



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS(A) EN ENFERMERÍA**

TEMA

**“ACCIONES DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES EN
NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARÍA LUISA DE
SOTOMAYOR, RECINTO EL PORVENIR, BABAHOYO, LOS RÍOS, OCTUBRE
2019-MARZO 2020”**

AUTORES

**CARPIO ALARCON GILDA ESMELINDA
REMACHE ZAMBRANO MANUEL ALDAHIR**

TUTORA

LCDA. ELISA BOUCOURT RODRÍGUEZ, MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019 – 2020

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
TEMA	ix
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I	13
1. PROBLEMA	13
1.1 Marco Contextual	13
1.1.2 Contexto Internacional	13
1.1.3 Contexto Nacional	13
1.1.4 Contexto Regional	14
1.1.5 Contexto Local y/o Institucional	14
1.2 Situación Problemática	15
1.3 Planteamiento del Problema	15
1.3.1 Problema General	17
1.3.2 Problemas Derivados	17
1.4 Delimitación de la Investigación	17
1.5 Justificación	18
1.6 Objetivos	19
1.6.1 Objetivo General	19
1.6.2 Objetivos Específicos	19
CAPITULO II	20
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Marco Teórico	20
2.1.2 Antecedentes investigativos	55
2.2 Hipótesis	57
2.2.1 Hipótesis General	57
2.3 Variables	57
2.3.1 Variables Independientes	57
2.3.2 Variables Dependientes	57
2.3.3 Operacionalización de las Variables	58
CAPITULO III	62
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.1 Método de Investigación	62
3.2 Modalidad de la investigación	62

3.3	Tipo de Investigación	62
3.4	Técnica e instrumentos de recolección de la Información	63
3.4.1	Técnicas	63
3.4.2	Instrumento	63
3.5	Población y Muestra de Investigación	63
3.5.1	Población	63
3.5.2	Muestra	63
3.6	Cronograma del Proyecto	65
3.7	Recursos	66
3.7.1	Recursos humanos	66
3.7.2	Recursos económicos	66
3.8	Plan de tabulación y análisis	67
3.8.1	Base de datos	67
3.8.2	Procesamiento y análisis de los datos	67
CAPITULO IV		68
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	68
4.1	Resultados obtenidos de la investigación.	68
4.2	Análisis e interpretación de datos	83
4.3	Conclusiones	87
4.4	Recomendaciones	89
CAPÍTULO V		90
5.	PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	90
5.1	Título de la propuesta de aplicación	90
5.2	Antecedentes	90
5.3	Justificación	91
5.4	Objetivos	92
5.4.1	Objetivos generales	92
5.4.2	Objetivos específicos	92
5.5	Aspectos básicos de la propuesta de investigación	92
5.5.1	Estructura general de la propuesta	92
5.5.2	Componentes	93
5.6	Resultados esperados de la propuesta	93
5.6.1	Alcance de alternativa	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		94
ANEXOS		104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo biológico de los menores participantes en el estudio.	69
Gráfico 2. Frecuencia de niños parasitados y no parasitados de la muestra de estudio.	69
Gráfico 3. Prevalencia de los grupos de parásitos en los menores infectados.	70
Gráfico 4. Nivel de ingresos económicos.	73
Gráfico 5. Material con la que está contribuida la vivienda de los menores.	73
Gráfico 6. Servicios básicos con la que cuenta la vivienda.	74
Gráfico 7. Fuente de suministro de agua para el consumo.	75
Gráfico 8. Tipo de agua que bebe el menor.	75
Gráfico 9. Frecuencia de la eliminación de desechos sólidos.	76
Gráfico 10. Forma de eliminación de excretas.	76
Gráfico 11. Presencia de animales en el interior de la vivienda.	77
Gráfico 12. Los animales que habitan en el interior de la vivienda.	77
Gráfico 13. Forma de transmisión de infecciones parasitarias.	79
Gráfico 14. Diagnostico con parásitos Intestinales en el menor.	79
Gráfico 15. Tratamiento antiparasitario que ha recibido el menor.	80
Gráfico 16. Frecuencia del tratamiento antiparasitario que ha recibido el menor.	81
Gráfico 17. Tratamiento que ha utilizado el menor para desparasitarse.	81
Gráfico 18. Personal de enfermería realiza acciones de prevención y promoción de salud.	82
Gráfico 19. Frecuencia de actividades de prevención y promoción de la salud.	82
Gráfico 20. Tipo de acciones que realiza el personal de enfermería.	83

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1. Diagnóstico de Enfermería: Salud deficiente de la comunidad.	50
Tabla 2. Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio Nutricional.	51
Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo.	52
Tabla 4. Diagnóstico de Enfermería: Diarrea.	53
Tabla 5. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección.	54
Tabla 6. Edades de los menores participantes en el estudio.	68
Tabla 7. Diagnóstico coproparasitológico de protozoos.	71
Tabla 8. Diagnóstico coproparasitológico de helmintos.	71
Tabla 9. Diagnóstico coproparasitológico de helmintos.	72
Tabla 10. Nivel de instrucciones de la madre.	72
Tabla 11. Condiciones climáticas.	74
Tabla 12. Frecuencia de las actividades higiénicas.	78
Tabla 13. Síntomas que presentó el menor.	80

DEDICATORIA

Le dedico este proyecto de investigación:

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado con salud y muchas fuerzas a este momento tan importante de mi vida como es el paso a la formación profesional y seguir luchando para tener la fortaleza necesaria para lograr el direccionamiento al camino del verdadero éxito.

También le dedico a mis padres, José Carpio, Matilde Alarcón que son mis pilares fundamentales e importantes de mi vida porque ellos día a día me dieron los mejores consejos que me hicieron darme cuenta que el estudio era y es el mejor camino para llegar hacer profesional gracias por ser los mejores padres por estar a mi lado y sobre todo por toda la paciencia que han tenido conmigo durante todo este tiempo.

De igual manera a mis hermanos, hermana y a mis sobrinos que de alguna otra forma me motivan para continuar y me apoyan en toda mi formación profesional.

Elaborado por:

Carpio Alarcón Gilda

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a:

En primer lugar, dedico este proyecto a Dios, porque todo lo que he logrado y obtenido a lo largo de mis estudios y en la vida cotidiana se lo debo todo a Él.

En segundo lugar, dedico mi proyecto principalmente a mi madre (Doris Violeta Zambrano) por confiar en mis capacidades, esfuerzos y habilidades, pues siempre me apoyó en las buenas y malas circunstancias del transcurso de mis estudios. También dedico este trabajo a mi padre (Juan Manuel Remache) por enseñarme a perseverar y esforzarme cada día.

En tercer lugar, dedico mi proyecto a la Lcda. Jenny Pozo. MSc por enseñarme y orientarme durante mi formación en el internado rotativo. También, dedico este proyecto al Hospital de Especialidades fuerzas Armadas N°1 del Ecuador, porque me permitió desarrollar las habilidades mediante la Práctica clínica asistencial que le corresponden a un Licenciado de enfermería.

Elaborado por:

Aldahír Remache Zambrano

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

De igual manera nuestro agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la carrera de Enfermería a nuestros docentes que formaron parte de nuestro proceso académico quienes con su enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que podamos crecer día a día como profesional gracias a cada uno de ellos por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Un profundo agradecimiento a nuestra tutora Lcda. Elisa Boucourt Rodríguez que nos orientó en todo este proceso con conocimiento, enseñanza que permitió el desarrollo de este presente estudio.

También un inmenso agradecimiento a la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor y las Autoridades y el personal por abrirnos las puertas del establecimiento Educativo y permitir realizar todo el proceso investigativo.

Finalmente agradecemos a nuestros padres y hermanos(as) gracias a sus esfuerzos y apoyo incondicional durante todo el proceso académico estamos cumpliendo una meta importante en nuestra vida.

