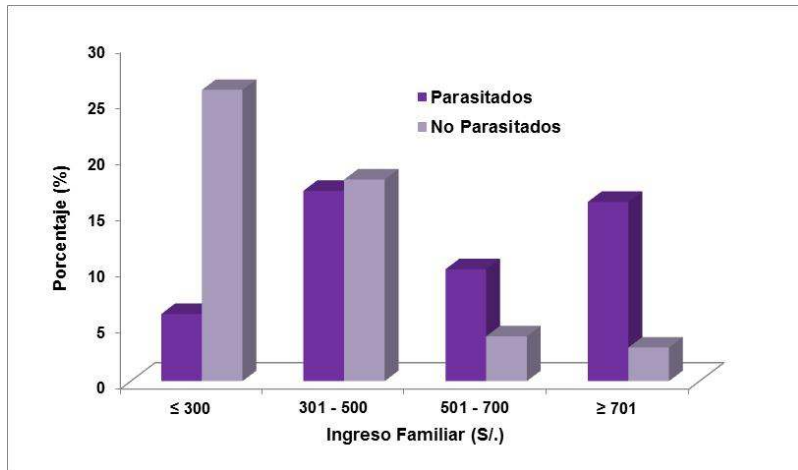


Figura 7. Ingreso Familiar (nuevos soles) de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherrez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.

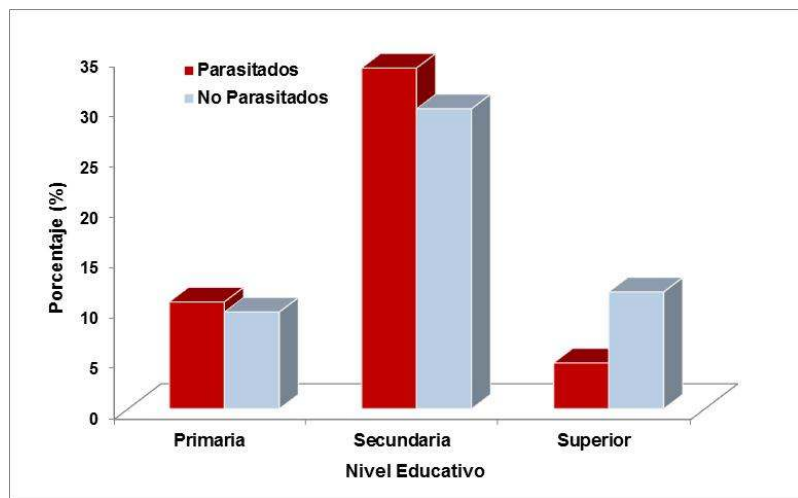


Figura 8. Educación de los padres de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherrez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.

Cuando los alimentos son almacenados - refrigerados (38%), una baja proporción (10%) de niños presentaron parasitosis, y de los no son almacenados - refrigerados (62%) una alta proporción (49%) de niños presentaron parasitosis.

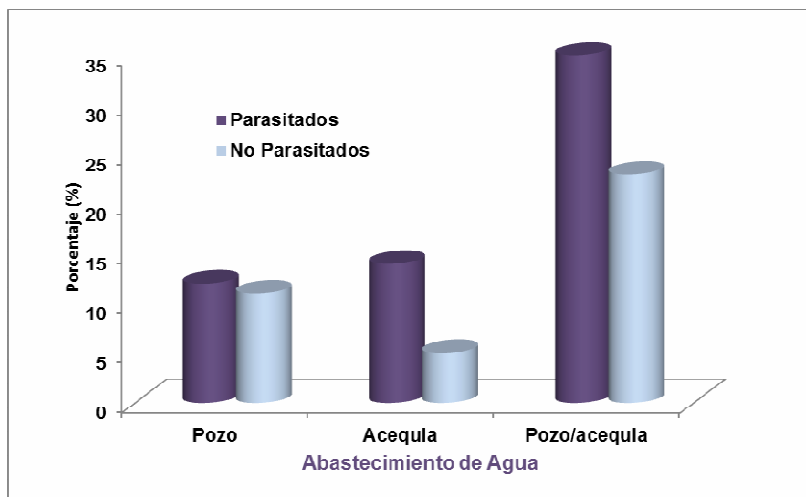


Figura 9. Tipo de abastecimiento de agua que consumen los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.

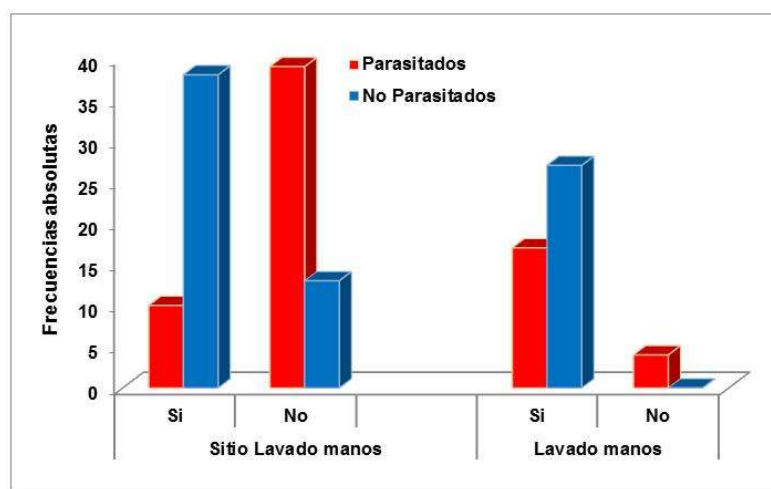


Figura 10. Hogares que poseen sitio de lavado de manos de los niños de 1 a 9 años en el Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2009.

## 6.2 Asociación de los factores de riesgo de la parasitosis infantil

Los factores de riesgo de la parasitosis en el Centro Poblado Pacherez, como el ingreso económico familiar, la educación de los padres, el abastecimiento de agua, si poseen sitio de lavado de manos, el lavado de manos antes de la comida y la conservación de alimentos (refrigeradora) demuestran que si hay diferencia significativa en los porcentajes de los niños (Tabla 3)

No se encontró diferencias significativas en el número de miembros por familia, número de habitaciones por casa o familia, número de personas por dormitorio

(hacinamiento), el sitio de eliminación de excretas, el lavado de manos después de la comida y en el tratamiento de la basura (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis de Independencia de criterios para factores asociados en relación a su condición de parasitados y no parasitados. Centro Poblado Pacherez, Pucalá. Chiclayo – Perú. 2008.

<b>Factores Asociados</b>	<b>X<sup>2</sup>tab</b>	<b>X<sup>2</sup>cal</b>	<b>Decisión</b>
Ingreso Familiar	7,815	23,694	<b>Rechazar Ho</b>
N° de miembros por familia	7,815	1,856	<b>Aceptar Ho</b>
Educación de los padres de Familia	5,991	6,655	<b>Rechazar Ho</b>
N° de habitaciones por casa	7,815	5,759	<b>Aceptar Ho</b>
N° de personas por dormitorio	7,815	6,181	<b>Aceptar Ho</b>
Abastecimiento de agua	5,991	6,752	<b>Rechazar Ho</b>
Sitio para lavado de manos	3,841	27,178	<b>Rechazar Ho</b>
Sitio de eliminación de excretas	5,991	0,614	<b>Aceptar Ho</b>
Lavado de manos antes de la comida	3,841	6,968	<b>Rechazar Ho</b>
Lavado de manos después de la comida	3,841	2,485	<b>Aceptar Ho</b>
Tratamiento de la basura	7,815	0,884	<b>Aceptar Ho</b>
Conservación de alimentos	3,841	11,199	<b>Rechazar Ho</b>

## **7. Capacitación en salud a las madres de familia de niños parasitados,**

### **7.1 Diseño de las Estrategias Educativas**

El Diseño de las Estrategias Educativas se realizó en:

*Lugar:* Aula de del IE 11502 “Inca Garcilazo de la Vega” del Centro Poblado Pacherez.

*Participantes:* Madres de familia con niños de 1 a 9 años.

*Responsables:*

Investigadora

Estudiantes de Escuela de Medicina - USAT

Presidente del Comité Vecinal

Líderes de Salud y Medio Ambiente

Equipo de apoyo en logística integrado por pobladores.

Las Estrategias Educativas que se aplicaron fueron:

#### **A. Conocimientos de salud, enfermedad y parásitos**

##### **1. Objetivos:**

- Definir salud, enfermedad, parásitos y hospedero.

- Describir las causas y síntomas de las enfermedades parasitarias.

## 2. Contenidos:

¿Qué es salud? ¿Qué es enfermedad? ¿Qué es un parásito? ¿Qué es un hospedero?  
 ¿Cuáles son los tipos de transmisión? ¿Cuántos tipos de parásitos hay? ¿Cómo nos  
 contagiamos de parásitos? ¿Los parásitos causan enfermedades? ¿Dónde se ubican  
 los parásitos?

## 3. Técnica Educativa:

Exposición- Debate dirigido.

Taller: Se lanzaron preguntas sueltas relacionadas con el tema y se pidieron las  
 respuestas por escrito. Se premió a las mejores respuestas, actuando como jurado un  
 profesor de la escuela y miembro de la Directiva del Comité Vecinal de la  
 comunidad y la investigadora (Fig.11).

## 4. Materiales:

Pizarra, plumones, cuadernos, lapiceros.

Equipo de multimedia, lap top.

Papel bond.

Cámara fotográfica



Figura 11. Clase de Conocimientos sobre parásitos a las madres de familia de los niños del  
 Centro Poblado Pacherez. Chiclayo – Perú. 2008.

## B. Ciclos biológicos de los parásitos

### 1. Objetivos:

- Reforzar los conocimientos de los síntomas de las enfermedades parasitarias.
- Explicar los ciclos biológicos de los parásitos frecuentes en la zona: *Giardia lamblia*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana*.
- Conocer in vivo a los parásitos intestinales.

### 2. Contenidos:

Ciclos Biológicos de los parásitos frecuentes en la zona.

### 3. Técnica Educativa:

Exposición – Debate dirigido

Taller:

Observación directa de parásitos conservados en formol (Fig. 12).

Participantes esquematizaron (Fig. 13) y expusieron en papelotes los Ciclos biológicos de los parásitos, trabajando en equipo de 04 integrantes.

### 4. Materiales:

Pizarra, plumones, papelotes.

Cuadernos, lapiceros.

Láminas ilustrativas a colores de los ciclos biológicos de los parásitos.

Equipo de multimedia, lap top.

Papel bond.

Cámara fotográfica



Figura 12. Taller de demostración de parásitos in vivo a las madres de familia de los niños del Centro Poblado Pacherez Chiclayo – Perú. 2008.



Figura 13. Tareas realizadas por madres de familia de niños del CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2008.

### C. Hábitos de higiene

#### 1. Objetivos:

- Describir los hábitos de higiene personal, familiar y ambiental.
- Practicar el correcto lavado de manos.

#### 2. Contenidos:

Hábitos de higiene personal, familiar y ambiental.  
Correcto lavado de manos, según CARE Perú, 2006.

#### 3. Técnica Educativa:

Exposición – Debate dirigido.

Taller:

Sesión demostrativa del correcto lavado de manos.

Participantes realizaron el correcto lavado de manos (Fig. 14).

Participantes esquematizaron y expusieron (Fig. 15) en papelotes los hábitos de higiene. Líderes de salud apoyaron en el taller (Fig. 16).

#### 4. Materiales:

Pizarra, plumones, papelotes.

Tina, jarra, agua, jabonera, toalla y jabón.



Figura 14. Sesión demostrativa sobre correcto lavado de manos realizada por los padres de familia de los niños con parasitosis del CP Pacherrez, Chiclayo – Perú. 2008.



Figura 15. Exposición sobre hábitos de higiene personal, familiar y ambiental realizados por las madres de familia de los niños parasitados del CP Pacherrez, Chiclayo – Perú. 2008.



Figura 16. Líderes de Salud dirigiendo el taller sobre hábitos de higiene CP Pacherrez. 2009.

## D. Dramatización de la historia de Tomás

### 1. Objetivos:

- Sensibilizar sobre la importancia de los hábitos de higiene.

### 2. Contenido:

Hábitos de higiene personal y familiar.

### 3. Técnica Educativa:

Sociodrama

- Madres de familia dramatizaron el Tema (Fig. 17): Historia de Tomás (Connant, 2005): Trata de una familia que por la falta de hábitos de higiene, llevó a la muerte de su pequeño hijo llamado Tomás.
- Al final se lanzó la pregunta del ¿PORQUÉ?: Los participantes respondieron con una cadena de causas y finalmente concluyeron que fue:
  - *“No lavan la fruta”*.
  - *“Falta de higiene”*
  - *“No se lavan las manos al salir del baño y antes de comer”*
  - *“Presencia de animales en la cocina”, etc, etc.*

### 4. Materiales:

Pizarra, plumones.

04 actores protagonistas con su vestimenta apropiada.

Utensilios caseros (platos, vasos).

Comida

Cámara fotográfica y Equipo de video.





Figura 17. Dramatización sobre la Historia de Tomás (muerte de un niño por falta de higiene) escenificado por las madres de familia de niños del CP Pacherrez, Chiclayo – Perú. 2008.

## E. Visitas domiciliarias

### 1. Objetivos:

- Promocionar y favorecer la

adopción de estilos de vida saludables modificando actitudes y hábitos para mejorar las condiciones de vida dentro de su vivienda y con sus propios recursos.

### 2. Contenidos:

Hábitos de higiene personal, familiar y ambiental.

### 3. Técnica:

Concurso de vivienda rural saludable. Como proceso educativo participativo:

- Convocatoria del Concurso.
- Participantes: Familias del CP Pacherrez que hayan recibido las charlas de capacitación de Prevención de la Parasitosis intestinal infantil y que sus niños han sido diagnosticados con parásitos.
- Criterios de evaluación del Concurso, de acuerdo a lo propuesto por Díaz, 2005.
- Instrumento de evaluación por familia participante (Anexo 6)
- VISITAS DOMICILIARIAS (Fig. 18).

Se dio las recomendaciones para mejorar sus hábitos de higiene, tales como: implementación del rincón de aseo (Fig. 19), manejo adecuado del agua de consumo, de la tenencia de animales, letrinas y manejo adecuado de basura, etc.

- Premiación: Madres de familia que hacen cambios en sus hogares a favor de la higiene y salud de su familia, a pesar de los factores de riesgo presentes, dentro de su pobreza.

### 4. Materiales:

Bases del Concurso Vivienda rural saludable

Instrumento de evaluación por familia participante.