Elaborado por:

Carpío Alarcón Gilda

Remache Zambrano Manuel

TEMA

“ACCIONES DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARÍA LUISA DE SOTOMAYOR, RECINTO EL PORVENIR, BABAHOYO, LOS RÍOS, OCTUBRE 2019-MARZO 2020”

RESUMEN

Introducción: Las parasitosis intestinales continúan siendo un problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo, la cual constituye la tercera causa de muerte en el mundo y la segunda causa de morbilidad en Ecuador.

Objetivo: Establecer la relación existente entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.

Metodología: Estudio de campo, descriptivo y transversal con enfoque cuali-cuantitativo, la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencional de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión definidos por los investigadores, se aplicaron encuestas para la recopilación de información y se realizan exámenes coproparasitológicos, todos estos basados en la trayectoria real en tiempo y lugar del objeto de estudio.

Resultados: De una muestra de 70 niños y niñas menores de 12 años, 61 de ellos se encontraron parasitados, donde hubo una prevalencia de los protozoos (57,38 %) y sobre los helmintos (42,62 %). Los más prevalentes fueron *Blastocystis hominis* (47,54 %) y *Ascaris lumbricoides* (27,86 %). La prevalencia de poliparasitismo fue de 75,40 % y la monoparasitismo de un 24,59 %.

Conclusión: Se estableció que los determinantes sociales como el socio-económicos, higiénicos, ambientales en relación con las escasas acciones de enfermería la prevención y promoción de salud, intervienen en la transición de las infecciones parasitarias, afectando principalmente a los niños.

Palabras claves: Parasitosis intestinales, determinantes sociales, promoción de la salud, prevención, enfermería, niños menores de 12 años.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal parasitosis continue to be a public health problem, especially in developing countries, which constitutes the third cause of death in the world and the second cause of morbidity in Ecuador.

Objective: Establish the relationship between nursing actions and the prevention of the social determinants of intestinal parasitosis in children under 12 years of the Educational Unit María Luisa de Sotomayor, enclosure El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, in the period from October 2019 to March 2020.

Methodology: Field, descriptive and cross-sectional study with a qualitative-quantitative approach, the sample was obtained by intentional non-probabilistic sampling according to the inclusion and exclusion criteria defined by the researchers, surveys were applied for the collection of information and coproparasitological examinations were performed, all these based on the actual trajectory in time and place of the object of study.

Results: Of a sample of 70 children under 12 years old, 61 of them were found parasitized, where there was a prevalence of protozoa (57.38%) and over helminths (42.62%). The most prevalent were *Blastocystis hominis* (47.54%) and *Ascaris lumbricoides* (27.86%). The prevalence of poliparasitism was 75.40% and the monoparasitism was 24.59%.

Conclusions: It was established that social determinants such as socio-economic, hygienic, environmental in relation to the scarce actions of nursing prevention and health promotion, are involved in the transition of parasitic infections, mainly affecting children.

Keywords: Intestinal parasitosis, social determinants, health promotion, prevention, nursing, children under 12 years.

INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales continúan siendo un problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo, mayormente en zonas tropicales y subtropicales, la cual constituye la tercera causa de muerte en el mundo y la segunda causa de morbilidad en Ecuador, la cual en su gran mayoría afecta a la población infantil. El alto índice de morbi-mortalidad infantil por infecciones helmínticas y protozoarias en todo el mundo, dependen de factores colaterales que determinan dichas infecciones parasitarias. En términos generales, las adquisiciones de infecciones parasitarias están relacionadas con los determinantes sociales, estos predominan mayormente en las zonas rurales; como las condiciones de vivienda, higiene personal y educación.

Ecuador se encuentra en el séptimo lugar de países con la mayor tasa de pobreza de latinoamérica, teniendo esto como consecuencia que un 62,0 % de niños menores de 12 años estén afectados de parasitosis intestinal (Gómez et al., 2017). La prevalencia de algunos parásitos intestinales en Ecuador registrados por algunos investigadores es la siguiente: *Blastocystis hominis*, constituido como el protozoo más prevalente en el país, seguido por *Entamoeba histolytica/dispar*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* y *Giardia lambliaen*, cuanto a los helmintos *Ascaris lumbricoides* se mantiene en el primer lugar, seguido por las infecciones producidas por *Trichuris trichiura* (Montero et al., 2017).

Por lo expuesto anteriormente, se realiza esta investigación con el propósito de relacionar las acciones de enfermería en la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales. De esta manera aportar mayor información sobre la prevalencia de parasitosis intestinal en la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor que afecta a los niños menores de 12 años. Se considera que resulta necesario puntualizar en la educación sobre medidas preventivas de higiene sanitaria y salud.

El estudio está en coherencia con las líneas de investigación propuestas por La Universidad Técnica de Babahoyo, por la Facultad Ciencia de la Salud, la Escuela de Salud y Bienestar y específicamente por la Carrera de Enfermería sobre las enfermedades infecciosas, que están acorde con los objetivos del milenio con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.2 Contexto Internacional

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente hasta 600 millones en todo el mundo se infectan con agentes parasitarios, debido al consumo de alimentos contaminados; de estos, 420,000 mueren, incluidos 125,000 niños menores de cinco años anualmente (OMS, 2015).

Además, la Organización Mundial de la Salud estima, que; más de la quinta parte de la población mundial está infectada por uno o varios parásitos intestinales y en muchos países de América Central y Sudamérica, el promedio de infecciones parasitarias es del 45,0 %. Se estima que 100 millones las personas sufren infecciones por *Áscaris lumbricoides*, 502 millones con *Trichuris trichura*, 48 millones con *Entamoeba histolytica/dispar* y 20 millones con *Giardia lamblia* (Benavides, 2012).

En América Latina la amebiasis intestinal tiene distribución cosmopolita, con predominio en áreas socioeconómicas desprotegidas, especialmente en países en vías de desarrollo. En Argentina del 13 al 23,0 % de la población está infectada; el 10 al 39,0 % en Brasil, 20 al 45,0 % en Colombia, 3 al 18,0 % en Chile, 7 al 21,0 % en Perú, 4 al 7,0 % en Venezuela, 13 al 43,0 % en México (Benavides, 2012).

1.1.3 Contexto Nacional

En Ecuador hasta el momento no existen estudios que determinen la prevalencia completa a nivel nacional, pero en el país, la parasitosis intestinal sin especificación, se encuentra en segundo lugar en el listado de las principales causas de morbilidad ambulatoria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del año 2014, y dentro de las diez primeras causas de consulta pediátrica. Las infecciones parasitarias, según estudios ecuatorianos, alcanza una frecuencia de 85,7 % en población infantil. Además, se concentra en áreas donde constituyen en alta densidad poblacional y el bajo nivel socioeconómico, como en región costera. A su vez, Ecuador se encuentra en el séptimo lugar de países con la mayor tasa de

pobreza de Latinoamérica, con un 62,0 % de niños menores de 12 años afectados (Gómez et al., 2017).

1.1.4 Contexto Regional

La Republica del Ecuador consta de 24 provincias, entre ellas se encuentra la provincia de los Ríos, la cual tiene como capital la ciudad de Babahoyo, localizada en la región litoral del país. En aspecto de salud la provincia de Los Ríos mantiene el uno de los más altos índices de parasitosis llegando al 62,0 % en el año 2011 (Cerruffo & Mora, 2012).

De acuerdo a la investigación de Montero y otros colaboradores en el 2017 quienes en su estudio obtuvieron resultados preliminares de prevalencia general de parasitosis intestinal en Ecuador, es de *Blastocystis hominis* (28,4 %) constituido como el más prevalente, seguidas de *Entamoeba histolytica/dispar* (29,8 %), *Entamoeba coli* (15,1 %), *Endolimax nana* (9,0 %), *Giardia lamblia* (5,4 %), *Ascaris lumbricoides* (2,7 %) y *Trichuris trichiura* (1,7 %).

1.1.5 Contexto Local y/o Institucional

El Recinto el Porvenir del cantón Babahoyo es una zona rural de bajo nivel económico y de escasa educación de saneamiento ambiental, que contribuyen hacer necesario del presente estudio. La Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor se ubica en dicho recinto, consta de un antecedente de investigación previo que, se determinó la relación existente entre los factores de riesgo y la parasitosis intestinales en los niños escolares, dando como resultado que el 89,06 % se encontraban parasitados. Se evidenció de acuerdo al examen coproparasitológico realizado, que existía mayor prevalencia de infantes poliparasitados (73,68 %), en los cuales predominaban las infecciones parasitarias producidas por protozoos como *Blastocystis hominis* (49,12 %), *Giardia lamblia* (38,60 %), *Entamoeba histolytica/dispar* (29,82 %), seguida de las helmintiasis, en su mayoría producida por *Ascaris lumbricoides* (21,05 %) (Rivera & Jimenez, 2018).

1.2 Situación Problemática

Las parasitosis intestinales son un problema de gran importancia para las instituciones de Salud Pública y Ambiental, que perjudican a los países desarrollados y en vías de desarrollo. Estas infecciones intestinales parasitarias son causadas por helmintos y protozoarios, afectan principalmente a la población infantil, y representan un factor de morbi-mortalidad debido las malas condiciones higiénicas, el deficiente saneamiento ambiental y el bajo nivel socioeconómico, que están asociadas directamente con la presencia, persistencia y la diseminación de parásitos intestinales, así como con las características geográficas y ecológicas (Solano et al., 2008).

También involucra varios factores, como la ausencia de drenaje intradomiciliar, el hacinamiento, la falta de agua potable y de sistemas de disposición de excreta, así también, como la contaminación de alimentos y agua. Son variables presentes en el entorno rural, han propiciado y acumulado un deterioro permanente del estado de salud de la población. En este contexto las parasitosis intestinales se agudizan en zonas de alta marginalidad, en donde las condiciones de vivienda, higiene personal y educación, son precarias, que demuestran y exigen la importancia a el presente estudio (Guerrero et al., 2007).

1.3 Planteamiento del Problema

Las enfermedades parasitarias a nivel intestinal continúan teniendo un papel importante en la salud pública, principalmente en países en vías de desarrollo. Los protozoos por ejemplo, han resultado ser agentes con un gran potencial para generar epidemias hace varias décadas, por medio de agua y alimentos contaminados con heces, de conjunto con otras causas como viviendas precarias sin instalaciones sanitarias adecuadas, alto nivel de hacinamiento, bajo nivel educativo y socioeconómico, lo que justificarían la elevada prevalencia de parasitosis intestinal en su mayoría en edades pediátricas, posiblemente por su inmadurez inmunológica y la falta de correctos hábitos higiénicos (Brito et al., 2017).

En la Unidad Educativa se realizó un estudio previo para determinar la relación existente entre los factores de riesgo y su relación con las parasitosis intestinales en los niños escolares, dando como resultado que el 89,0 % se encontraban parasitados. Se evidenció de acuerdo al examen coproparasitológico realizado, que existía una mayor prevalencia de infantes poliparasitados (73,68 %), en los cuales predominaban las infecciones parasitarias producidas por protozoos como *Blastocystis hominis* (49,12 %), *Giardia lamblia* (38,60 %), *Entamoeba histolytica/dispar* (29,82 %) seguida de las helmintiasis, en su mayoría producida por *Ascaris lumbricoides* (21,05 %) (Rivera & Jimenez, 2018).

Teniendo en cuenta el predominio de los factores que intervienen mayormente en las zonas rurales, tales como la realización de labores agrícolas o el juego con la tierra que es común en los niños, sin tener en cuenta la protección adecuada especialmente de manos y pies para evitar el contacto con ella, así como la falta de acceso a un eficiente sistema de acueducto y alcantarillado, se facilita la transmisión de los agentes parasitarios y la consecuente infección en los seres humanos, fundamentalmente en los menores de 12 años, que trae como consecuencia múltiples complicaciones para su salud y secuelas tanto físicas como cognitivas en este importante grupo poblacional.

1.3.1 Problema General

¿Cómo se relacionan las acciones de enfermería con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre de 2019 a marzo de 2020?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es la frecuencia de parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020 teniendo en cuenta la edad el género y la presencia de protozoos o helmintos únicos o múltiples?

¿Cuáles son los síntomas y signos clínicos que presentan los niños menores de 12 años con parasitosis intestinales de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020?

¿Cómo se comportan los determinantes sociales de las parasitosis intestinales, en relación con las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta, la prevención y el control de dichas infecciones, en los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020?

1.4 Delimitación de la Investigación

El presente estudio se realizará en la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, que se encuentra ubicada en el recinto El Porvenir del Cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos, durante el periodo octubre 2019 hasta marzo 2020.

La investigación tendrá como estudio a los niños menores de 12 años de ambos sexos, que acuden a la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, donde

se contribuir al establecimiento de la relación existente, entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales.

1.5 Justificación

La parasitosis intestinal constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la infección por helmintos afecta alrededor de 1500 millones de personas, especialmente en zonas tropicales y subtropicales. Los helmintos y diversas especies de parásitos protozoarios entéricos afectan de forma importante la salud humana primordialmente a aquellos países en vías de desarrollo y su presencia en el intestino está íntimamente relacionada con precarias condiciones higiénico/sanitarias (Fillot et al., 2015).

Las parasitosis intestinales afectan principalmente a la población infantil de nivel socioeconómico bajo, debido a las condiciones precarias de las viviendas, el hacinamiento, la falta de servicios básicos y los inadecuados hábitos de higiene que en muchos casos predominan junto a una escasa escolaridad (Vinueza, 2014).

La presente investigación es de gran importancia y pertinencia, en tanto permitirá contribuir al establecimiento de la relación existente entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales que propician las parasitosis intestinales en los niños menores 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor del recinto El Porvenir, perteneciente al cantón Babahoyo.

Por otra parte, también proporcionará cifras actualizadas de la situación real de las infecciones parasitarias en las edades pediátricas referidas con anterioridad, lo cual permitirá evidenciar los determinantes sociales que mayormente influyen en dicha comunidad para contribuir a su prevención y control.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Establecer la relación existente entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.

1.6.2 Objetivos Específicos

Describir la frecuencia de parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, teniendo en cuenta la edad, el género, y la presencia de protozoos o helmintos únicos o múltiples

Identificar los síntomas y signos clínicos que presentan los niños menores de 12 años con parasitosis intestinales de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.

Analizar el comportamiento de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en relación con las intervenciones teniendo en cuenta la prevención y el control de dichas infecciones en los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

Determinantes sociales de las parasitosis intestinales

Se denominan determinantes sociales son aquellos factores tanto personales como sociales, conformados por; factores ambientales, biológicos, económicos y salud poblacional, que dependerán de la responsabilidad multisectorial del estado y el sector de salud, encargados de determinar la salud de la población (Villar, 2011).

Estos factores juegan un papel importante en la transición de las infecciones parasitarias. Las parasitosis intestinales son enfermedades causadas por uno o varios parásitos, que al ingresar al organismo; estos encuentran en el huésped las condiciones favorables para su anidamiento, desarrollo, multiplicación, de modo que pueda ocasionar una enfermedad (Flores et al., 2018).

Definiciones y/o términos de Parasitología General

- **Huésped:** Se denomina huésped, a aquel organismo que alberga a otro en su interior o que lo porta sobre sí, ya sea en una simbiosis de parasitismo, comensalismo o mutualismo.
- **Helmintos intestinales:** Gusanos intestinales pluricelulares, con exoesqueleto flexible, ausencia de apéndices y con movimientos reptantes.
- **Nemátodos:** Gusano o helminto de forma cilíndrica.
- **Protozoos:** Grupos de animales eucariotas formados por una sola célula, o por una colonia de células iguales entre sí, sin diferenciación de tejidos y que vive en medios acuosos o en líquidos internos de organismos vivos.
- **Parásitos:** Organismo que vive en otro organismo, este vive y se alimenta de las sustancias que elabora el otro ser vivo, con la finalidad de causarle algún daño o enfermedad.