Video grabadora, cámara fotográfica.



la cocina

Figura 18. Visita Domiciliaria por Concurso de Vivienda Rural Saludable en el CP Pacherez, Chiclayo – Perú. 2009. a. Cocina artesanal en base a leña y tetera donde hierven su agua. b. Depósito donde las madres de familia guardan su agua. c. Presencia de sus animales (cuyes) en



Figura 19. Rincón de aseo en Visita Domiciliaria por Concurso de Vivienda Rural Saludable en el CP Pacherez- Chiclayo – Perú. 2009.

## F. Fichas ilustrativas y tareas domiciliarias

### 1. Objetivos:

Reforzar en el correcto manejo de agua, eliminación de excretas, conservación de letrinas, correcto manejo de basura y cuidado de la higiene de sus viviendas.

### 2. Contenidos:

Manejo del agua, excretas, conservación de letrinas, basura y cuidado de higiene de sus viviendas.

### 3. Técnica Didáctica:

Exposición

Debate dirigido: Participantes analizaron cada lámina, sobre todo en las faltas de higiene.

Tarea domiciliaria: Respuestas a preguntas estratégicas formuladas sobre higiene en el material de las láminas ilustrativas.

### 4. Material:

Material didáctico del Centro de Estudios Sociales Solidaridad (Power point), según Nureña y Ruiz, 2007 (Fig. 20 y 21).

Equipo de multimedia y lap top.

Copias fotostáticas del material didáctico.



Figura 20. Ficha ilustrativa sobre el cuidado de la higiene de sus viviendas, utilizada en aula para las madres de familia de niños del CP Pacherez, Lambayeque-Perú, 2008.

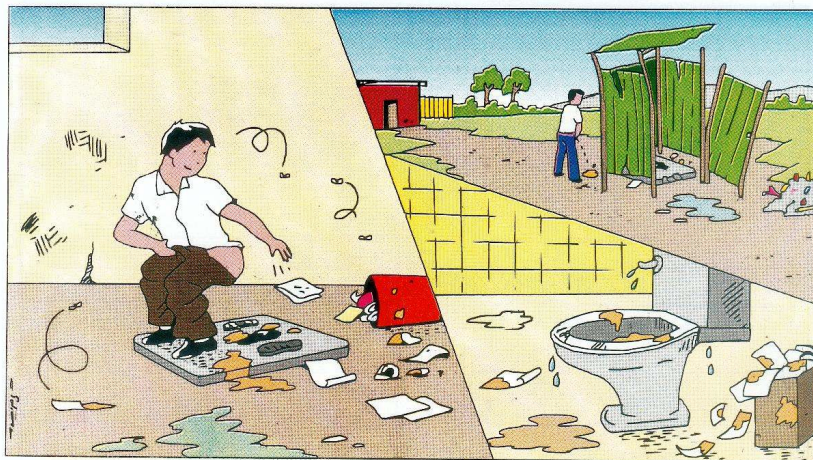


Figura 21. Ficha ilustrativa sobre conservación de letrinas, utilizada en aula para las madres de familia de los niños del CP Pacherez, Chiclayo - Perú. 2008.

## G. Charlas educativas en salud con comité vecinal de CP Pacherez

### 1. Objetivos:

- Sensibilizar al Comité Vecinal Comunal y demás pobladores para continuar con su apoyo en la prevención mediante los hábitos de higiene de la parasitosis intestinal infantil (Fig. 22 y 23).

**2. Contenidos:**

Hábitos de higiene personal, familiar y ambiental.

**3. Técnica Educativa:**

Exposición oral

Debate dirigido



Figura 22. Charla educativa en salud a la Junta Directiva Central del CP Pacherez. Chiclayo – Perú. 2009.



Figura 23. Rincón de aseo en un aula de IE 11502 del CP Pacherrez. Chiclayo – Perú. 2009.

## **7.2 Aplicación de las Estrategias Educativas.**

Durante los 12 meses de aplicación del modelo de intervención se logró poner en práctica las estrategias y técnicas educativas planificadas con la participación activa de las madres de familia con niños de 1 a 9 años.

El lugar para la capacitación en salud fue el Aula de la Institución Educativa Primaria y Secundaria de Menores N° 11502 “Inca Garcilazo de la Vega” del Centro Poblado Pacherrez, previa coordinación del Comité Vecinal y Líderes de Salud y Ambiente con el Director del Colegio.

Fueron responsables de la capacitación: la investigadora del estudio, el Presidente del Comité Central Vecinal, las Líderes de Salud y Ambiente y un equipo de apoyo logístico integrado por pobladores de la zona (especialmente para la difusión, invitación y motivación – casa por casa - para la asistencia de cada reunión; limpieza del aula, escuela y del lugar de reuniones, etc.)

También, apoyaron y colaboraron en algunas sesiones educativas en salud, un profesional biólogo invitado y alumnos de la Escuela de Medicina – USAT.

Se resalta que las líderes de Salud y Ambiente actuaron en forma responsable como apoyo, en todo momento durante el proceso educativo en el aula:

- Pasar asistencia por sesión educativa.
- Reparto, recojo y ordenamiento del material educativo.
- Recoger las tareas que se dejaron para la casa, visitando a los domicilios, para posteriormente ser entregados a la investigadora.
- Fueron responsables del dictado de algunas sesiones educativas –previamente capacitadas y empoderadas– y siempre bajo el asesoramiento de la investigadora.
- Gestión que se les encargó para que en el colegio de la comunidad se instalara el Rincón de Aseo en cada aula con la finalidad de reforzar y aplicar los hábitos de

higiene de los niños mediante el correcto lavado de manos como prevención de la parasitosis.

- Asimismo, coordinaban con las madres de familia participantes motivándolas a asistir a las sesiones educativas.

En este período también se realizó las visitas domiciliarias como parte del Concurso de Vivienda Rural Saludable, en las que se verificó la puesta en práctica de las medidas de higiene y sanitarias; además, se hizo hincapié en la necesidad de la participación familiar en la confirmación de estos conocimientos.

Se premió a la madre de familia que superó todas las observaciones y recomendaciones que se le hizo a favor de la higiene de su familia, a pesar de su pobreza y presencia aún, de algunos factores de riesgo como son las condiciones sanitarias (falta de agua y desagüe).

Algunas madres de familia, no participaron a las estrategias educativas, a pesar de que tenían a sus niños con parasitosis; por lo que se comenzó a trabajar con las líderes de salud, para que tuvieran la paciencia, tolerancia e invocar a su espíritu de servicio para el bien de su prójimo y continuar trabajando para los demás; la motivación era de que su labor debía ser trascendente. Al final, se consiguió la asistencia de esas madres de familia que no estaban participando.

A continuación tenemos, algunas de las manifestaciones de actitud de cambio positiva de las madres de familia a quienes se las visitó:

*“Los cuyes y mis patos ya están en su corral, están aparte de la casa. Los cuyes y patos no deben estar en contacto directo con los niños. Tengo mi rincón de aseo con la tina, agua, jabón, toalla limpia...”* **Orquídea**

*“Desde que usted nos explicó sobre el lavado de manos y el rincón de aseo, ya lo instalé en mi casa, conseguí un balde con su llave, al agua le coloco unas gotitas de cloro, está la toalla, jabón y jabonera...”* **Alhelí**

*“Doctora ¿cuándo puede ir a mi casa para que me recomiende qué debo cambiar para cuidar de los parásitos a mis hijos?”* **Azucena**

“...mi letrina está aparte de la casa, bien tapada, limpia alrededor de ella y la basura está en bolsa plástica, lejos de la cocina...” **Sarita**

“...cocino con leña, pero como usted me recomendó, he abierto en el techo una ventana más grande para que haya más ventilación...” **Lirio**

“...vea mi jarra limpia con agua hervida y tapada, orden en mi casa, mis platos y cucharas están tapados, he tratado de separar los cuartos donde deben dormir mis hijos...” **Magnolia**

“...mire ya saqué a mi chanchito de la casa, está al fondo, en el corral, así como me aconsejó...” **Gardenia**

### 7.1. Medición de la efectividad de las Estrategias Educativas.

La efectividad de las estrategias educativas se valoró a través de pruebas de conocimiento teóricas y práctica. En la evaluación de línea de base (diagnóstica) las madres tenían un bajo nivel de conocimientos (nota 8,9) sobre prevención de la parasitosis; pero después de tres intervenciones de capacitación que condiciona la sustentabilidad de la intervención, en la tercera evaluación el nivel de conocimientos se elevó (nota 13,7) La prueba t de promedios para muestras pareadas indica diferencias significativas, entre estas dos notas, evidenciando que la intervención de capacitación fue importante para disminuir la parasitosis (Tabla 4)

Tabla 4. Estadísticas y Prueba t de medias de muestras emparejadas sobre nivel de conocimientos en prevención de parasitosis infantil de las madres de familia de los niños. CP PAcherrez, Pucalà-Perú. 2009

<b>Estadísticas Prueba t</b>	<b>Ev. Diagnóstica</b>	<b>3ra Eval</b>
Media	8,9	13,7
Varianza	12,0	4,3
Observaciones	49	49
Coefficiente de correlación de Pearson	0,19346	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	48	
Estadístico t	-9,069	
t crítico	-1,677	

Igualmente, en cuanto al nivel de conocimientos sobre el correcto lavado de manos, antes de la capacitación la nota promedio fue de 7.29 y después de la sesión demostrativa sobre el lavado de manos aumentó significativamente a 14.98 de nota. La prueba t de promedios para muestras pareadas indica diferencias significativas, entre estas dos notas, evidenciando que la intervención de capacitación fue importante para mejorar el lavado de manos de las madres de familia de niños de Pacherrez (Tabla 5)

Tabla 5. Estadísticas y Prueba t de medias de muestras emparejadas sobre correcto lavado de manos de madres de familia de los niños – antes y después, en la prevención de parasitosis infantil. CP Pacherrez, Pucalà-Perú. 2009

<b>Estadísticas Prueba t</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Media	7,29	14,98
Varianza	3,532	7,420
Observaciones	51	51
Coeficiente de correlación de Pearson	0,318	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	50	
Estadístico t	-19,789	
t crítico	-1,676	

## **8. Tratamiento médico a los niños parasitados**

### **8.1. Participación activa comunitaria**

Después de las evaluaciones coparásitológicas a los niños de 1 a 9 años y de la capacitación sanitaria a las madres de familia de estos niños se realizó el tratamiento médico mediante una Campaña Médica para 49 niños que resultaron con el diagnóstico de parasitosis intestinal.

Se realizó en el local denominado “la posta médica” del CP Pacherrez, teniendo como responsables de su organización y que actuaron como actores y protagonistas de esta jornada, al Presidente del Comité Vecinal e integrantes de la Junta Directiva Central, las líderes de Salud y Medio Ambiente y un equipo de apoyo logístico integrado por pobladores, realizando:

- La obtención del local denominado “la posta médica”, se consiguió mediante coordinaciones con el Municipio de Pucalá, para la realización de la Jornada Médica.
- Brigadas de madres de familia que desde tempranas horas de la mañana limpiaron el local y calles aledañas.
- Elaboraron manualmente afiches alusivos a la jornada médica, a manera de propaganda.
- Realizaron la difusión, motivación e invitación –casa por casa– para que las madres de familias lleven a sus niños con parasitosis a ser tratados médicamente.
- Otra comisión de madres de familia preparó los alimentos para el personal que trabajó en la jornada.
- Apoyaron durante la organización y proceso de esta actividad, desde el inicio hasta el final de la jornada.
- Asimismo, después de las evaluaciones coparásitológicas que se realizaron a 1, 3 y 6 meses del tratamiento médico, también apoyaron en las desparasitaciones posteriores.

## **8.2. Tratamiento médico propiamente dicho**

El equipo que participó en la jornada médica estuvo conformado por:

- 01 médico
- 01 biólogo
- 02 enfermeras
- 05 estudiantes de Medicina
- 01 técnico de Enfermería - poblador de la zona.

Mediante la Ficha Médica para cada niño se le indicó el tratamiento respectivo. Asimismo, se les dio la medicina antiparasitaria de acuerdo con el tipo de parásito, la edad y peso del niño, en una sola toma y en presencia del equipo médico. Previamente, los padres habían firmado el consentimiento informado.

## 9. Evaluación del impacto del Modelo de Intervención Social sostenible

### 9.1. Impacto cuantitativo

El impacto del Modelo de Intervención Social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal del Centro Poblado Pacherrez, Lambayeque, durante 2008- 2009, fue que la prevalencia del 100% de parasitosis disminuyó al 14,3% a 01 mes, al 10,2% a los 3 meses y al 18,4% a los 6 meses de la intervención social, con la participación activa comunitaria (Fig. 24)

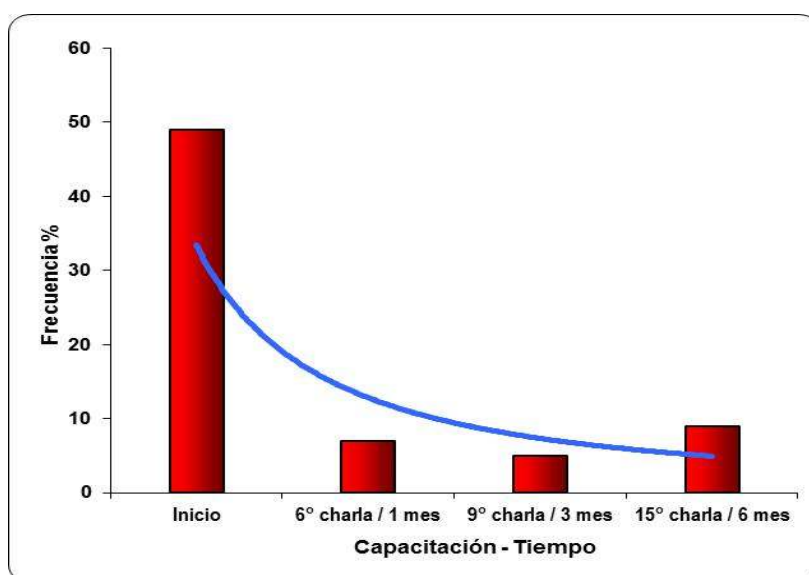


Figura 24. Impacto del Modelo de Intervención social en la disminución de la parasitosis infantil. CP Pacherrez, Pucallá-Perú. 2009

### 9.2 Impacto cualitativo

Mediante la entrevista a las madres de familia participantes durante la aplicación del presente modelo de Intervención Social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal se puede apreciar el impacto cualitativo de este modelo por las declaraciones o testimonios de ellas mismas, tales como:

## 1. ¿Qué significa para tí esta campaña de prevención de parasitosis para tus niños?

*“Significa mucho, tanto para mí y creo también para otras mamás como yo, porque nos están ayudando a prevenir muchas enfermedades a nuestros hijos, ya que gracias a los parásitos (en la forma mala) los niños no quieren comer, no quieren estudiar, no tienen apetito, no tienen ánimo para nada; esta campaña nos ayuda a tener niños sanos”* **Orquídea**

*“Usted nos ha abierto los ojos, pues nunca me imaginé cómo nos contagiamos con los parásitos, he comprendido del daño que pueden producir los parásitos en el organismo, que nosotros somos responsables que nuestro niños no se enfermen”* **Alhelí**

*“Significa que debemos estar preparados para prevenir que nuestros niños no se contagien con parásitos”* **Jazmín**

*“Para mí, mi niño y los demás niños es muy importante, ya que los talleres que nos han dado ha sido para conocer las complicaciones y debilidades que ellos tienen y que nosotros como personas humanas debemos tener a nuestros niños en buen estado para que no tengan enfermedades”* **Dalia**

*“Para mí ha sido importantísimo lo que usted nos ha enseñado, para poder tener limpia y ordenada nuestra casa, tener el medio ambiente limpio, que no haya basura tirada, ya que podemos contagiarnos de parásitos y que nuestro cuerpo esté sano”* **Margarita**

*“Ha sido una bonita experiencia, antes no sabíamos cómo prevenirnos de los parásitos, sabíamos algo, pero no como debería ser, nos ha favorecido bastante para nuestro bien, hemos aprendido”* **Rosa**

## 2. ¿Consideras importante esta campaña de prevención?

*“Claro que sí, nos ayuda a tener niños sanos, a tener niños mas dedicados al estudio y sobre todo a que estén sanos”* **Orquídea**

*“Sí, muy importante porque de esta manera estamos ya capacitados para saber y prevenir lo que es bueno, para no contagiarnos y nos de la enfermedad”* **Jazmín**

*“Muy importante, he aprendido cosas que no conocía; estoy conociendo acerca de los parásitos, los tipos, causas y síntomas. Ha sido para mí, mi primera experiencia – no he tenido madre y padre que me hayan enseñado – y ahora he tenido la oportunidad de aprender para enseñarle a mi hijo sobre la higiene, para que crezca sano”* **Dalia**

*“Si, muy importante, he aprendido más de lo que ya sabía. He podido también enseñar a otras personas que no han asistido a los talleres, y sobre todo hay que estar al tanto para que los niños laven sus manos antes de los alimentos”* **Margarita**

**3. ¿Te has dado cuenta la importancia de los hábitos de higiene que debe tener tu familia?**

*“Claro que sí, porque gracias a la higiene podemos evitar muchas cosas, empezando con las diarreas de nuestros hijos, porque si no hay higiene hay parásitos, mientras haya parásitos nuestros niños van ha tener enfermedades”* **Orquídea**

*“Sí, y muy importante. Es importante tener todo limpio, casa limpia y ordenada, tener el rincón de aseo para lavado de manos. Se debe lavar las manos antes de comer, después de ir al baño, antes de preparar los alimentos, después de cambiar los pañales al bebé, las letrinas deben estar al fondo del corral. El agua para tomar hay que hervirla bien – a 100°C, también agua clorada para lavar verduras, fruta y utensilios”* **Jazmín**

**4. De aquí en adelante ¿qué vas a hacer para mantener libre de parásitos a tus niños?**

*“Lo primero, hay que cuidar el agua, para tomarla debe estar hervida, lavar los alimentos con agua clorificada (unas cuantas gotitas de cloro) para desinfectar las cosas, verduras. Es importante lavarse las manos, porque en las*

*manos está todo, después de ir al baño, después de cambiar los pañales”*

**Orquídea**

*“Poner en práctica lo que nos han enseñado en la capacitación, tener todo limpio y en orden para no estar nuevamente con los parásitos”* **Jazmín**

*“Ejemplo, lavarse las manos correctamente, después de hacer sus necesidades, antes de cocinar, tomar el agua hervida, lavar con agua con algunas gotas de lejía o cloro a las verduras, frutas y el servicio”* **Margarita**

##### **5. Deseas agregar algo más con respecto a la capacitación en salud.**

*“Dar las gracias a ustedes que están haciendo esta campaña que nos están ayudando bastante para tener a nuestros niños sanos y que nos sigan apoyando. Hemos aprendido mucho, cómo dar más importancia a nuestro niños en el sentido que debemos tenerlos limpios y que esté todo desinfectado para evitar muchas enfermedades”* **Orquídea**

*“Que ha sido muy buena para mi concepto y también de mi parte estoy muy agradecida y le agradezco porque por usted, muchas personas que hemos desconocido, que no hemos tenido preparación; ahora tenemos ese conocimiento para ponerlo en práctica y no caer nuevamente en que nuestros niños tengan parásitos”* **Jazmín**

*“Que nos sigan dando más enseñanzas, para las madres que no han tenido posibilidad de estudiar y puedan proteger a sus hijos para que salgan adelante y evitar muchas enfermedades”* **Dalia**

*“Agradecerle a usted, ya que por nosotros han venido de tan lejos a enseñarnos cómo debemos tener el ambiente limpio, que el medio ambiente no esté contaminado, para protegernos de los parásitos y de tantas enfermedades”*  
**Margarita**

*“Agradecerle a usted, por todo este tiempo que hemos estado juntos en esta capacitación y seguir para adelante y enseñar a las demás madres de familia para que aprendan a cuidar a sus niños para que no tengan parásitos”*

**Rosa**

Asimismo, se entrevistó a los líderes de la Junta Central del Centro Poblado Pacherez, entre ellos a la líder de Salud y Medio Ambiente:

**1. ¿Qué acciones están considerando en su Plan de Trabajo para el próximo año 2010, como parte de su Plan Estratégico que es a largo plazo?**

*“Este año para el 2010 vamos a implementar la Posta Médica para nuestra comunidad, gestionar para tener agua; en Seguridad vamos a tener Puestos de Seguridad, En Educación vamos a realizar acciones educativas de prevención y en las microempresas como el caso del proyecto de cuyes, éste último para mejorar las razas”.*

**2. ¿A pesar de que la mayoría de los pobladores están involucrados, porque crees que hay todavía algunas personas que no asisten a sus reuniones?**

*“Hay personas que no asisten a las reuniones o charlas que son muy favorables para nosotros, no asisten porque no quieren enterarse, no quieren salir de su mediocridad”.*

**3. En Salud, ¿ustedes han participado en un trabajo de investigación muy interesante sobre la parasitosis infantil?**

*“Sí, con la profesora Nancy hemos trabajado con las madres de familia y estamos muy agradecidas. En el proyecto, primero se hicieron los análisis a los niños y con los resultados que salieron, nos han dado charlas de capacitación para la prevención. Es necesario, estar enteradas, estar previniendo sobre los parásitos, no estar dando y dando medicinas; hay que prevenir la enfermedad como: hirviendo el agua, lavado de manos, antes de preparar los alimentos, después de ir al baño...”*

### **9.3 Sostenibilidad y Replicabilidad de la Intervención Social.**

Aún cuando se han desarrollado capacidades, metodologías y estrategias con los actores locales comunitarios en una perspectiva de sostenibilidad, es necesario darle continuidad a esta Intervención Social.

Por tal razón, es que del total de las sesiones de capacitación en educación en salud, el 80% fueron realizadas por la investigadora del presente trabajo y el 20% fueron realizadas completamente por las líderes de Salud y Ambiente, quienes fueron previamente capacitadas con estas estrategias educativas y de las que dependerá la sostenibilidad de la prevención de parasitosis en su comunidad. La participación de la comunidad organizada, la misma, que durante el proceso, ha ido asumiendo la responsabilidad de ejecutar actividades preventivas específicas de su comunidad.

Asimismo, el equipo investigador inicial, en la que participa la investigadora del presente trabajo, ha seguido, sigue y está siguiendo la coordinación en cuanto a la capacitación como líderes a la Junta Directiva Central de la comunidad rural del CP Pacherez y coordinando, hasta cuando se considere necesario seguir apoyando y asesorando en charlas de liderazgo, de valores, de espíritu de servicio, motivar e incentivándolos a continuar para facilitar su reflexión en la adquisición de conocimientos y hábitos de higiene saludables. Fundamental es que la comunidad continúe siendo organizada para el logro de sus propias metas.

La Junta Directiva Central de la Comunidad Rural con sus líderes, al haber elaborado su Plan Estratégico de Desarrollo a largo plazo, vieron la necesidad de contar con una Posta Médica en su comunidad; por lo que, están realizando las gestiones para la construcción, equipamiento y funcionamiento de la Posta Médica de Pacherez. Al respecto, ya consiguieron el terreno y construcción mediante gestión con la Municipalidad de Pucalá; asimismo, con el apoyo de la investigadora se está realizando la gestión ante la institución de servicio del Club de Rotary Chiclayo Sur para el financiamiento internacional del equipamiento de dicha Posta Médica o Centro de Salud.

Aún más, se les está apoyando para la adquisición de una Planta de tratamiento de agua para potabilizar el agua para su consumo – siempre a través de la institución de servicio del Club de Rotary. Actualmente, se continua con las coordinaciones al respecto. Todo lo anterior, permite de esta manera, implementar actividades de salud de forma creativa.

En este sentido, es muy importante la participación de la comunidad organizada con sus líderes, Municipalidad de Pucalá, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación.

Por otro lado, esta experiencia de intervención social se puede difundir y servir de modelo, a nivel de comunidad, de distrito y/o distritos aledaños, con posibilidades de ser replicadas dentro de un contexto de concertación que les permita optimizar sus exiguos recursos, fortaleciendo así su rol convocante.

Es vital y muy importante, seguir en continua comunicación con la comunidad rural, seguir sobretodo manteniendo la confianza y amistad de sus líderes, dirigentes y pobladores.

## V. DISCUSIÓN

La parasitosis intestinal continua siendo un problema de Salud Pública en la mayoría de países en vías de desarrollo; en este contexto Guzmán y López (2004) refieren que se sigue registrando con mayor frecuencia en pre- escolares y escolares, aunque también se presenta en adolescentes y adultos, acentuándose sobre todo en la población urbano marginal y rural debido a sus condiciones desfavorables, de saneamiento, economía y el menor acceso a la educación de las familias.

En el Departamento de Lambayeque existen muchos asentamientos humanos urbano marginales, comunidades rurales reportándose que las causas de Morbilidad General son las infecciones respiratorias agudas, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades del Sistema Digestivo, Sistema Genito Urinario y enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (Dirección Regional de Salud – Lambayeque, 2002). Asimismo, en los resultados de consulta ciudadana, tanto del área rural y urbana, en el Plan Participativo Regional de Salud de Lambayeque 2006 – 2010 revelan que las enfermedades de diarrea, parasitosis e infecciones están consideradas dentro de los 10 problemas sociales y familiares (Gobierno Regional de Lambayeque, 2006).

Para evitar estas enfermedades es preciso proceder a intervenciones sociales comunitarias con estrategias múltiples que abarque el compromiso de los padres de familia como actores sociales protagonistas para solucionar sus propios problemas, entre ellos el de la parasitosis intestinal infantil, mediante la capacitación y formación continua al respecto. Involucrando, entre otros, la higiene personal que tiene, asimismo, gran importancia en la lucha contra los gérmenes, parásitos y las infecciones cutáneas.

Evidentemente un buen sistema de abastecimiento de agua, aumenta en gran medida las posibilidades de mantener una higiene personal y doméstica satisfactoria.

Al respecto, Bañez (1994) refiere que la intervención comunitaria debe ser potenciadora de las capacidades de la población, desde la triple perspectiva de facilitar la participación social, prevenir la aparición de situaciones de riesgo y atender situaciones de carencia o necesidad; evidenciando la estrecha relación entre la Educación para la Salud y la Intervención Comunitaria.

La participación activa de la comunidad es un factor indispensable para el éxito de las buenas prácticas de saneamiento y manipulación de alimentos. Cuando la población conoce los factores de riesgo de la enfermedad, su participación es más efectiva. Asimismo, con las organizaciones de base, la comunidad siempre ha participado en forma activa y oportuna en las actividades de salud. Esta experiencia refuerza en ellos mismos la adopción de prácticas adecuadas de saneamiento en sus domicilios constituyéndolos en agentes de cambio de hábitos y costumbres en sus comunidades (MINSA, 2000).

Básicamente, son los mismos pobladores de la comunidad rural en estudio, tales como el Presidente del Comité Central, el Teniente Gobernador, el Agente Municipal y las Líderes de Salud y de Educación, los que asumieron la responsabilidad de llevar a cabo para la solución del problema de su comunidad referente a la parasitosis infantil de su comunidad, llegando a ser los *Agentes Comunitarios en Salud*, denominación utilizada por MINSA (2002), a quienes los define como “aquellos miembros activos y representativos de la comunidad, que habiendo sido elegidos libremente por ella asumen la responsabilidad de acuerdo a su disponibilidad de tiempo de velar por la salud y desarrollo de su comunidad, adoptando la denominación que su comunidad le asigne ...”

Comparando los resultados de la prevalencia de parasitosis intestinal encontrada, con la mayoría de trabajos que se reportan a nivel regional, prestando especial interés desde los años 1991 hasta 1998 (Santa Cruz y Chong, 1991; Carlos, 1992; Jaramillo, 1992; Saavedra y Lecca, 1992; Suárez, 1993; Quesquén, 1994; Celi, 1995; Fonseca y Henckel, 1997; Chan et al, 1997; Valle, 1997; Santa Cruz y Yafac, 1998); también los de Soplopucó, 2003; Guzmán y López, 2004; De los Santos y Requejo, 2006; Yacarini

y Asalde, 2007 y Fernández y Fernández, 2008), se puede decir que, en forma general, coincide con la prevalencia de mayor frecuencia en el Centro Poblado Pacherez con *Giardia lamblia*, *Enterobius vermiculares*, *Hymenolepis nana*, y *Entamoeba coli*. No encontrándose *Cryptosporidium sp.* y *Ascaris lumbricoides*, como se reportan en los trabajos antes mencionados.

Por otro lado, la parasitosis intestinal infantil constituye un problema grave en salud pública, por lo que es necesario crear, proponer, elaborar y poner en funcionamiento una serie de estrategias de manera que los casos de parasitosis disminuyan notablemente y se mantengan en niveles bajos.