- **Parasitismo intestinal:** La parasitosis intestinal es una infección producida por organismos exógenos, cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del ser humano.
- **Reservorio:** Es un conjunto de organismos vivos que constan de un ambiente favorable para el anidamiento, desarrollo, multiplicación y virulencia del agente etiológico (GAMPI, 2008).

Clasificación de las principales parasitosis intestinales

Protozoos

1. **Afección exclusivamente digestiva:**
 - a. Giardiasis: *Giardia lamblia*
 - b. Blastocistosis: *Blastocystis hominis*
2. **Afectación digestiva y potencialmente en tejidos:**
 - a. Amebiasis: *Entamoeba histolytica/dispar*
 - b. Balantidiasis: *Balantidium coli*
 - c. Criptosporidiasis: *Cryptosporidium parvum*, *Cystoisospora belli*, *Cyclospora cayetanensis*.

Helmintos

1. **Nemathelminthos o nematodos o gusanos cilíndricos:**
 - a. Afectación exclusivamente digestiva:
 - Oxiuriasis: *Enterobius vermicularis*
 - Tricocefalosis: *Trichuris trichiura*
 - b. Afectación digestiva y pulmonar:
 - Ascariosis: *Ascaris lumbricoides*
 - Anquilostomiasis o uncinariasis: *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*
 - c. Afectación cutánea, digestiva y pulmonar:
 - Estrongiloidiasis: *Strongyloides stercoralis*
2. **Plathelminthos o cestodos o gusanos planos**
 - a. Afectación exclusivamente digestiva:
 - Himenolepiasis: *Hymenolepis nana*
 - Teniasis: *Taenia saginata* y *solium*
 - b. Posibilidad de afectación digestiva y potencialmente en tejidos:
 - Teniasis: *Taenia solium*: Cisticercosis (Medina et al., 2015).

PROTOZOOS DE AFECCIÓN EXCLUSIVAMENTE DIGESTIVA

GIARDIA LAMBLIA

Giardia lamblia es un protozoo flagelado de la familia Hexamitidae, (del orden Diplomonadida). Se presenta en dos formas: trofozoíto y quiste.

Epidemiología

La infección por *Giardia lamblia* es cosmopolita y se puede desarrollar tanto de forma endémica (afectando mayormente a la población infantil), o de forma epidémica (brotes que afectan a comunidades o viajeros que visitan zonas endémicas). Entre un 2 a 3,0 % de todas las diarreas del viajero son causadas por este protozoo (Alcaraz, 2001).

Este es uno de los protozoos más comunes que afecta al ser humano en todo el mundo. Estudios realizados en diversos países subdesarrollados han verificado que, a todos los niños a partir de tres años han sufrido una infección por dicho protozoo. En países desarrollados la infección es menos frecuente, pero igualmente constituye un importante problema para la salud pública (Núñez, 2001^a).

Características morfológicas

Los trofozoítos se ubican en la superficie de la mucosa del duodeno y del yeyuno donde se multiplican por fisión binaria, favorecida por el pH alcalino de esta zona, estos permanecen adheridos a las microvellosidades intestinales por medio de un potente disco succionador, o también, pueden localizarse libres dentro de la luz intestinal. Únicamente se pueden visualizar en las heces blandas o líquidas. Los quistes son la forma de resistencia y la forma infectante, de esta forma se diseminan y pueden sobrevivir en el agua hasta 3 meses (Díaz & Fernández, 1996).

Ciclo de vida

Los quistes salen del organismo del huésped con las heces de humanos y animales contaminan el agua. Estos quistes al ser ingeridos pasan por el estómago y se exponen al pH ácido; se desenquistan en el duodeno debido al cambio a pH alcalino; los trofozoítos se dividen asexualmente por fisión binaria longitudinal

después de salir del quiste y en ocasiones antes de terminar su salida. La duración del ciclo celular varía entre seis y 20 horas o más. Cuando los quistes se excretan con las heces ya son infectivos (Ponce & Martínez, 2014).

Patología y síntomas clínicos

El mecanismo de este protozoo incluye disrupción del borde en cepillo y procesos inmunopatológicos, además de que se plantea la interferencia mecánica por efecto de tapizado, acompañado de inflamación catarral y causante del síndrome de mal absorción intestinal. Los signos y síntomas de la enfermedad son muy complejos de diferenciar o distinguir de otras enfermedades gastrointestinales. La infección no siempre produce diarrea. También, otros síntomas digestivos como los dolores abdominales y los cólicos pueden ocurrir más frecuentemente que la diarrea (Núñez, 2001^a).

BLASTOCYSTIS HOMINIS

Blastocystis hominis (Bh) es un protozoario considerado previamente como parte de la microbiota del colon en los seres humanos, así como de otros de mamíferos, aves, anfibios, reptiles, peces y artrópodos. Este protozoo se presenta en un 50 % en las poblaciones de países en vías de desarrollo. Inclusive se ha llegado a considerar a este agente parasitario, el más comúnmente encontrado en muestras de heces humanas (Vichido et al., 2016).

Epidemiología

La blastocistosis se encuentra distribuida en todo el mundo. La prevalencia general en personas sanas es aproximadamente entre 10 a 15,0 % en países desarrollados, y entre 30 a 50,0 % en países en vías de desarrollo. En Ecuador, la prevalencia es de 28,4 % (Botero & Restrepo, 2012; Montero et al., 2017).

Características morfológicas

Por lo general este protozoo tiene forma esférica, su tamaño oscila entre 4 μ a 20 μ , en algunos casos hasta 40 μ . Está provisto de una gran vacuola retráctil dentro del citoplasma, varios núcleos periféricos, mitocondria, aparato de Golgi y un retículo endoplásmico propio de los protozoos (Botero & Restrepo, 2012).

Este parásito tiene por lo menos seis estadios morfológicos: ameboide, avacuolar, vacuolar, multivacuolar, granular y quiste.

- **Fase ameboide:** Mide de 2.6 μm a 7.8 μm , pero puede llegar hasta 200 μm . Adquiere varias formas, al desplazarse proyecta parte de su citoplasma en lo que se denominan pseudópodos.
- **Fase avacuolar:** Tiene un diámetro de 5 μm con uno a dos núcleos, diversas teorías refieren que la fase avacuolar precede a la formación interior de vacuolas. Esta únicamente se observa en las heces fecales.
- **Fase vacuolar:** Es de forma esférica, mide 2 μm a 200 μm de diámetro, pero mayormente se la observa en un rango de 15 μm a 25 μm ; la mayor parte del cuerpo está formada por una gran vacuola.
- **Fase multivacuolar:** Constituida por uno o dos núcleos, estos miden entre 5 μm y 8 μm . Es la fase transicional entre las fases vacuolar y quística. En este punto es posible observarla en cultivos y en heces fecales, en esta alcanza una dimensión hasta de 15 μm .
- **Fase granular:** Es idéntica a la fase vacuolar, excepto que presenta innumerables gránulos dentro de la vacuola y su citoplasma. Tiene uno a cuatro núcleos o en más. Su diámetro es de 30 μm hasta 80 μm . Los gránulos pueden ser de tipo metabólico, lipídico y reproductivos.
- **Fase de quiste:** Esta es la fase más pequeña y la más resistente, incluso resiste el pH gástrico. Su pared quística está constituida por múltiples capas. Se le han observado uno a dos núcleos, pero no un número definido, no tiene vacuola central, pero sí tiene otras vacuolas de menor tamaño, algunas son de sustancias que almacenan energía (Becerril, 2014).

Ciclo de vida

Este ciclo sustenta la forma presente en el intestino del ser humano, es una pequeña célula avacuolar dentro de una capa superficial. Cuando la forma avacuolar pasa a través del intestino, las pequeñas vesículas presentes en su citoplasma, se unen y dan origen a la forma multivacuolar, la cual predomina en las heces. Esta forma se encuentra rodeada por una capa superficial gruesa, la forma quística resultante es la forma infectiva. El quiste es más frecuente en las heces guardadas que en las muestras frescas, lo que sugiere que el quiste se desarrolla como resultado de la salida del hospedero o del contacto con factores ambientales externos (Núñez, 2001^b).

Patogenia y síntomas clínicos

La secreción de proteasas y otras enzimas hidrolíticas por *Blastocystis hominis*, se les atribuye la responsabilidad de diversos síntomas gastrointestinales. Se ha logrado establecer, a través de cultivo, que este protozoo produce alteraciones citoesqueleticas e induce apoptosis en las células epiteliales; esto se traduce como incremento de la permeabilidad. Las cistein proteasas secretadas por este protozoario, estimulan la mucosa intestinal, produciendo interleuquina; este mecanismo, junto con otros, han sido sugeridos como los responsables de la pérdida de líquidos y de la inflamación intestinal (Chacón, Durán, & De-la-Parte, 2017).

Los síntomas atribuidos a la infección gastrointestinal por *Blastocystis hominis* en el ser humano son generalmente poco específicos e incluyen diarrea, dolor abdominal, náuseas y flatulencia, usualmente sin fiebre. La enfermedad puede ser aguda o crónica y puede persistir la sintomatología por muchos años (Salinas & Gonzales, 2007).

PROTOZOOS DE AFECTACIÓN DIGESTIVA Y POTENCIALMENTE EN TEJIDOS

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA/DISPAR

Este es el patógeno intestinal más frecuente en nuestro medio después de *Giardia lamblia*, una de las principales causas de diarrea en menores de cinco años y la cuarta causa de muerte en el mundo debida a infección por protozoarios. Tiene mecanismos patogénicos complejos que le permiten colonizar la mucosa intestinal para causar colitis amebiana. El examen microscópico es el método más usado para su identificación, pero la existencia de dos especies morfológicamente iguales, una patógena (*E. histolytica*) y una no patógena (*E. dispar*). El acceso al agua potable y los servicios sanitarios adecuados, tratamiento médico oportuno y el desarrollo de una vacuna, son los ejes para disminuir la incidencia y mortalidad de esta entidad (Gomez, Cortes, Cuervo, & Lopez, 2007).

Epidemiología

Gran parte de la morbi-mortalidad que ocasionan las amebiasis ocurre en países en vías de desarrollo, pero la prevalencia también varía según las áreas geográficas. Alrededor de 50 millones de personas al año se infectan con el parásito; no obstante, sólo cinco millones (10,0 %) desarrollan la enfermedad, resultando en 100,000 muertes anuales. La prevalencia mundial de *E. histolytica* no es bien definida, debido al surgimiento de *E. dispar* y *E. moshkovskii*, como especies que infectan al ser humano. La prevalencia en países en vías de desarrollo es de 1,0 % a 40,0 % en América Central y del Sur, Asia y África y de 0,2 % a 10,8 % en países industrializados. En México, Brasil, Nicaragua y **Ecuador**, pero el porcentaje de infección con *E. histolytica* de 13,8 % y de *E. dispar* de 7,5 % a 2,8 % (Bonilla, 2013).

Características morfológicas

Estas características contribuyen a la identificación para el diagnóstico del mismo. Trofozoitos de tamaño variable 10 µm - 60 µm, con las formas no invasivas usualmente más pequeñas 15 µm - 20 µm, que las invasivas menor a 20 µm, y con un solo núcleo, cromatina periférica regular fina, nucléolo central y pequeño. Los Quistes tienen un diámetro de 10 µm - 20 µm y poseen núcleos con las mismas

características descritas arriba. Los quistes maduros poseen cuatro núcleos y los quistes inmaduros, con uno o dos núcleos (Alger, 1998).

Ciclo de vida

La forma infectante es el quiste, el cual da origen a trofozoítos en el intestino. Éstos invaden los tejidos, o se enquistan en la luz intestinal y se eliminan con las heces. En las materias fecales humanas se pueden encontrar trofozoítos, prequistes y quistes; sin embargo, los dos primeros mueren por acción de los agentes físicos externos, y en caso de ser ingeridos estos son destruidos por el jugo gástrico, de tal manera que solamente los quistes constituyen la forma infectante. En el medio externo los quistes permanecen viables en condiciones apropiadas durante semanas o meses, y se diseminan por agua, manos, artrópodos, alimentos y objetos contaminados. Finalmente, los quistes llegan a la boca y son ingeridos, estos sufren la acción de los jugos digestivos, los cuales debilitan su pared; y en el intestino delgado se rompen para dar origen a trofozoítos, que conservan el mismo número de núcleos de los quistes (Botero & Restrepo, 2012).

Patología y síntomas clínicos

Amibiasis intestinal

En los casos sintomáticos, la intensidad es muy variable. La forma más clásica, pero no la más frecuente, es la disentérica. Lo más habitual es que en un inicio muestre una sintomatología poco intensa, con anorexia, astenia, dolor abdominal, alteraciones en el tránsito del intestino y diarrea no sanguinolenta. Estos síntomas reflejan la existencia de un proceso irritativo del colon y se trata de una fase inicial de la enfermedad que puede prolongarse varios meses (Becerril, Pérez, & Salas, 2014).

Amibiasis extraintestinal

Los trofozoítos pueden atravesar la mucosa intestinal invadiendo los vasos sanguíneos de los tejidos más próximos y son capaces de diseminarse hacia diferentes órganos causando abscesos, sobre todo en el hígado. El absceso hepático amebiano es la manifestación extraintestinal más frecuente;

habitualmente los pacientes se presentan con un cuadro clínico agudo o crónico, con dolor abdominal a nivel del hipocondrio derecho asociado a síntomas constitucionales (pérdida de peso, mialgias y malestar general). La complicación más común es su rotura con extensión a peritoneo, pleura o pericardio; también se han descrito fístulas hepatobronquiales, absceso pulmonar, derrame pleural reactivo, trombosis de la vena hepática y obstrucción de la vena cava inferior (Becerril, Pérez, & Salas, 2014).

BALANTIDIUM COLI

Este es el protozoo más grande y el único ciliado que infecta al hombre. Este protozoo es común en el intestino del cerdo en los climas tropicales y templados, pero también en varias especies de monos en los climas cálidos (Botero & Restrepo, 2012).

Epidemiología

Balantidium coli predomina en las zonas tropicales, pero no presenta altas tasas de prevalencias como los otros protozoos intestinales patógenos ya mencionados. En Colombia la frecuencia es inferior al 1,0 % y en Bolivia es de 1,2 % en niños. En algunas regiones del mundo las prevalencias son bastantes altas como 20,0 % especialmente donde hay contacto frecuente con cerdos; en estas circunstancias la balantidiasis puede considerarse una antropozoonosis; sin embargo, en otras regiones aparece la parasitosis en ausencia de estos animales, en cuyo caso la infección es transmitida de persona a persona. El mecanismo de transmisión es, como en las otras infecciones intestinales, por contaminación de alimentos, aguas, manos, etc., (Botero & Restrepo, 2012).

Características morfológicas

Este es el mayor de los protozoos que puede afectar al hombre. El trofozoíto es ovoide relativamente grande, cubierto de cilios cortos para su locomoción. Su longitud es de 50 μ a 200 μ de largo y 40 μ a 100 μ de ancho. Los quistes se forman fuera del hospedero, aunque se pueden recuperar también en las heces; es la forma de resistencia y no de reproducción. Estos tienen una gruesa pared quística

de doble contorno, son redondeados y miden de 45 μ a 65 μ de diámetro (Núñez, 2001^c).