Los parásitos constituyen una de las mayores causas productoras de infecciones que afectan al hombre. Sus efectos no sólo provocan elevados índices de morbilidad y mortalidad, sino que conllevan a la producción de cuantiosas pérdidas económicas que no sólo comprometen al hombre enfermo, sino también a su entorno familiar y a la comunidad en la cual está inserto. En algunos casos, llegan a limitar el desarrollo local y económico, como suele ocurrir en muchos países en desarrollo (Atías, 1999).

De igual manera, el problema de salud de parasitosis infantil, según la OPS/OMS (2001) puede ser causa de anemia, desnutrición, retardo en el crecimiento, trastornos de aprendizaje en edad escolar; además causan problemas específicos según el tipo de parásito (problema de piel, problemas respiratorios, mala absorción, obstrucción intestinal, etc.)

Sobre los Factores de riesgo que se asocian a la parasitosis infantil en el Centro Poblado Pacherez se consideran al Ingreso Familiar, es decir, para este caso, los hogares que tienen más niños parasitados son los que tienen mayor ingreso familiar ( $\geq$  701 nuevos soles), podría asumirse que mientras mas ingreso, significa que las madres por trabajar dejan mas tiempo solos a sus menores hijos, no están pendientes de ellos, sobretodo en cuanto a los cuidados de higiene.

Con respecto a la educación de los padres, existe diferencia significativa en cuanto a los que tienen educación secundaria tienen hijos con más parásitos (67%), mientras que los padres que tiene educación primaria tienen menor número de niños

parasitados (21%); la explicación sería que si bien es cierto que mayormente tienen educación secundaria, ésta no es tan buena debido a que Pacherrez es una comunidad rural, lejos de la ciudad y en donde no se imparte esta educación con la eficiencia que se debe dar. Asimismo, los padres al tener mayor educación (secundaria) salen a trabajar y dejan de su cuenta a sus hijos.

En cuanto al abastecimiento de agua, existe diferencia significativa entre los valores del consumo de agua, habiendo mayor número de niños parasitados, en aquellos que utilizan agua de pozo y/o acequia simultáneamente, considerado ésta última como ingesta de agua contaminada y de gran importancia en la prevalencia de la parasitosis infantil.

Referente al factor sobre si poseen sitio especial para el lavado de manos en sus casas (tina, agua limpia, jarra limpia, jabón, jabonera y toalla limpia); existe diferencia significativa, pues los que sí tienen este sitio especial tienen niños menos parasitados.

Otro factor de riesgo asociado a la parasitosis infantil es el lavado de manos antes de la comida, existiendo diferencia significativa entre los niños que se lavan antes de la comida y los que no se lavan; coincidiendo con lo encontrado en el trabajo de Núñez et al (2003).

La tenencia de refrigeradora para la conservación de los alimentos está asociado a la parasitosis infantil, ya que existe diferencia significativa entre la parasitosis infantil de los niños que tienen refrigeradora y los que no la tienen; es importante remarcar, que si bien en el Centro Poblado Pacherrez no hay agua y desagüe (instalaciones sanitarias), si tienen alumbrado eléctrico, y este podría ser un factor que algunas familias tengan refrigeradoras en sus casas; pero, debido a que esta zona es considerada de extrema pobreza no está al alcance de todos el tener este artefacto en casa, coincidiendo con los resultados en el estudio realizado por Nuñez (2004).

Mientras que, no se encontró diferencias significativas en el número de miembros por familia, número de habitaciones por casa o familia, número de personas por dormitorio (hacinamiento), éste último evidencia que no hay hacinamiento, ya que

las casas en la zona rural son habitaciones grandes por la disponibilidad de espacio, coincidiendo con lo encontrado por Núñez et al (2003).

El sitio utilizado para la eliminación de excretas no se encontró diferencia significativa, ya que la mayoría utilizan pozo ciego, seguido del uso de letrina; estos dos últimos, al realizar las visitas domiciliarias, la investigadora observó que se encuentran fuera de la casa, sin techar, bien tapado y limpio a su alrededor.

En cuanto al lavado de manos después de la comida tampoco se encontró diferencia significativa, debido quizás, a que ya no ingieren más comida, después de un buen rato.

Y, en el tratamiento de la basura también es independiente de la parasitosis infantil, ya que la mayoría de los padres de los niños parasitados, si bien la arrojan al campo abierto, este campo abierto se ubica detrás y muy retirado del Centro Poblado Rural, “por el cerro” tal como lo mencionan los mismos pobladores, y también dicha basura lo tiran en bolsas de polietileno; seguidamente la queman, esto último también lo hacen en “el cerro”.

Los factores asociados encontrados con respecto a la prevalencia de parasitosis como las bajas condiciones socioeconómicas de la población, deficiente saneamiento sanitario y pobres hábitos de higiene coinciden con lo encontrado por Luna et al. (1993); Sánchez – Vega et al. (2000); Castelo, Olivera y Tejada (2002); Marcos, Maco, Terashima et al. (2002); Marcos, Maco et al. (2003); Devera et al. (2005); Avila – Rodriguez, Avila Rodriguez A. et al. (2007).

Por otro lado, de acuerdo a lo antes mencionado, MINSA (2000) los factores de riesgo condicionantes en el medio ambiente los agrupa en cuatro áreas, según las prácticas de higiene: Ingesta de agua contaminada, ingesta de alimentos contaminados, inadecuada forma de eliminación de excretas y malos hábitos de higiene (principalmente el no lavarse las manos antes de comer, antes de preparar los alimentos, después de defecar o luego de atender a los niños que han defecado).

Asimismo, MINSA (2000) manifiesta que para cada grupo etáreo existe un factor de riesgo predominante: Para menores de un año se debe a malos hábitos de higiene de la madre; entre uno y cuatro años se debe a lo relacionado al saneamiento intradomiciliario y finalmente a los niños de igual o mayores de cinco años se debe lo relacionado al consumo de alimentos fuera del hogar.

Sobre el nivel de conocimientos en salud de las madres de familia de los niños en estudio, de acuerdo a los resultados de la evaluación diagnóstica previa a la capacitación en educación en salud revelan que si hay diferencia significativa entre las notas de la evaluación diagnóstica (8,9) -al inicio de la capacitación en salud- y la tercera evaluación de conocimientos de prevención (13,7). Es decir, que el nivel de conocimientos en salud de las madres de familia fue bajo, en la etapa inicial de la intervención social, reflejándose que por la falta de estos conocimientos, es decir, por la ignorancia, sus niños presentan alto índice de parasitosis.

El Modelo de Intervención Social que se aplicó en la comunidad rural Centro Poblado Pacherez, y comprendió: diagnóstico de la parasitosis, tratamiento médico y educación sanitaria. De acuerdo a MINSA (2002), la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de la información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para abordar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren viabilidad y posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

De igual manera, este concepto se viene desarrollando, como es el caso de la OMS que propone como estrategia de salud pública (Ventura, 2007): el tratamiento medicamentoso masivo en la población objetivo; medidas educativas y sanitarias que mejoren la higiene ambiental y personal. Igual estrategia de intervención social refieren La Unión Europea (2006) y se han realizado en Cuba (Laird, 2001; García, 2007), Colombia (Sanzón et al., 2004) y Argentina (Ventura, 2007).

Durante el desarrollo del III Congreso Nacional de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras en el año de 2006, se trataron diversos puntos acerca de la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de parásitos en la comunidad latinoamericana, así como el rol que juega la educación y las condiciones adecuadas de vida en la disminución de las tasas de parasitosis en las poblaciones mas pobres de América Latina. Entre las exposiciones más relevantes podemos mencionar: la Organización Mundial de la Salud ha urgido a sus miembros a iniciar programas de control a través del diseño de intervenciones estratégicas de educación en salud y sanitaria y un paquete de tratamiento de impacto rápido de bajo costo para reducir la carga de enfermedad en poblaciones en riesgo de países pobres (Kaminsky et al., 2006).

En virtud de lo antes expuesto y analizando las estrategias aplicadas por Argentina, Cuba y Colombia, así como los resultados en el III Congreso Nacional de Parasitología, Tegucigalpa, Honduras en el año de 2006, demuestran que basándose en las necesidades y realidad de una determinada comunidad, se elaboren eficaces y brillantes estrategias sanitarias. Siendo las más efectivas: tratamiento y educación sanitaria, poniendo más énfasis en este punto ya que implica un cambio de hábitos y una participación activa de la población como actores y protagonistas.

La Educación para la salud se convierte en estas comunidades en la mejor herramienta, ya que para lograr cambiar las conductas de riesgo, primero se necesita mejorar el nivel de información (Ochoa citado en Garcia, 2007). Al aplicarse en forma de Programa Educativo, se logra también, mayor protagonismo de líderes locales y de la población afectada, se puede adecuar a las características y necesidades del personal sobre el que se necesita actuar, teniendo en cuenta su cultura y limitaciones (Ochoa citado en Garcia, 2007).

Tomando estos criterios como fundamento, en este estudio se propone como parte de la presente Intervención Social, un Programa de Estrategias Educativas con Metodología activa en la comunidad rural de Pacherez - Pucalá, para mejorar el nivel de conocimientos en salud a las madres de familia, elevando su eficacia, efectividad y alcance, partiendo de que sus niños son la población más afectada en su comunidad y en el mundo; a través de las madres de familia también se logra alcanzar al resto de la familia para motivarlos a modificar sus hábitos incorrectos, que por ignorancia han tenido, siendo una forma de apoyo para la salud de su familia. Este Programa consistió en talleres de sensibilización, charlas, debates dirigidos, sociodramas, exposiciones de las participantes, sesiones demostrativas, tareas en aula y domiciliarias, entrevistas, visitas domiciliarias y otro tipo de actividades similares.

Merece mencionar, que algunas madres de familia no asistían a estas estrategias educativas a pesar de que tenían a sus niños con parasitosis, allí se comenzó a trabajar con las líderes de salud para que insistieran en conversar con ellas, que tuvieran paciencia, tolerancia y sobretodo invocar a su espíritu de servicio para el bien de esos niños enfermos. Donde poco a poco, las líderes de salud llegaron a conseguir que estas madres de familias tomaran conciencia de la situación y finalmente terminaron asistiendo este pequeño grupo problema de madres de familia a las reuniones educativas en salud.

Respecto a la estrategia educativa sobre las visitas domiciliarias, estas constituyen oportunidades de transformar las condiciones de saneamiento e iniciar un proceso orientado a obtener hogar saludables. Si bien, es una laboriosa tarea, estamos convencidos de que con una adecuada coordinación con la comunidad organizada, teniendo en cuenta la interculturalidad, se seguirá disminuyendo la parasitosis infantil. Para promocionar las Visitas Domiciliarias se convocó al Concurso de Vivienda Rural Saludable, que de acuerdo a MINSA (2002), Vivienda Saludable “es aquél espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico”.

Por lo que, en este sentido se realizó la convocatoria respectiva para su participación activa y de las que se aprovechó todo las circunstancias posibles para dar las recomendaciones pertinentes sobre la higiene personal, familiar y ambiental y sobretodo, propiciando

en la familia el desarrollo de entornos saludables permitiéndoles ampliar sus capacidades para que los miembros tengan autonomía sobre su salud, se brindó asistencia técnica a los diferentes actores sociales que contribuirán con lograr familias saludables.

Por otro lado, en el problema de la parasitosis intestinal infantil, es necesario resaltar la importancia del desarrollo humano, involucrar a los actores sociales como protagonistas para que ellos mismos resuelvan sus propios problemas, pero para ello hay que empoderarlos para desarrollar sus iniciativas, conocimientos, habilidades y destrezas.

El primer paso para contrarrestar las infecciones parasitarias, ha sido su diagnóstico y la relación que existe con los factores ambientales antes mencionados; por ello el presente estudio permitió conocer la prevalencia de parasitosis intestinal y las condiciones de higiene y hábitos sanitarios, educación y viviendas, en el Centro Poblado Pacherez entre 2008- 2009, para poder implementar estrategias de prevención y control de este problema en esta zona con la participación activa de los pobladores, mejorando la calidad de vida, especialmente en los niños en edad escolar. Pérez (citado en Villalobos, 2003) señala que la educación, la salud y el ambiente se fusionan de tal manera que llegan a depender uno del otro para lograr la calidad de vida que el ser humano necesita.

Para el logro de disminuir, prevenir y control de forma sostenible de la parasitosis intestinal infantil, además, del tratamiento dado, es necesaria la participación ciudadana activa como principales actores sociales y protagonistas (de los padres de familia de los niños – objeto de estudio), y esto se podrá lograr mediante la educación para la salud, empoderamiento de los actores involucrados, la comunicación y alfabetización de la salud, estilos y calidad de vida y el capital social.

De lo contrario, envano serán los esfuerzos asistenciales del Estado, si es que no educa, no forma, no instruye. Es cuando, se necesita intervenciones sociales adecuadas y pertinentes, para que los actores sociales – en este caso, los padres de familia como responsables de sus hijos – asuman esta responsabilidad, con participación activa. Para ello, es necesario formar, educar e instruir para que tomen conciencia y alcancen su desarrollo humano, mediante sus potencialidades y habilidades.

Es aquí, que puede suceder que un niño enfermo menor de 09 años, no puede aprender en su verdadera dimensión, cuando no está sano, corroborando, con lo que manifiesta OPS/OMS (2001) que la parasitosis infantil puede ser causa de anemia, desnutrición, retardo en el crecimiento y trastornos de aprendizaje en edad escolar, pues, altera su proceso normal de aprendizaje, al surgir el malestar constante, el desgano, desánimo, la inapetencia, la desnutrición, etc., evitando de alguna u otra forma a que inicie normalmente el proceso de su desarrollo humano como un derecho de la persona.

Se tiene que educar a los padres de familia, como responsables del desarrollo humano de sus hijos, y también de ellos mismos y de su familia en general, con la finalidad de crear una atmósfera en que todos pueden aumentar su capacidad y las oportunidades, permitiendo la modificación de hábitos de vida y de higiene que se asocian estrechamente a un mayor riesgo de infección con parásitos intestinales y de esta manera contribuir a lograr su desarrollo humano y aprendizaje.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, iniciativas, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo* y *comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la *salud* (OMS, 1998)

Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la *comunidad*. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los *determinantes de la salud* y la *calidad de vida* de su *comunidad*,

siendo éste un importante objetivo de la *acción comunitaria para la salud* (OMS (AMPRO/PAHO, 1996)

Lo importante, de la intervención social para la disminución de la parasitosis infantil en el Centro Poblado Pacherez es su sostenibilidad, y ello se consigue, que después de implementar, capacitar y empoderar a las líderes de salud y al término de la ejecución de esta intervención, no se debe abandonar completamente a la comunidad, pues se debe seguir visitando a la comunidad para que junto con sus líderes continuar coordinando con el reforzamiento de charlas de capacitación en salud a los padres de familia, motivar e incentivándolos a continuar para facilitar su reflexión en la adquisición de conocimientos, valores, hábitos de higiene y llegar a modificar sus actitudes erróneas frente a la salud. En este sentido, es muy importante la participación de la comunidad organizada con sus líderes, Municipalidad de Pucalá, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación.

Por otro lado, es interesante el impacto cualitativo en las madres de familia quienes al final de la intervención social manifestaron su actitud positiva de cambio, reconocieron su desconocimiento de las medidas de prevención contra las enfermedades, comprendieron que ellas son las responsables de que sus niños no se enfermen y que crezcan sanos. Igualmente, manifestaron que podían también enseñar a otras madres de familia que no hayan asistido a los talleres para que aprendan a cuidar a sus niños para que no tengan parásitos.

Este Modelo de Intervención Social sostenible para la disminución de la parasitosis intestinal infantil, se ha cuidado de la Interculturalidad de la comunidad, entendida ésta como una construcción social individual y colectiva donde se considere el fomento y desarrollo del respeto y las habilidades que permitan a los miembros de las familias reconocer los diferentes modos de vivir, pensar y sentir de las personas, familias y comunidad en el contexto de las diferentes realidades locales y regionales de nuestro país, identificando además los diversos aspectos que dificulten prácticas y comportamientos saludables en los grupos sociales, para que conjuntamente con ellos puedan disminuir en la medida de lo posible las condiciones desfavorables para la salud. Concluyendo que es muy importante ganarse la confianza de los pobladores, respetando sus costumbres, creencias y tradiciones.

El presente Modelo al generalizarse en otras comunidades de la región, puede constituir un importante apoyo para la prevención de enfermedades, mejorar los estilos de vida e indicadores de salud de este tipo de comunidades, e incluso de otros países, pues la metodología propuesta resulta de fácil adecuación a las características propias de cualquier tipo de comunidad, es participativa, accesible, con objetivos comprometidos comunitarios, pudiendo ser una importante herramienta para ser aplicada en la labor solidaria.

Merece mencionarse que Vega (2007) subraya que tanto la salud individual como la pública se ganan, se conquistan y mejoran, se promueven y deben constituir uno de los elementos fundamentales para crear una nueva y mejor humanidad.

## VI. PROPUESTA

Se realiza la siguiente propuesta de Modelo de Intervención Social sostenible de la salud infantil para disminuir la parasitosis intestinal en una comunidad rural:

*“Crear un modelo de intervención social sostenible para disminuir la parasitosis intestinal infantil en el marco de mejores condiciones sanitarias y capacitación en salud, con la participación de la comunidad organizada con sus líderes, Municipalidad de Pucalá, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación”*

### DISEÑO METODOLÓGICO DE LA PROPUESTA

SE PROPONE:

1. Realizar la intervención social a la comunidad con la finalidad de que ellos identifiquen sus problemas y que participen como actores y protagonistas de su solución.
  
2. Realizar **CAMPAÑAS DE SALUD: Antes**
  - Para el diagnóstico ( análisis de parasitológico, peso, talla del niño)
  - Revisión médica y tratamiento de parasitosis en niños de 1 a 9 años (objeto de estudio) y simultáneamente,

3. Realizar **TALLERES** para educar a los padres de familia respecto a las condiciones de estilos de vida saludables para reducir el riesgo de reinfección y prevención de esta enfermedad. y de esta manera contribuir al bienestar social de la comunidad.
  
4. Realizar **campañas de salud: Después**
  - Para la detección (análisis parasitológico, peso y talla).
  
5. Lograr la **sostenibilidad** de esta intervención social mediante la continuidad de la prevención de la parasitosis intestinal infantil, con la participación de la comunidad organizada con sus líderes, de la Municipalidad de Pucalá, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación (para que en los Programas Curriculares educativos incluyan la Educación en Salud).

## ETAPAS DE LA PROPUESTA

PROBLEMAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS
1. Presencia de basura en las calles.	Organizar cuatro comités vecinales en cada comunidad con 5 promotores cada uno, para la solución del problema de la basura.	Los Comités Vecinales son elegidos representantes de sus comunidades y se capacitan en el nuevo diseño de organización comunal moderna, dinámica, funcional y participativa para el tratamiento adecuado de la basura doméstica.
2. Falta de apoyo del Sector Salud frente a las enfermedades infantiles en los asentamientos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Campañas de Salud con ayuda de la Escuela de Medicina para el diagnóstico y tratamiento de las parasitosis intestinal infantil.</li> <li>- Se realizarán visitas domiciliarias para obtener información sobre los hábitos de higiene personal, doméstica y ambiental.</li> <li>- Involucrar a los pobladores a gestionar, participar, trabajar y aportar en cada una de las etapas de la presente propuesta, así como proponer alternativas de solución durante todo el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener la relación de niños infectados y no infectados con parasitosis (por grupos etáreos, sexo, talla y peso).</li> <li>- Tratamiento adecuado para la parasitosis en niños infectados.</li> <li>- Obtener el Registro de Información de los factores asociados al fracaso en el tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños.</li> </ul>
3. Desconocimiento, indiferencia, individualismo y conformismo de la parasitosis infantil en los padres de familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar a los líderes de Salud y Ambiente y de Educación de los 04 Sectores del CP PAcherrez, sobre lo que puede causar la parasitosis (anemia, desnutrición, retardo en crecimiento, trastornos de aprendizaje, etc.)</li> <li>- Los líderes vecinales concientizan, incentivan y comprometen la participación activa de los miembros de la comunidad en la solución del problema de parasitosis infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Líderes comunales están trabajando en base a comités vecinales que representan áreas de desarrollo de Salud y Ambiente y Educación</li> <li>- 70% de las familias afectadas participa activamente y se involucra en la solución del problema de salud: Parasitosis infantil, mostrando interés y preocupación para disminuir la incidencia parasitaria infantil</li> </ul>
4. Desconocimiento de los factores de riesgo asociados al fracaso en el tratamiento de las parasitosis intestinales en los niños	Simultáneamente al problema anterior, se realizarán talleres de entrenamiento a los líderes vecinales y padres de familia para que comprendan de que la parasitosis puede ser causa de otras enfermedades, conociendo los factores de riesgo asociados al fracaso en el tratamiento de esta enfermedad; así como charlas de higiene personal, familiar y ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% de las familias afectadas han modificado hábitos de vida y de higiene que se asocian estrechamente a un mayor riesgo de infección con parásitos intestinales.</li> <li>- 70% de las familias afectadas vive y práctica valores sociales como: participación, ayuda mutua, integración, trabajo en equipo, cooperación, solidaridad para la disminución y prevención de la parasitosis, por lo tanto habrá menos niños parasitados en la comunidad.</li> </ul>

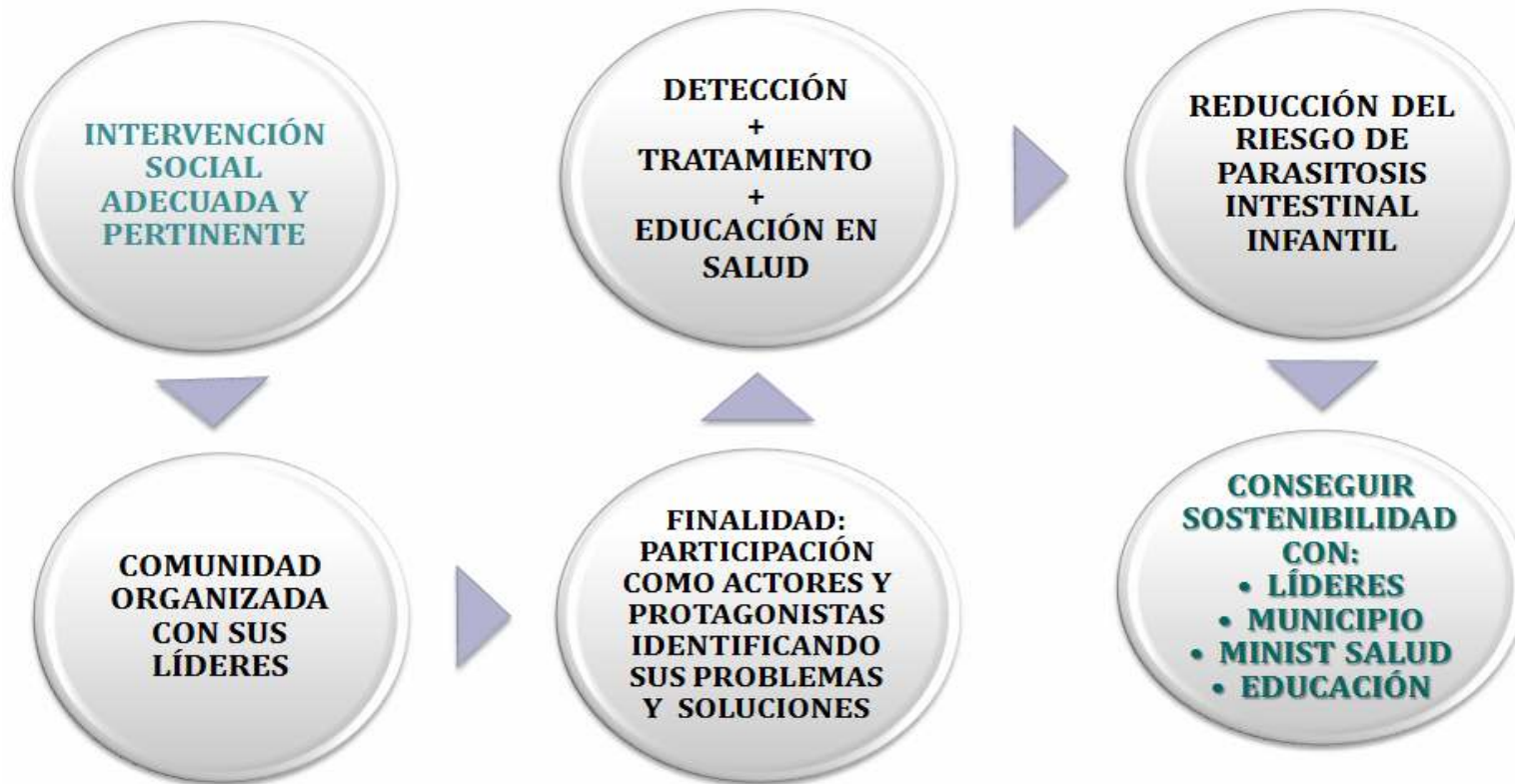
## AGENDA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL SOSTENIBLE

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PLAZOS	RESPONSABLE	EVALUACION
Organizar a la comunidad Identificar problemas	Organización de la comunidad e identificación y priorización de sus problemas y necesidades	Personal: 35 pobladores + Equipo Investigador	8 meses	Representantes comunidad + Equipo investigador	Se logró realizar 6 reuniones
Elegir a los líderes por los mismos pobladores	Elección de los líderes comunales	16 líderes por sector (04 sectores) y equipo investigador	1 semana	Investigadora, líderes sectoriales y equipo investigador	Se eligió 48 líderes y entre ellos a 4 líderes de Salud y Medio Ambiente
Aplicar test para diagnosticar factores asociados	Aplicación de test para diagnosticar factores asociados a las parasitosis, nivel de conocimientos sobre hábitos de higiene personal, familiar y ambiental	05 personas que apliquen el test	2 semanas	05 personas capacitadas e investigadora	Se aplicó el test a 50 familias de los 04 sectores
Capacitar a las líderes de salud	Capacitación en salud a líderes	Líderes (Salud y Medio Ambiente) e investigadora	1 mes	Investigadora	Se capacitó en educación sanitaria, en valores y espíritu de servicio a líderes (Salud y Medio Ambiente)
Diagnosticar la parasitosis intestinal infantil	Diagnóstico 1º de parasitosis (análisis coprológico, edad, talla, peso, palidez palmar y conjuntivas)	Biólogos + investigadora	2 semanas	Biólogos + investigadora + apoyo logístico de comunidad organizada	Se realizó análisis coproparasitológico para diagnosticar parasitosis a 100 niños.
Capacitación en educación en salud a madres de familia de niños parasitados	Talleres de Capacitación sobre Hábitos saludables al conjunto del equipo focal (Comité de Salud y Medio Ambiente de cada Sector) y familias involucradas	Líderes de Salud + padres de 50 familias con niños parasitados y no parasitados + investigadora	4 meses	Investigadora y líderes sectoriales de la comunidad	Líderes + padres de 50 familias con niños parasitados y no parasitados con hábitos de vida saludables
Realizar la Jornada Médica para los niños con parasitosis	Atención Médica dirigida a niños con parasitosis: atención y tratamiento en base al diagnóstico realizado.	Médicos y medicinas para el tratamiento + Investigadora	1 semana	Escuela de Medicina -USAT: Médicos, biólogos e investigadora	100 niños atendidos
Continuar con la educación sanitaria a los padres de familia	Educación sanitaria a los padres de familia	Líderes de Salud y Medio Ambiente + investigadora	4 semanas	Líderes de Salud y Medio Ambiente + investigadora	Familias con hábitos saludables
Diagnosticar la parasitosis intestinal infantil	Nuevamente realización diagnóstico 2 ( a 01 mes) de parasitosis intestinal infantil	Biólogos + investigadora	2 semanas	Biólogos + investigadora + apoyo logístico de comunidad organizada	Se realizó análisis para diagnosticar parasitosis a los niños con parasitosis.
Desparasitar a los	Nuevamente	Médico,	1 semana	Médico, líderes de	Niños

niños que continúan parasitados	Desparasitación de los niños que continúan parasitados	estudiantes de Medicina + investigadora		Salud y Medio Ambiente + investigadora	desparasitados
Continuar con la educación sanitaria a los padres de familia	Educación sanitaria a los padres de familia	Líderes de Salud y Medio Ambiente + investigadora	2 meses	Líderes de Salud y Medio Ambiente + investigadora	Familias con hábitos saludables
Evaluar (a los 03 meses) de la parasitosis infantil	Evaluación 3° (a los 03 meses) de la parasitosis mediante análisis de laboratorio	Biólogos + investigadora	2 semanas	Biólogos + investigadora + apoyo logístico de comunidad organizada	Se realizó análisis para diagnosticar parasitosis a los niños .
Continuar con la educación sanitaria a los padres de familia	Educación sanitaria a los padres de familia	Líderes de Salud y Medio Ambiente + investigadora	4 meses	Líderes de Salud y Medio Ambiente + apoyo investigadora	Familias con hábitos saludables
Evaluar (a los 06 meses) de la parasitosis infantil	Evaluación 4 (a los 06 meses) de la parasitosis mediante análisis de laboratorio	Biólogos + investigadora	2 semanas	Biólogos + investigadora + apoyo logístico de comunidad organizada.	Se realizó análisis para diagnosticar parasitosis a los niños. .
Evaluar el impacto de la intervención social	Evaluación del impacto de la intervención social Medición Antes – Después	Investigadora	3 semanas	Estadístico + Investigadora	Resultados de la medición del impacto de la intervención. (ANTES – DESPUÉS)
Continuar con la educación en salud a los padres de familia para lograr la sostenibilidad de la intervención social.	Se continua con la educación en salud a los padres de familia	Líderes de Salud y Medio Ambiente (algunas veces con asesoría de investigadora)	Indeterminado	Comunidad organizada	Familias con hábitos saludables sostenibles