Ciclo de vida

La forma infectante del protozoo *Balantidium coli* para el ser humano es el quiste y ocurre cuando la persona ingiere alimentos y bebidas contaminadas. Una vez que el parásito llega al estómago, la pared quística es destruida, pero emerge el trofozoíto, el cual se desplaza con gran movilidad debido a la presencia de los cilios hasta alcanzar el intestino grueso; en la luz intestinal se divide en repetidas ocasiones por fisión binaria o por conjugación. El quiste es expulsado junto con las heces a través de las evacuaciones. Si estas son diarreicas, la fase del parásito expulsado es el trofozoíto, debido a que un ambiente hidratado favorece su presencia y no alcanza a enquistarse. El ciclo se completa si el individuo parasitado realiza la secuencia mano – ano – boca, esto de forma directa sucede en los niños o al comer alimentos sin lavarse las manos (Becerril & Pedrero, 2014).

Patología y síntomas clínicos

En algunos casos los parásitos no producen invasión y se reproducen en la luz intestinal pero también producen inflamación catarral en la mucosa del colon. En otros pacientes producen ulceración de la mucosa, las úlceras son de forma irregular, con fondo necrótico (Botero & Restrepo, 2012). La infección en el ser humano puede producir principalmente colitis o disentería, en otro caso, la infección crónica se caracteriza por diarrea intermitente de duración variable. Las infecciones agudas son más dramáticas con diarrea severa, tenesmo, náuseas, fiebre y dolor abdominal, esto se asemeja a una disentería amebiana. A veces se presentan en las heces hematíes y leucocitos (Núñez, 2001^c).

Criptosporidiasis

La criptosporidiosis es una infección intestinal en el ser humanos, es causada por el parásito *Cryptosporidium spp.* Esta infección se presenta en todo el mundo, pero los más susceptibles son quienes tienen un sistema inmune débil, como las personas con sida. La enfermedad se transmite a través de agua o alimentos contaminados con heces (Gómez & Aguirre, 2017).

CRYPTOSPORIDIUM PARVUM

Este protozoo pertenece al *Phylum* Apicomplexa, los parásitos del género *Cryptosporidium spp* son microorganismos intracelulares estrictos de la superficie luminal del aparato digestivo y sexual. Este patógeno emergente y está presente en individuos inmunocompetentes como en pacientes inmunocomprometidos (Bernal & Becerril, 2014).

Epidemiología

La prevalencia de este microorganismo es variable, en función de las características socioeconómicas de la población e higiene, ya que es más frecuente en los lugares con problemas de agua potable, eliminación de aguas residuales y drenaje. Se encuentra en las heces de 1 al 3,0 % de los habitantes de los países desarrollados (Europa y América del Norte), el 5,0 % en los países asiáticos, en el 10,0 % de los países africanos y en el 40,0 % de los países de Sudamérica. Esta infección se transmite de persona a persona, por contacto con animales infectados, por el agua de bebida, por las piscinas o por los alimentos contaminados (Hernández, Flórez, & Cortés, 2018).

Características morfológicas

El protozoo causante de la criptosporidiosis es un esporozoario de la subclase Coccidia, género *Cryptosporidium* que tiene varias especies. Actualmente la especie *Cryptosporidium parvum* se ha dividido en dos especies separadas: *Cryptosporidium hominis* y *Cryptosporidium parvum*. La especie *C. hominis* aparentemente infecta sólo a los humanos, mientras *C. parvum* se encuentra en humanos y en varios animales. Estos son eliminados junto con la materia fecal, los ooquistes esféricos o elipsoidales, que miden aproximadamente de 4 µ a 5 µ. Estas son las formas infectantes para el ser humano o los animales (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

El ciclo de vida empieza desde la ingesta de un pequeño número de ooquistes vía oral, dentro del individuo estos huevecillos se rompen en el tracto digestivo y se liberan cuatro esporozoítos que van a infectar a las células

intestinales. Dentro y en la superficie de estas células se llevan a cabo diversas transformaciones; el parásito pasa por otras fases de vida asexual y sexual, hasta que finalmente da como resultado el ooquiste maduro el cual es expulsado con las heces para infectar a otros individuos (Gómez & Aguirre, 2017).

Patología y síntomas clínicos

Los mecanismos por los cuales los criptosporidios afectan el buen funcionamiento del organismo no son bien conocidos. Las observaciones hoy disponibles permiten especular que los mecanismos que llevan al desarrollo de las manifestaciones clínicas de la criptosporidiosis, en particular de la diarrea, sería uno, o combinación, de los siguientes:

- Malabsorción debido a la atrofia de las vellosidades intestinales.
- Alteraciones de la digestión debido a la disminución de la producción de enzimas digestivas.
- Incremento en el paso de líquidos y sustancias acuosas hacia la luz intestinal.
- Producción parasitaria de mediadores citotóxicos (Bernal & Becerril, 2014).

Infección extraintestinal

En sujetos positivos del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) se han encontrado infecciones por *Cryptosporidium* en diferentes órganos; sobre todo en vesícula biliar, lo cual puede conducir a colecistitis alitiásica. Los principales síntomas son fiebre, ictericia, dolor a nivel del cuadrante superior derecho sin irradiar al hombro y vómito (Bernal & Becerril, 2014).

NEMATHELMINTOS DE AFECTACIÓN EXCLUSIVAMENTE DIGESTIVA

ENTEROBIUS VERMICULARIS

Enterobius vermicularis es un nematelminto que produce la enfermedad denominada enterobiasis, con una amplia distribución en el mundo, debido a que este parásito no requiere de condiciones ambientales propicias; pues la transmisión es directa de persona a persona, sin la necesidad de la intervención desde el suelo. Se calcula que a nivel mundial existen 400 millones de personas infectadas (Vega, 2001^a).

Enterobiasis

La enterobiasis es una infestación intestinal causada por el parásito *Enterobius vermicularis*, generalmente afecta a la población infantil. El síntoma principal es el prurito en la zona perianal. El diagnóstico se basa en la inspección visual en busca de helmintos filiformes en la zona perianal o de huevos en una cinta de celofán (Pearson, 2017).

Epidemiología

La Enterobiasis es una de las parasitosis más frecuentes a nivel mundial. Se estima que *E. vermicularis* infecta anualmente a más de 400 millones de personas en todo el mundo correspondiente al 10,0 % de la población total. En Norteamérica y Europa es el nematodo más común. Las condiciones que favorecen la infección son el hacinamiento, la falta de higiene y la onicofagia. Debido a que el parásito se encuentra en la periferia anal y la infección propicia el prurito (Vázquez & Martínez, 2014).

Características morfológicas

El parásito hembra se observa a simple vista en la región perianal o en la ropa interior, el tamaño es aproximadamente de 1 cm de longitud, es de color blanco. Los huevos tienen un diámetro de 50 µm de largo, tienen un lado aplanado y son transparentes (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

Los huevos son depositados en los pliegues perianales, estos pueden ser ingeridos cuando las personas se llevan las manos a la boca después de haberse frotado en esa zona (autoinfección) o tras manipular ropas y otros objetos contaminados, así como (ropa de cama, cortinas, alfombras); la manipulación de objetos contaminados también puede hacer que algunos huevos sean transportados por el aire y luego sean ingeridos. Una vez ingeridos los huevos, son transportados a través del bolo alimenticio hasta llegar al intestino delgado, donde liberan larvas. Los parásitos adultos se establecen en la luz del ciego, y por la noche, las hembras grávidas migran al exterior a través del ano y se arrastran por la piel perianal (Pearson, 2017).

Patología y síntomas clínicos

En el colon no se fijan ni penetran en la mucosa intestinal. La patogenia se deriva de la migración de los parásitos por el ano o de la invasión a los genitales y ocasionalmente a vísceras. Por lo general los síntomas son leves y se presentan principalmente en niños. En sí, los síntomas son prurito y sensación de cuerpo extraño en la región anal. (Botero & Restrepo, 2012).