Total: 24 meses

## **PROPUESTA DEL MODELO INTERVENCIÓN SOCIAL SOSTENIBLE**

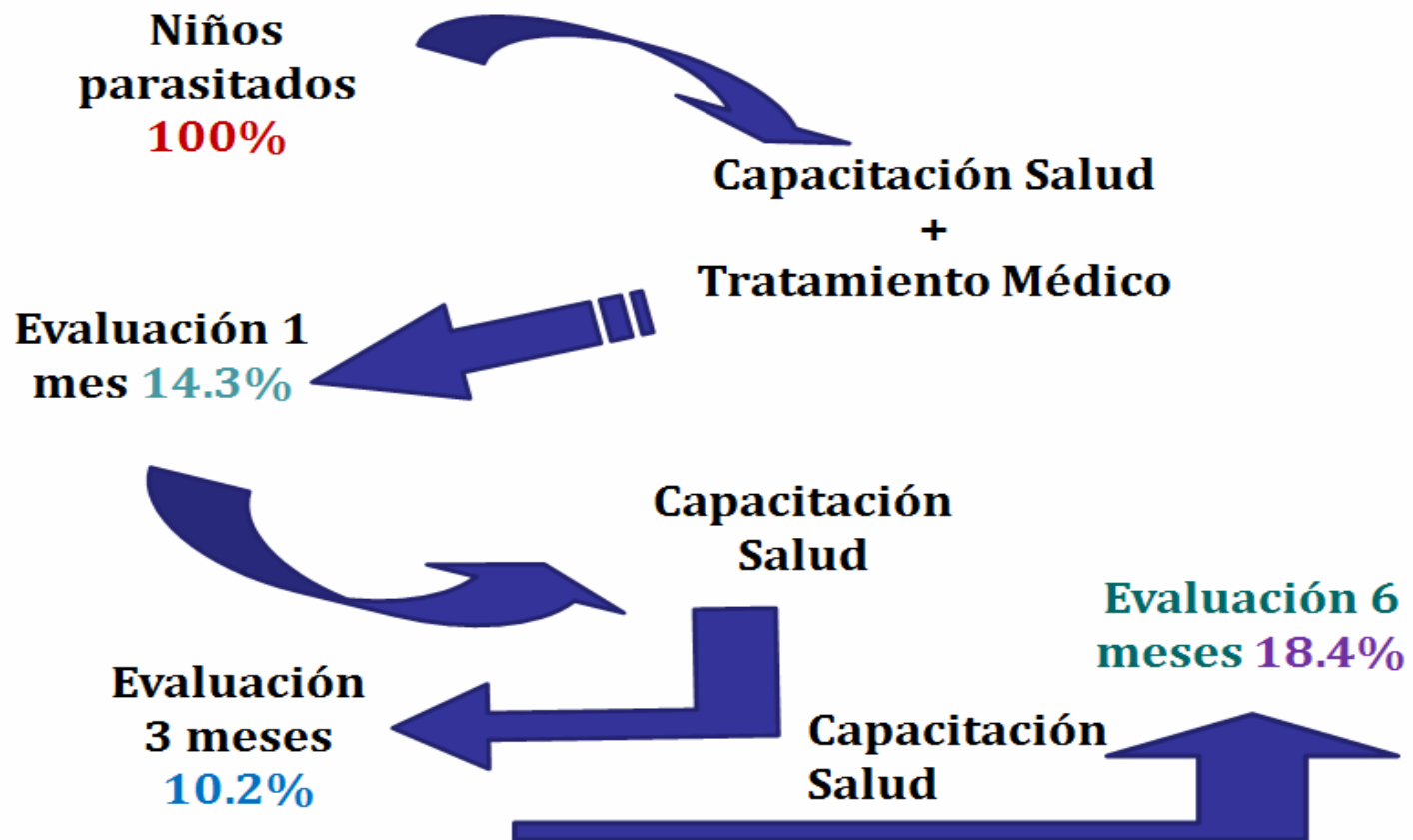


## PROCESO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL SOSTENIBLE

1. Organización de la comunidad e identificación y priorización de sus problemas y necesidades por el equipo investigador interdisciplinario.
2. Se realizó el diagnóstico situacional a la comunidad mediante la Ficha Familiar.
3. Elección de líderes comunales.
4. Capacitación de los líderes
5. Aplicación de test de factores de riesgo de la parasitosis intestinal infantil, así como de los niveles de conocimientos en higiene personal, familiar y ambiental.
6. Evaluación de Diagnóstico I sobre la prevalencia de parasitosis.
7. Capacitación sanitaria a las madres de familia de niños por la investigadora.
8. Tratamiento médico a los niños parasitados.
9. Análisis parasitológico II a 1 mes a los niños parasitados.
10. Desparasitación a los niños parasitados.
11. Capacitación sanitaria a las madres de familia de niños por la investigadora.
12. Análisis parasitológico III a los 3 meses a los niños parasitados.
13. Desparasitación a los niños parasitados.
14. Capacitación sanitaria a las madres de familia de niños por la investigadora.
15. Análisis parasitológico IV a los 6 meses a los niños parasitados.
16. Se continuó con la capacitación sanitaria a las madres de familia por parte de la investigadora y de las líderes de salud.
17. Evaluación del impacto del Modelo de Intervención social sostenible.
18. Se continua con la capacitación en salud a los padres de familia por las líderes de salud, algunas veces con el apoyo y coordinación de la investigadora para lograr la sostenibilidad de la intervención social.
19. Apoyo en su gestión para que los pobladores en forma comunitaria logren la prevención de enfermedades mediante la construcción, equipamiento y funcionamiento de su Posta Médica; así como en la eliminación del factor de riesgo de la parasitosis mediante la obtención de su Planta de tratamiento de agua para su consumo.

## Resultados de la Propuesta Modelo Social Sostenible

---



## VII. CONSIDERACIONES FINALES

1. Se desarrolla y aplica un modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque – Perú 2008 – 2009, basado en: tratamiento médico y educación sanitaria para mejorar los hábitos de higienes personal, familiar y ambiental, con la participación activa como actores y protagonistas de los pobladores, y en su sostenibilidad.
2. Los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocian a los casos de parasitosis intestinal son: Ingreso Familiar, educación de los padres, abastecimiento de agua (pozo y/o acequia), tienen “sitio” de lavado de manos, lavado de manos antes de las comidas, y refrigeración de los alimentos.
3. La prevalencia de parasitosis en niños de 1 a 9 años fue del 49%, presentándose la parasitosis en 53,1% de mujeres y 46,9% de varones. El protozooario *Giardia lamblia* fue el parásito más frecuente (57,4%).
4. La aplicación del modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil, ante el efecto de la parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez durante 2008 - 2009, disminuyó significativamente la prevalencia de 100% al 18,4%, a los 6 meses de la intervención.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amartya Sen (1999). *¿De qué trata el desarrollo?* En: \_\_\_\_ Fronteras de la Economía del Desarrollo. pag. 509 -516.
- Atías, A. (1999). *Parasitología Médica*. Chile: Mediterráneo.
- Atías, A. (1991). *Parasitología Médica*. Chile: Mediterráneo.
- Ávila-Rodríguez, EH., Ávila-Rodríguez, A., Araujo-Contreras, JM., Villarreal-Martínez, A. & Douglas, T. (2007). *Factores asociados a parasitosis intestinal en niños de la consulta ambulatoria de un hospital asistencial*. Rev. Med. Pediatr, 74 (1), 5-8.
- BANCO MUNDIAL (2001). *Informe del Banco Mundial 2000-2001. Lucha contra la pobreza*. Washington, D. C. : The World Bank Group. Ediciones Mundi Prensa..
- Bañez, T. (1994). *Estrategias de Intervención Comunitaria. Aproximación conceptual*. Zaragoza, España: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.
- Beltrán, M. F. & Tello, R. (2005) *Evaluación de los métodos de Graham y pin tape en el diagnóstico de Enterobius vermicularis*. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 22, 76-8.
- Brack, A. & Mendiola, C. *Hacia una concepción de Desarrollo*. En: Enciclopedia Virtual “Ecología del Perú”. El Bienestar: Un Anhelado de todos. Acceso 27 Setiembre, 2007. Disponible en:  
[http://www.peruecologico.com.pe/lib\\_o27\\_t01.htm+bienestar.5hl](http://www.peruecologico.com.pe/lib_o27_t01.htm+bienestar.5hl)
- Cañete, R., Gonzáles, M., Almirall, P. & Figueroa, I. 2004. *Infección por Giardia y Giardiasis*. Rev Panam Infectol 2004; 6 (3): 41-48.
- CARE Perú. (2006). *Buenas Prácticas de Lavado de Manos. En el Callejón de Huaylas y Conchucos 2003 – 2004*. Lima, Perú: CARE Perú.

- Carlos, A. (1992). *Parasitismo intestinal en Pre- escolares del Pueblo Joven Santa Rosa de la ciudad de Chiclayo*. Tesis Lic. Microbiología – Parasitología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Castelo, J., Olivera, R. & Tejada, O. *Epidemiología de las Amebiasis intestinales no patógenas en pacientes ambulatorios*. UNSAAC [revista en Internet] 2003 [acceso 10 de junio de 2008] Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2003\\_n21/pdf/epidemiología\\_amebiasis.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/epidemiología_amebiasis.pdf)
- Celi, M. (1995). *Grado nutricional y enteroparasitosis en menores de 6 años de edad del CE. 202 – Lambayeque*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Conant, J. (2005). *Agua para Vivir. Cómo proteger el agua comunitaria*. Nueva York, EE.UU.: Fundación Hesperian Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD.
- Cornejo, M., Cerrón, C., Cruz, R. & Gaston M. (2002). *Enteroparasitosis infantil en la sierra de Lima*. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública, 19 (supl).
- Chan, M., Cueva, P. & Troyes, L. (1997). *Prevalencia y distribución de enteroparasitosis en escolares en el distrito de Jaén*. Revista Fronteras en Medicina. Lima, Perú, 6 (2-3), 78.
- De los Santos, J. & Requejo, C. (2005). *Parasitosis y su relación con aspectos epidemiológicos en niños menores de 12 años del sector Nuevo Reque, Departamento de Lambayeque*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Devera, R., Mago, A. & Rumien, F. (2006). *Parasitosis intestinales y condiciones socio-sanitarias en niños de una comunidad rural del Estado Bolívar, Venezuela*. Rev. Biomed, 17 (4), 311-313.
- Díaz, M. (2005) *Vivienda Rural Saludable. Sistematización de la Experiencia*. Chiclayo, Perú: Fondo de las Américas Perú- ECO.
- Díaz, J. & Valencia, E. (1993). *Enteroparasitosis según la técnica de Baerman modificado en copa, en niños menores de 6 años de las Comunidades Aguarunas y Comunidades de Colonos del Alto Marañón- Imaza- Provincia de Bagua. Sub Región I (Agosto 1992 – Mayo 1993)*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Dirección Regional de Salud-Lambayeque. (2002) *Diagnóstico Situacional*. Lambayeque, Perú: Dirección de Servicios de Salud.  
Disponible: <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb061744.pdf>
- Fernández, R. y Fernández, G. (2008). *Parasitosis intestinal y su relación con Hemoglobina, Hematocrito y Grupo Sanguíneo en niños menores de 4 años de los Wawa Wasi del Comité de Gestión “Dios es amor”*. PP. JJ. Jorge Basadre.

- Chiclayo. Mayo 2006 – Marzo 2007. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Fonseca, C. & Henckell, C. (1997). *Parasitosis intestinal y su relación con algunas constantes hemáticas (Hb – Hto) en niños de 6 a 12 años del AAHH. Toribia Castro Chirinos del Distrito de Lambayeque*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Flores, V., Marcos, L., Terashima, A., Salvamides, F. & Gotuzzo, E. (2002). *Distribución de la enteroparasitosis en el altiplano peruano: estudio de 6 comunidades rurales del departamento de Puno, Perú*. Revista de gastroenterología del Perú [revista en internet] 2002 octubre-diciembre [acceso 5 de mayo 2008] 22(4). Disponible en: <http://www.socgastro.org.pe/biblioteca/revista/vol1-22n4/trabajos/distribución/trabajos/distribución.pdf>
- García, A. (2007). *Diseño y aplicación de un Programa Educativo sobre parasitismo intestinal en niños escolares de una comunidad rural*. Revista electrónica médica [revista en Internet] 2007 [fecha de acceso 28 de enero 2009]; 20(2): 96-100. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/675/1/Diseno-y-aplicacion-de-un-Programa-Educativo-sobre-parasitismo-intestinal-en-ninos-escolares-de-una-comunidad-rural.html>
- García, LE., Hernández Rivera, J., Olivares Hernández, KV. & Cantú López, JH. (2004) *Prevalencia de parasitosis intestinales en niños de edad preescolar de Escobedo, N. L., (29), 99.*
- Giraldo, J., Lora, F., Henao, L., Mejía, S. & Gómez J. (2005). *Prevalencia de Giardiasis y parasitosis intestinal en peescolares en hogares atendidos en un programa estatal en Armenia, Colombia*. Rev Salud Pública [revista en Internet] 2005 [acceso 10 de junio de 2008] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n3/v7n3a08.pdf>
- GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE. (2006) *Para vivir mejor. Plan Participativo Regional de Salud 2005 – 2010*. Lambayeque: Gobierno Regional de Lambayeque.
- Guzmán, K. & López, F. (2004). *Influencia de la parasitosis en el grado nutricional y rendimiento académico en niños en edad escolar de 6 a 13 años de los AA. HH. “La Unión” y “Virgen del Carmen”. Mocupe – Distrito de Lagunas, Departamento de Lambayeque 2004*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Hurtado, M., Oliva, J. & Vásquez, R. (2006). *Características sociales y económicas de los pueblos jóvenes adyacentes a la USAT- Chiclayo, Perú: Dirección de Proyección Social, USAT*
- Holgado, D. (2008). *Estrategias de mejora de la efectividad en la implementación de programas. La Preparación Comunitaria para el cambio social*. [online] España, 2008 [acceso 30 diciembre 2008]. Disponible en:

[http://evoluntas.files.wordpress.com/2008/05/preparación\\_comunitaria.pdf](http://evoluntas.files.wordpress.com/2008/05/preparación_comunitaria.pdf)

- Instituto Nacional de Salud. (1998). *Prevención de daños por el “Fenómeno del Niño”. Diagnóstico de los parásitos intestinales* Curso Teórico – Práctico. Chiclayo, Perú: INS.
- Jaramillo, A. (1992). *Prevalencia de Cryptosporidium sp. en niños de 0 a 6 años de edad de los pueblos jóvenes de José Leonardo Ortiz de la ciudad de Chiclayo, Perú*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Kaminsky, R., Alger, J., Zúñiga, C. & Fonte, L. (2006). *Nuevas estrategias en el control de infecciones parasitarias*. Rev Med Hondur [revista en Internet] 2006 [fecha de acceso 01 de junio]; 74(04):218-223. Disponible: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2006/pdf/Vol74-4-2006-10.pdf>
- Luna, A., Zamora, A. & Santa Maria, J. (1994). *Prevalencia, distribución e intensidad de infección de parasitosis intestinales en escolares de primar grado de primaria de San Juan de Miraflores- Lima- 1993*. Rev. Per. Med. Trop. UNSMSN [revista en Internet]. 1994 [Fecha de acceso 06 de diciembre del 2008]; 8(1-2): 65-73; Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpm\\_trop/v08\\_n1-2/Pdf/a12.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpm_trop/v08_n1-2/Pdf/a12.pdf)
- Laird, R., Garcia, C. & Paredes, R. (2001). *Metodología para optimizar la prevención y el control de parasitismo intestinal en la atención primaria de salud*. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet] 2001 [fecha de acceso 01 del 2008]; 27(2): 96-102. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/214/21427203.pdf>
- Lozano, R.(2005). *Interculturalidad: Desafío y proceso en construcción* [trabajo en Internet] Lima, Perú:Servicios en Comunicación Intercultural – SERVINDI; 2005 [acceso 1 de mayo de 2011] Disponible en: <http://servindi.org/pdf/manual12.pdf>
- Lumbreras, H. (1959). *Aplicación de la Técnica de Baermann modificada en copa para el diagnóstico y control terapéutico*. Rev Med Per 1959; 30:21.
- Marcos, L., Maco, V., Terashima, A., Salmavides, F. & Gotuzzo, E. (2002). *Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú*. Rev Med Hered. [online]. Julio - setiembre 2002 [acceso 08 mayo 2008] 13(3): 85-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2002000300003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000300003&lng=es&nrm=iso)
- Marcos, L., Maco, V., Terashima, A., Samalvides, F., Miranda, E. & Gotuzzo, E. (2003). *Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia, Departamento de Puno, Perú*. Parasitol. Latinoam, 58, 35-40
- Mazzarella, C., Nuri, L., Cuozzo, M. & Alfonso, A. (2002). *Parasitosis intestinal. Primer eslabón en nuestra cadena Salud* [trabajo en Internet]Argentina: Federación Argentina de Medicina General: 2002 [acceso 10 de junio de 2008] Disponible en: <http://www.asmgfyf.org.ar/dmdocuments/pdffamg/058sl-043.pdf>

- Meléndez, V. & Supo, A. (2001). *Distribución de enteroparasitismo en el Departamento de Lambayeque*. Lambayeque, Perú: Facultad de Ciencias Biológicas - Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Mendo, M. (2002). *Parasitología Médica*. Lima, Perú: B. Ciriaco Aliaga.
- Mendoza, D., Núñez, FA., Escobedo, A., Pelayo, L., Fernández, M., Torres, D. & Cordoví, RA. (2001). *Parasitosis intestinales en 4 círculos infantiles de San Miguel del Padrón, ciudad de La Habana*, 1998. Rev. Cubana. Med. Trop, 53 (3), 189-193
- Mera, A. & Raunelli, JM. (2006) *Alas y Raíces Comunitarias. Una propuesta de estrategia para el liderazgo y el desarrollo de los pobladores de asentamientos humanos marginales*. Chiclayo, Perú: Editora USAT.
- Ministerio de Salud (2000). *Manual para el diagnóstico y la intervención preventiva en el control de la enfermedad diarreica aguda*. Lima, Perú: MINSA
- Ministerio de Salud (2001). *Manual del Promotor y la Promotora. Proyecto Salud y Nutrición Básica*. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud (2002). *Programa de Familia y Vivienda Saludable*. Documento de Trabajo. Lima, Perú: Dirección General de Promoción de la Salud. 34 p.
- Mori, M. (2008). *Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria*. Lima, Perú: LIBERABIT, 14: 81 – 90.
- Noemí, I. & Atías, A. (1999). *Giardiasis*. En: Atías A. Parasitología Médica pag. 134-141. Chile: Mediterráneo.
- Núñez, F., López, J., De la Cruz, A. & Finlay, C. (2003). *Factores de riesgo de la infección por Giardia lamblia en niños de guarderías infantiles de Ciudad de la Habana, Cuba*. Cad Saúde Pública [revista en Internet] marzo – abril 2003 [acceso 10 de junio de 2008] 19(2). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15435.pdf>
- Núñez, F. (2004). *Estudio de factores asociados con la reinfección por Giardia lamblia en niños de círculos infantiles*. Tesis para optar el Grado de Doctor en ciencias Médicas. Cuba: La Habana: Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”
- Nureña, J. & Ruiz, J. (2007). *Educación en Salud. Salud y Medio Ambiente. Guía para maestros*. Chiclayo, Perú: Centros de Estudios Sociales Solidaridad – Ayude en Acción.
- OPS/OMS. (2001). *Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI* – Washington, DC. EE.UU: OPS/OMS.
- OMS (AMPRO/PAHO). (1996). *Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación*. Washington, DC. : OMS (AMPRO/PAHO).

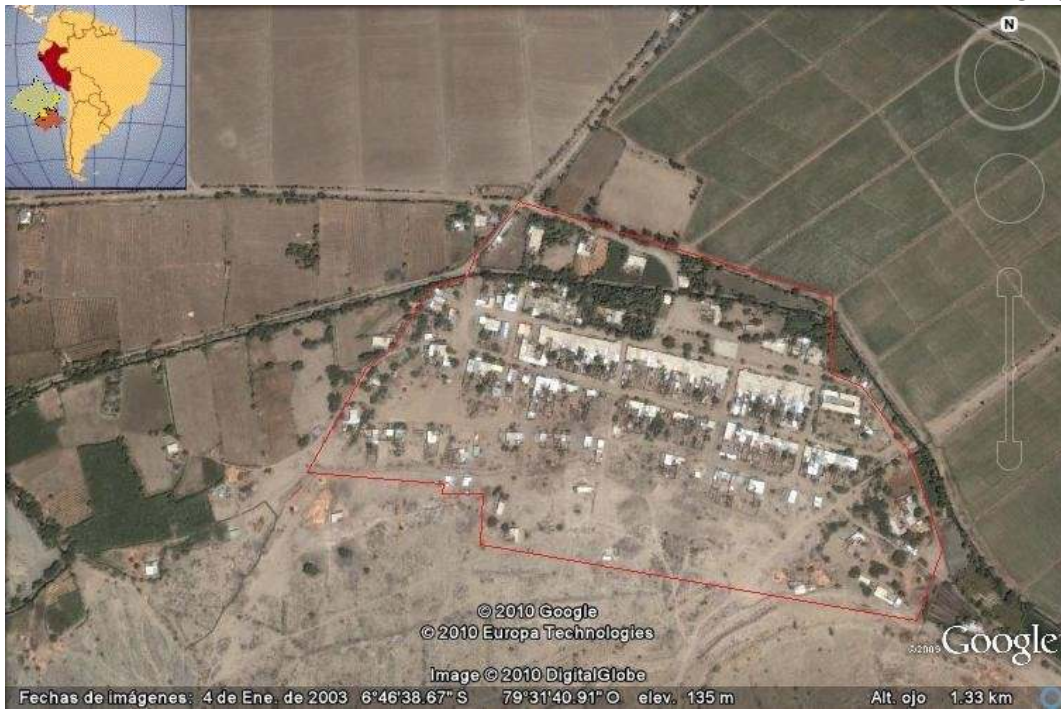
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Ginebra: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC. EE.UU: OPS/OMS.
- PNUD (1994). *Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 1994. Una nueva forma de cooperación para el desarrollo*. Disponible en:  
<http://indh.pnud.org.co/files/rec/nuevaformacooperacion1994.pdf>
- Quesquén, J. (1994). *Enteroparásitos y aspectos epidemiológicos en niños de 1 a 9 años en el C.E. Inicial Primaria y Parroquial "Guardería Infantil de Chepén" La Libertad 1993*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Romaní, R., Terashima, A., Florencio, L., Quijano, C., Canales, M. & Tello, R. (2005). *Estudio comparativo, prevalencia de Hymenolepis nana y otros enteroparásitos en el distrito de San Lorenzo de Quinti, Huarochirí*. 44(3), 128-31.
- Romero, R. (1999). *Microbiología y parasitología humana*. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana.
- Saavedra, L. & Lecca, J. (1992). *Estudio epidemiológico e incidencia de protozoarios enteropatógenos en heces diarreicas recolectadas en niños de los hospitales "Central del Norte IPSS" y "Las Mercedes" de la ciudad de Chiclayo*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Salazar, V., Mendoza, C., Salazar, R., Salazar, M. & Salazar, J. (2002). *Enteroparasitosis de la población menor de 11 años del Hospital de Apoyo Pomabamba en el período enero diciembre 2000*. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, 19 (supl).
- Sánchez, C. (2006). *Una mirada a las enfermedades parasitarias en el país*. NOVA Publicación Científica [revista en Internet] Colombia: NOVA: 2006 [fecha de acceso 6 de diciembre del 2008] 4 (5):103-106. Disponible en  
[http://unicolmayor.edu.co/invest\\_nova/NOVA/ENSAYO1\\_5.pdf](http://unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/ENSAYO1_5.pdf)
- Sánchez, E. (2004) *Acción antiparasitaria de Allium sativum sobre Hymenolepis nana y E. vermicularis*. Tesis de Maestría. Lambayeque, Perú: Escuela de Post Grado - Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Sánchez, J., Tay, J., Robert, L., Romero, R., Ruiz, D. & Rivas, C. (2000). *Frecuencia de parasitosis intestinales en asentamientos humanos irregulares*. Rev Fac Med UNAM. 2000 Junio [acceso 03 de mayo 2008] 43(3):80-83. Disponible en:  
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/n043-3/rfm4303.pdf>

- Santa Cruz, J. & Chong, L. (1999). *Prevalencia y aspectos epidemiológicos de Cryptosporidium sp. en la población infantil de la ciudad de Chiclayo*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Santa Cruz, J. & Yafac, R. (1998). *Enteroparasitosis y su relación con el grado nutricional en niños menores de 10 años de edad del AA. HH. Maravillas – Lambayeque, Perú*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Sanzón, F., Vela, J. & Valencia, H., Montenegro L. (1999). *Una estrategia antiparasitaria original en Arboleda, Nariño. Colombia Medica* [Revista en Internet] 1999 [fecha de acceso 06 de junio] 30 (3):112-117. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28330301.pdf>
- Silva, T., Meléndez, V., Calderón, W., Santacruz, J. & Valle, M. (2000). *Factores epidemiológicos que condicionan la presencia de enteroparasitosis en niños de los pueblos jóvenes de la provincia de Chiclayo, Lambayeque – Perú*. Lambayeque, Perú: Facultad de Ciencias Biológicas - Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Soplopucó, M. (2003). *Parasitosis y su relación con el grado nutricional en niños menores de 12 años del AA.HH. Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque*. Tesis para optar título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Suárez, F. (1993). *Prevalencia y aspectos epidemiológicos de enteroparásitos en niños de Pre-escolar de Jayanca - Lambayeque*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Tójar, JC. (2006). *Investigación Cualitativa. Comprender y Actuar*. Madrid: La Muralla.
- Unión Europea. *Estrategias Sanitarias de la Unión Europea* [monografía en Internet] 2006. España: Comunidad Europea: 2006 [fecha de acceso: 01 de junio del 2008]. Disponible en: <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11563.htm>
- Valle, M. (1997). *Enteroparasitosis y aspectos epidemiológicos en niños de 0 a 12 años de edad en la comunidad campesina San Pedro de Mórrope (Lambayeque)*. Tesis para optar el título de Licenciado en Biología. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Vásquez-Garibay, EM., Romero-Velarde, E., Nápoles-Rodríguez, F., Ñuco-Cosío, ME., Trujillo-Contreras, F. & Sánchez Mercado, O. (2002) *Prevalencia de deficiencia de hierro y yodo y parasitosis en niños de Arandas, Jalisco, México*. Salud Pública de México, 44 (3), 195-200.
- Vega, L. (2007). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. Rev Panam Salud Publica-Washington, 8(6), 160p
- Ventura, G. & Elordi, S. (2007). *Guía para el equipo de salud, Programa de desparasitación masiva*. Buenos Aires: PROAPS – REMEDIAR.

- Villalobos, M. (2003). *Diseño de un manual de estrategias pedagógicas dirigidas al docente de la primera y segunda etapa de educación básica para la prevención de la parasitosis infantil*. Mérida, Venezuela: Universidad Nacional Abierta.
- Yacarini, A. & Asalde, R. (2007). *Parasitosis intestinal en niños de las Comunidades Santa Trinidad y San Christian. Chiclayo, Perú*: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Zar, J. (1996). *Biostatistical analysis*. 3ª ed. Englewood, Clisff, NJ: Prentice Hall.
- Zonta, M., Navone, G., & Oyhenar, E. (2007). *Parasitosis intestinales en niños de edad preescolar y escolar: situación actual en poblaciones urbanas, Argentina*. *Parasitol Latinoam [Revista en Internet]* 2007 [fecha de consulta: 6 de diciembre de 2008] 34 (62): 54 – 60. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/paasito/v62n1/art09.pdf>

## **IX. ANEXOS**

**ANEXO 1a**



Ubicación geográfica del CP Pacherez- Distrito de Pucalá. Chiclayo, Lambayeque.

**ANEXO 1b**



Centro Poblado Pacherez- Distrito de Pucalá. Chiclayo, Lambayeque

## ANEXO 2

FICHA FAMILIAR en el Centro Poblado Pacherez, Distrito de Pucalá - Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, Perú. 2008-09

FFFe

N° de Ficha:

**I. DATOS GENERALES:** Fecha:

- a) Apellidos de la Familia:.....  
 c) Número de familias que viven en la misma casa: .....  
 e) Idioma: .....

- b) Número de Integrantes:.....  
 d) Dirección: .....  
 f) Ingreso Familiar.....

**II. ESTRUCTURA FAMILIAR:**

N°	Nombres y Apellidos	Sexo		Fecha de Nac.			Est. Civil	Parentesc	Grado Instr.	Procedencia	Ocupación	Religión.	Seguro	Motivo Migratorio
		M	F	D	M	A								
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

Propiedad	Material					Other	Serv. Básicos	Animales	Rec. De Basura	Elim. de exc.
Propia	<b>Techo</b>	Noble	caña	Cartón	Calamina	Otros	Agua	Perro	Queman	Desagüe
Alquilada	<b>Pared</b>	Noble	adobe	Cartón	Sacos	Otros		Gato	Entierran	Pozo ciego
Prestada	<b>Piso</b>	Tierra	cerámico	piso falso	Otros		Desagüe	Cerdo	Carro recolector	Letrina
	<b>combustibles para preparar alimentos</b>							Cuy	Campo Abierto	Campo abierto
Invasión	Gas	Kerosene	carbón	Leña	Otros.....		Luz	Aves	<b>Hacinamiento</b>	
								Otros	# dormitorio	

**PRACTICAS PREVENTIVAS DE SALUD EN LA FAMILIA**

Lavado de manos:

Cepillado de dientes:

En caso de enfermedad a dónde acude.....

N°  al día  
 N°  al día

**Consumo de agua**  
**Higiene de alimentos**  
**Higiene personal**

Hervida	clorurada	Directa
Si	No	
Diaria	interdiaria	

## INSTRUCTIVO

### Metodología de llenado

- Nº de ficha familiar: Se coloca el número que le corresponde a la familia enunciada. Por ejemplo:

Nº de ficha 

01
----

### I. DATOS GENERALES

- **Apellidos de la familia:** se coloca el apellido paterno y materno de la familia esta opción se puede cambiar dependiendo como los integrantes elijan el apellido correspondiente.
- **# de integrantes:** Se colocará cuantas personas viven en el domicilio.
- **# de familias:** Para este ítem se va a considerar se vive +de 1 familia a bajo el mismo techo, pero siempre y cuando no compartan la misma olla familiar.
- **Dirección:** Se considerará la zona, la manzana y el lote donde vive la familia encuestada. Ejm:  
Ampliación la Molina Mz A Lt 03
- **Idioma:** La lengua que habla la familia. Si hay un miembro que hable más de 1 se le considera también.

### II. ESTRUCTURA FAMILIAR

Este rubro permite conocer como está formada la familia **Número:** Según el orden que consideran los miembros **Nombres y apellidos**

Ejm:

Nº	Nombres y Apellidos
1	José Días Facho

- **Edad y sexo:** Se denominará  
**M=** Masculino  
**F=** Femenino  
Juntamente con la edad que se escribirá como años cumplidos. Si es menor de 1 año, se le considera mes/día
- **El estado Civil:** Se registrará si es:  
**C** casado      **D** divorciado      **CO:** conviviente      **V** viudo  
**Se** Separados      **S** Soltero      **Ms** Madre soltera
- **Parentesco:** Se colocará según la relación por que tenga cada miembro: según los códigos propuestos  
**P** Papá      **M** Mamá      **J** Jefe de familia      **He** Hermana (o)  
**C** Conyugue      **S** Sobrina (a)      **Hi** Hijo(a)      **T** Tía (o)  
**N** Nieto      **PR** Prima (o)      **BN** Bisnieto (a)      **Y** Yerno o Nuera  
**A** Abuelo (a)      **FP** Familiar Político      **N** ninguno (a)

PJ
----

Se identificara el jefe de la familia colocando la abreviatura indicada en la familia. Ejm.:

- **Grado de Instrucción:** Se colocará el nivel educativo de la persona según código.  
**ESC** estudio superior completo      **ESI** estudio superior incompleto  
**TCC** técnica completa      **TCI** Técnica incompleta  
**SC** secundaria completa      **SI** secundaria incompleta  
**PC** primaria completa      **PI** primaria incompleta  
**AN** analfabeto (mayor o igual de 15 años)  
**A** abandono de colegio
- **Ocupación:** Se detalla con la actividad que realiza y que condición está en el sentido laboral, según código  
**I** Independiente      **D** Dependiente      **J** Jubilado      **E** Eventual  
**SC** Su casa      **DS** Desempleado      **ES** Estudiante
- **Seguro:** Se tendrá en cuenta si:  
Seguro Integral de Salud      **SIS** Es Salud      **ESS** Privado      **PV** Ninguno **NO**
- **Motivo migratorio:** se indicara a donde y el motivo. Ejm.  
**TR** Trabajo      **ES** Estudio      **OT** Otro

### ANEXO 3

**Factores asociados a la prevalencia de parasitosis intestinal en niños de 1 a 9 años del Centro Poblado Pacherez, Distrito de Pucalá - Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, Perú. 2008- 2009.**

<b>Datos del investigador</b>			
Apellido y nombre del niño:			
Edad: [ ]	Sexo [ ]	Fecha de nacimiento ___/___/___	Fecha de la entrevista: ___/___/___
Apellido y nombre de la madre:			
Ingreso familiar:			
Domicilio del niño:			
<b>Sobre la parasitosis del niño:</b>			
Fecha de consulta inicial: ___/___/___		Parásitos encontrados:	
Fecha del tratamiento: ___/___/___			
tratamiento:		Control a los meses:	
<b>Composición de la familia</b> (los que viven en el mismo domicilio):			
Padre Si [ ] No [ ]	Abuelo Si [ ] No [ ]	Niños 1- 12 años N: [ ]	
Madre Si [ ] No [ ]	Abuela Si [ ] No [ ]	Otros convivientes: N: [ ]	
Educación de la madre:	Primaria [ ] Años [ ]	Secundaria [ ] Años [ ]	Terciaria [ ]
Educación del padre:	Primaria [ ] Años [ ]	Secundaria [ ] Años [ ]	Terciaria [ ]
<b>Características de la vivienda</b>			
Urbana [ ] Rural [ ]	N° de habitaciones [ ]	N° de personas que duermen por cuarto [ ]	
Provisión de agua:	Red [ ]	Pozo [ ]	otro: [ ]
Potabilización	Si [ ] No [ ]	Método:	
Control periódico	Si [ ] No [ ]	Método:	
Agua en el interior	Si [ ] No [ ]	Sitio para lavado de manos Si [ ] No [ ]	
Excretas:	Baño [ ]	Letrina [ ]	Campo abierto [ ] Otro: [ ]
Eliminación por cloaca [ ]	Eliminación por pozo negro [ ]		Otro:
<b>Hábitos de higiene personal y doméstico</b>			
Persona	Lavado de manos		Uso de calzado
	antes de comer	después de ir al baño	
	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
Tenencia de animales	Perro [ ] Gato [ ]	Cerdo [ ] cuy [ ]	Aves [ ] Otros [ ]

Higiene de la cocina adecuada	Si [ ] No [ ]	Manos limpias	Si [ ] No [ ]
Tratamiento de la basura	Queman [ ] Entierran [ ]	Carro colector [ ]	Campo abierto [ ]
<b>Tratamiento antiparasitario</b>			
¿Realizó el tratamiento del niño indicar?		Si [ ] No [ ]	¿y del resto? Si [ ] No [ ]
Niño	Edad	¿Realizó el tratamiento?	Causa
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
		Si [ ] No [ ]	
<b>Opinión sobre las parasitosis intestinales:</b>			
¿Sabe lo que son los parásitos?		¿Cree que son un problema Si [ ] No [ ]	
¿Por qué?			
¿Es necesario tratar a los niños contra las parasitosis intestinales?		Si [ ] No [ ]	
¿Por qué?			
Observaciones			

**Resumen:**

Aspecto	Total	Si	No	Sin información
El niño camina habitualmente descalzo				
El niño comen sin haberse lavado las manos				
El niño sale del baño sin lavarse las manos				
El agua de la que se dispone es impotable				
El tratamiento de la basura es inadecuada				
Existe hacinamiento				
Las madres consideran que las parasitosis intestinales tienen poca o ninguna importancia				



## ANEXO 4: Instrumento de evaluación

### EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL EN CENTRO POBLADO PACHERREZ – PUCALÁ.

**Participantes:** Padres de familia de niños parasitados.

**Objetivo:** Evaluar los conocimientos antes y después de los talleres de capacitación. 2008- 2009.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Instructivo:** Después de leer detenidamente las preguntas propuestas, responderlas correctamente y con toda sinceridad:

1. ¿Recibió los medicamentos antiparasitarios en alguna de las campañas médicas realizadas por nosotros? (0 pts.)  
SI ( ) NO ( )
  2. ¿Tomó el medicamento antiparasitario recibido? (0 pts.)  
SI ( ) NO ( )
  3. ¿Qué es salud? (2pts.)
  4. ¿Qué son los parásitos? (2pts.)
  5. ¿Cómo se contagian los parásitos? (2pts.)
  6. ¿Qué podemos hacer para no tener parásitos? (2pts.)
  7. ¿Cómo se siente una persona que tiene parásitos? (2pts.)
  8. ¿En qué momento debemos lavarnos las manos de forma obligatoria? (2pts.)
  9. ¿Cómo debe ser el lavado de manos? Describa de forma breve (2pts.)
  10. ¿Por qué es importante mantener las uñas cortas y limpias? (2pts)
  11. ¿Cuántas veces como mínimo es recomendable bañarnos? (1pto)
  12. ¿Dónde deben dormir las mascotas? (1pto.)
  13. ¿Cuál es la mejor fuente para beber el agua? y ¿Por qué? (2pts.)
-



**ANEXO 5.b**  
**EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE 1**  
**A 9 AÑOS DEL CENTRO POBLADO PACHERREZ, Chiclayo – Perú. 2008 – 2009.**

	TOTAL	TOTAL GIARDIA	TOTAL ENTEROBIUS	TOTAL ASCARIS	TOTAL HYMENOLEPIS		TOTAL OTROS
TOTAL							
N° parasitados							
Parasitados							
Solo Giardia							
Solo Enterobius							
Solo Ascaris							
solo Himenolepis							
Solo otros							
Giardia + Enterobius							
Giardia + Ascaris							
Giardia + Hymenolepis							
Giardia + otros							
Enterobius + Ascaris							
Enterobius + Hymenolepis							
Enterobius + otros							
Ascaris + Hymenolepis							
Ascaris + otros							

**ANEXO 6: Ficha Médica**

**PROYECTO: INTERVENCIÓN SOCIAL PARASITOSIS INTESTINAL INFANTIL EN CP PACHERREZ CHICLAYO, 2008.**

**FICHA MÉDICA**

**SECTOR:**

<b>N°</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>	<b>Palidez palmar/conjunt</b>	<b>Estado nutricional</b>	<b>Examen Parasitológico</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento</b>
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											





**ANEXO 8**

**DIARIO DE CAMPO**

Modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de helmintos parásitos en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque - Perú. 2008- 2009

**Fecha:**

**Hora:**

**Lugar:** Centro Poblado Pacherez, Pucalá- Chiclayo, Lambayeque. 2008-09.

**Recursos:** Papelotes, plumones, pizarra, videograbadora.

**Actividad:**

**Objetivos:**

**Nº Participantes:**

<b><u>HORA</u></b>	<b><u>Descripción<sup>2</sup></u></b>	<b><u>Impresiones - conclusiones<sup>3</sup></u></b>

<sup>2</sup> En esta parte debemos de observar y describir el desarrollo de la sesión, así como se describe el entorno, es decir el ambiente donde nos encontramos, la distribución de las sillas o bancas pues todo eso hablará del paradigma que guía la investigación. Están unos detrás de otros? Todos se sientan al final? Participan espontáneamente? Levantan la voz para hacerse escuchar?

<sup>3</sup> En éste apartado escribiremos nuestras impresiones. Mientras en el anterior ponemos lo que observamos, aquí podemos hacer comentarios propios del desarrollo de la sesión.

## ANEXO 9



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

### PROYECTO:

*Modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque - Perú. 2008- 2009*

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

**Situación a observar:** Reuniones con los líderes de Salud y Medio Ambiente

**Objetivo:** Descubrir alguna problemática de los informes y avances de las Líderes de Salud con las madres de familia de los niños parasitados de la comunidad de Pacherez .

#### Registro de datos

Hechos o casos	Descripción	Comentarios
Asistencia de las madres de familia. Participación de las madres de familias Algunos casos que resolver. Propuesta que realizan las líderes de salud.		

**Análisis de datos.**

**Conclusiones**

**Observaciones:**

## ANEXO 10



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO:

*Modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque - Perú. 2008- 2009*

### **Autorización para realización de Examen parasitológico de heces , Test de Graham (Método de la cinta engomada) y tratamiento respectivo de la parasitosis**

Yo, .....,  
identificado (a) con DNI N° ....., declaro haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos, beneficios y riesgos del Proyecto: *Modelo de intervención social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de parasitosis intestinal en el Centro Poblado Pacherez, Lambayeque - Perú. 2008- 2009*

AUTORIZO además a que se practique a mi(s) menor(es) hijo(s):

.....  
el test de Graham, la recolección de muestras de heces para la realización de análisis parasitológico y el tratamiento respectivo de la parasitosis. Asimismo, declaro tener conocimiento de los posibles efectos colaterales del tratamiento, y si lo hubieran el Centro Integral de Salud (CIS) de la USAT atenderá a mi(s) menor(es) hijo(s).

Por esta participación voluntaria no recibiré ningún tipo de remuneración económica. El personal investigador declara mantener la confidencialidad de la información obtenida, pudiendo publicar las imágenes fotográficas que consideren necesarias.

Como prueba de mi autorización, suscribo la presente, con fecha: .....

.....

Firma

Huella digital

DNI N°.....

Responsable del proyecto: Mgtr. Nancy Malca Tello  
Dirección: Los Claveles N° 154- Urb. Santa Victoria – Chiclayo.  
Teléfono: 97 9665091.