TRICHURIS TRICHIURA

Trichuris trichiura es otro de los nematodos intestinales incluidos en el grupo de los que son transmitidos por el suelo o también llamados geohelminths. La enfermedad que causan se la conoce como tricocefalosis. Esta afecta al ser humano y tiene una amplia distribución geográfica, sobre todo en zonas cálidas y húmedas de los países tropicales. Se estima que su prevalencia mundial es de 500 millones de personas infectadas anualmente (Vega, 2001^b).

Tricocefalosis

La tricocefalosis o tricuriasis es una enfermedad que afecta a 800 millones de personas en el mundo, su mayor prevalencia ocurre entre las personas de cinco a 15 años. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, pero las infecciones masivas pueden causar síntomas gastrointestinales. Como los demás helmintos transmitidos por la tierra (Pineda & Jovel, 2015).

Epidemiología

Este helminto predomina en zonas tropicales y sub tropicales húmedos, pues los huevos en la tierra son sensibles a la desecación. La prevalencia mundial en 2006 fue calculada en 795 millones de personas a nivel mundial, en los países endémicos de la región Caribe es de aproximadamente 30,0 %, similar a la de Ascariasis (Botero & Restrepo, 2012).

Características morfológicas

Trichuris trichiura o tricocéfalo, deriva su nombre del griego "thrikhos" que significa pelo, debido a la forma de la parte anterior. Es un gusano blanquecino que mide aproximadamente 3 cm a 5 cm de largo; los machos, por lo general son más pequeños que las hembras. En la parte anterior es más delgada y ocupa dos terceras partes del parásito. El tercio posterior es de más grosor y en conjunto simula un látigo. La hembra termina en forma recta en su extremo posterior mientras que el macho tiene una curvatura pronunciada debido a la presencia de la espícula copulatrix (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

Las hembras adultas del *T. trichiura* habitan en la mucosa del ciego y depositan aproximadamente entre 3,000 a 20,000 huevecillos cada día, pero su fecundidad disminuye cuando aumenta la carga parasitaria. Los huevecillos salen junto con las heces, y al ser depositados en suelo húmedo y sombreado, comienzan a embrionar segmentándose. Después de ingerir los huevos, estos liberan las larvas a través del tapón mucoso, estos migran al ciego; aunque se ha registrado también el paso directo al colon, la larva móvil penetra el epitelio columnar, en la base de las criptas de Lieberkuhn, y se dirige hacia la superficie luminal del intestino grueso, formando microtúneles que atraviesan las membranas de los enterocitos (Carrada, 2004).

Patología y síntomas clínicos

T. trichiura produce una inflamación local en los sitios de adherencia del parásito a la mucosa colónica. La succión sanguínea que realiza el parásito provoca anemia de lenta instauración, microcítica y ferropénica. Esta anemia se intensifica

por las pérdidas sanguíneas debidas a la fragilidad de la mucosa. *T. trichiura* provoca una enteropatía con pérdida de proteínas y aumento de necrosis tumoral alfa, contribuyendo a malnutrición y retraso en el crecimiento. Así mismo, suele existir eosinofilia periférica baja o moderada. Generalmente son asintomáticas en el ser humano, pero las infecciones masivas pueden causar diarrea crónica y prolapso rectal (López & Ruiz, 2009).

NEMATHELMINTOS DE AFECTACIÓN DIGESTIVA Y PULMONAR

ASCARIS LUMBRICOIDES

Ascaris lumbricoides es un gusano que atraviesa por la fase de huevo, cuatro fases larvarias y el adulto, macho o hembra, pues es dioico (sexos separados, macho o hembra) (Zavala, 2014).

Ascariasis

La ascariasis es la helmintiasis más común en el mundo, afectando a 1221 millones de personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hoy en día, cerca del 10,0 % de la población de países en vías de desarrollo se ve afectada por esta parasitosis, con aproximadamente 60,000 muertes por año. La distribución geográfica de ésta se extiende a nivel mundial. Tiene mayor prevalencia en regiones con climas cálidos y húmedos y en áreas con bajo nivel socio económico (Pareja & Aponte, 2015).

Epidemiología

Ascaris lumbricoides es un parásito cosmopolita y el más común y principal de los helmintos. Se distribuye en zonas tropicales y templadas del mundo, sobre todo en las zonas rurales, donde las condiciones socioeconómicas e higiénicas son deficientes. A nivel mundial existen 1,400 millones de personas infectadas con *Ascaris lumbricoides*. Las complicaciones secundarias varían de 11 a 67,0 % de los infectados y la complicación más común es la obstrucción intestinal y biliar; ocurren 8,000 a 100,000 muertes anualmente a nivel mundial (Zavala, 2014).

Características morfológicas

Este parásito está catalogado como el nematodo de mayor tamaño que afecta al hombre. En su estado adulto; la hembra es de mayor diámetro a diferencia del macho que es más pequeño, el macho, mide de 20 cm a 30 cm o más de longitud y de 3 a 6 mm de diámetro; el macho de 15 cm a 20 cm de longitud y de 2 mm a 4 mm de diámetro. Estos parásitos son cilíndricos y presentan una cubierta quitinosa que forma su pared, esta es de color rosado cuando están vivos y blanco-amarillento cuando mueren. Presentan sexos separados que se pueden identificar macroscópicamente por el tamaño y por la forma de la extremidad posterior: en la hembra termina en forma recta, y en el macho curva, con dos espículas quitinosas y retráctiles que le sirven para la cópula. La hembra produce huevos fértiles de color café, que son de forma oval o redondeada y miden aproximadamente entre 40 μm y 60 μm de diámetro (Vega, 2001^o).

Ciclo de vida

Los huevos sin embrionar salen al exterior con las materias fecales del ser humano. Cuando caen en la tierra húmeda con temperatura entre 14°C y 30°C, desarrollan larvas en un período de dos semanas a varios meses, para convertirse en huevos infectantes por vía oral. La infección sucede al ingerir huevos embrionados; éstos llegan a la boca con tierra, alimentos, aguas, etc. En el interior del aparato digestivo los huevos sufren ablandamiento de sus membranas y se liberan larvas en el intestino delgado, las que penetran a las glándulas de lieberkuhn, en donde tienen un corto período de desabollo y luego pasan al colon, en el cual maduran y viven aproximadme de uno a tres años. Los gusanos machos y hembras se enclavan por su parte delgada en la mucosa del intestino grueso, a nivel de este órgano es donde producen la patología (Botero & Restrepo, 2012).

Patología y síntomas clínicos

Teniendo en cuenta el ciclo de vida; las larvas, al pasar por el pulmón, producen ruptura de los capilares y de la pared alveolar y en consecuencia hemorragia e inflamación, lo que da lugar a un cuadro llamado neumonitis estacional. Este síndrome es semejante al de Loeffler y puede estar asociado con infiltrados pulmonares transitorios. Ocasionalmente, las larvas no siguen el ciclo normal a través del pulmón, sino que continúan por los capilares hacia la circulación

arterial, se diseminan en otros órganos y se forman granulomas de cuerpos extraños. Los parásitos adultos en el intestino delgado producen irritación mecánica de la mucosa intestinal, debido al movimiento y a la presión que ejercen por su gran tamaño. Cuando ellos existen en gran cantidad forman nudos y producen obstrucción intestinal. Debido a la presencia de los gusanos adultos en el intestino delgado, el constante movimiento y presión que ejercen estos sobre la pared intestinal, produce irritación mecánica, causa dolor abdominal difuso como síntoma más frecuente y distensión. Entre otros síntomas pueden producir náuseas, vómitos y diarreas, pero no es lo más frecuente (Vega, 2001^o).

ANCYLOSTOMA DUODENALE Y NECATOR AMERICANUS

Ancylostoma duodenale y *Necator americanus* esta pareja de parásitos presentes en diversas partes del mundo, normalmente en países en desarrollo, lo cual conforman un gran problema para la salud pública. son dos nematodos que tienen diversas diferencias desde el punto de vista de la gravedad de la infección que ocasionan y la respuesta al tratamiento, pero su biología, epidemiología y síntomas clínicos son muy similares (Escobedo, 2001^a).

Anquilostomiasis

anquilostomiasis, llamada también anemia tropical, es una parasitosis intestinal, que anualmente afecta aproximadamente a 576 millones de personas a nivel mundial. En Latinoamérica y el Caribe, 346 millones de personas están en riesgo, con 50 millones de infectados (Calvopiña et al., 2017).

Epidemiología

En los países con clima templado, la Anquilostomiasis se propaga en los túneles o en las galerías de minas de carbón. En las zonas endémicas, la población más susceptible de contraer la infección; es la infantil, porque en su mayoría; lactantes y niños juegan en el suelo contaminado y a la vez contribuyen a la contaminación de los alrededores, como ocurre en las zonas rurales y tropicales de América Latina (García, 2001).

Características morfológicas

Ancylostoma duodenale: La hembra mide de 10 mm a 18 mm de longitud y también posee la vulva en el tercio posterior y en su extremo terminal, un apéndice caudal. En cuanto al macho: tiene un diámetro de 8 mm a 11 mm de longitud y presenta bolsa copulatriz con 11 a 13 costillas. Ambos tienen cápsula bucal con dos pares de ganchos. *Necator americanus*: La hembra tiene una longitud de 9 mm a 11 mm y también presenta vulva en el tercio medio. En cuanto al macho tiene una longitud de 7 mm a 9 mm y presenta la bolsa copulatriz con 12 a 14 costillas. Ambos tienen la cápsula bucal con dos placas cortantes semilunares y sus dos espículas son largas y se unen (Escobedo, 2001^a).

Ciclo de vida

Es igual para *A. duodenale* que para *N. americanus*. Estos nematodos atraviesan por las fases de huevo, cuatro larvarias (la primera y segunda son rabditoideas, la tercera filariforme y la cuarta de nuevo rabditoide) y la fase adulta (macho o hembra), el ciclo puede iniciar cuando los adultos se encuentran alojados en la mucosa del intestino delgado. Tres días después muda y se transforma en larva del segundo estadio rabditoide, y entre el quinto y octavo día se cierra su boca y pasa al tercer estadio larvario que se conoce como filariforme, que es la fase infectiva para el ser humano, la cual permanece viable durante varias semanas. La larva filariforme, al ponerse en contacto con la piel de humanos; casi siempre en los espacios interdigitales de los pies o en cualquier otro sitio expuesto, penetra hasta alcanzar el torrente sanguíneo. Desde allí se deja arrastrar por el torrente circulatorio hasta la parte derecha del corazón; luego pasa a los vasos pulmonares, atraviesa la membrana alveolo-capilar y asciende por bronquiolos, bronquios, tráquea, laringe y epiglotis, donde son deglutidas. Por último, esta larva de tercer estadio, pasa a su hábitat final, que es el duodeno, para que al cabo de cinco a siete semanas alcance su estado sexual maduro, lo que permite que macho y hembra realicen la cópula e inicie la reproducción (García, 2001).

Patología y síntomas clínicos

Las larvas filariformes de origen animal, perforan y atraviesan la epidermis y se desplazan cavando un túnel intradérmico serpiginoso, tal lesión se conoce como

larva migrans cutánea. Al cabo de diez días de haber penetrado por la piel, las larvas filariformes son acarreadas a los pulmones, provocando edema intra-alveolar transitorio con eosinofilia, acompañados de tos seca, ardor de garganta, así como de sibilancias asmátiformes, fiebre y a veces esputo hemoptoico (síndrome de Loeffler) estos síntomas suelen durar cerca de dos o tres meses (Carrada, 2007).

NEMATHELMINTOS DE AFECTACIÓN CUTÁNEA, DIGESTIVA Y PULMONAR

STRONGYLOIDES STERCORALIS

Strongyloides stercoralis es un parásito que forma parte del *Phylum nematoda*, orden *rhabditida*, familia *Strongyloididae*. Es endémico de regiones tropicales y subtropicales, es de baja prevalencia en climas templados (Mühlhauser & Rivas, 2013).

Estrongiloidiasis

Es una enfermedad producida por un parásito nematodo intestinal llamado *Strongyloides stercoralis*. Presenta síntomas clínicos comunes de la enfermedad pero también pueden ser desde asintomáticas en infecciones leves, hasta síntomas digestivos, respiratorios y cutáneos, cuando las infecciones son muy graves en casos de hiperinfecciones en pacientes inmunodeficientes (Martín & Romero, 2016).

Epidemiología

S. stercoralis se localiza fundamentalmente en las zonas rurales de países tropicales y subtropicales. La evidencia ampliamente reconocida en relación con la posibilidad del parásito de reproducirse dentro del huésped susceptible sin necesidad de una reinfección externa, justifica que algunas personas que adquirieron la parasitosis en zonas endémicas y se trasladan a sitios en los que la parasitosis es rara conserven los parásitos por muchos años (Martínez et al., 2011).

Características morfológicas

Las dimensiones de la hembra son aproximadamente de 2 mm de largo, vive en el interior de la mucosa del intestino delgado, donde produce huevos que se

transforman en larvas en la luz del intestino. Larva rhabditiforme. Móvil, mide aproximadamente 250 μ de longitud y 15 μ de diámetro, con extremo anterior romo y cavidad bucal corta; esófago con tres partes: cuerpo, istmo con anillo nervioso y bulbo; intestino que termina en el ano en el extremo posterior; primordio genital grande. En cuanto a la larva filariforme, es muy móvil, tiene dimensiones de 500 μ a 700 μ de largo y 25 μ de diámetro no se observa cavidad bucal, presenta en la parte anterior un estilete (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

La evolución de las larvas rhabditiformes puede tener tres posibilidades:

- Transformarse a infectantes en la tierra
- Originar gusanos de vida libre que producen nuevas generaciones larvarias
- Producir formas infectantes en el intestino del mismo huésped.

Estas tres características biológicas dan origen a tres formas de ciclo de vida: Ciclo directo, Ciclo indirecto y ciclo de autoinfección (Izquierdo, 2001).

Patología y síntomas clínicos

Las lesiones que provoca este nematodo las relacionan con la penetración cutánea de la forma infectiva al huésped, migración durante la fase pulmonar, permanencia y multiplicación en la mucosa del intestino delgado.

Lesiones cutáneas: A menudo son discretas. Cuando el inóculo es pequeño, los signos y síntomas pasan inadvertidos; cuando es de consideración, se presentan placas eritematosas, casi siempre en los espacios interdigitales de los pies o en el dorso.

Lesiones pulmonares: En la migración pulmonar de los parásitos se presentan hemorragias petequiales cuando las larvas pasan de los capilares a los alvéolos, donde también ocurre la muda de las mismas. Cuando las larvas aumentan de tamaño, las lesiones están en relación directa con el número de nematodos en migración.

Lesiones intestinales: Las hembras ponen huevos larvados en duodeno y yeyuno, los cuales dan origen a las larvas, mismas que atraviesan la mucosa intestinal hacia la luz y al hacerlo producen lesiones mecánicas, histolytica e irritativas que provocan una inflamación catarral con infiltrados de eosinófilos (Arteaga, 2014)

PLATHELMINTOS DE AFECTACIÓN EXCLUSIVAMENTE DIGESTIVA

HYMENOLEPIS NANA

Es un cestodo pequeño, ya que por lo general no mide más de 45 cm de largo en su fase adulta (Gutiérrez & Ruiz, 2014).

Himenolepiasis

La Himenolepiasis es una infección parasitaria causada por *Hymenolepis nana* e *H. diminuta*. Su distribución es cosmopolita y afecta principalmente a la población infantil (Ávila, 2017).

Epidemiología

La prevalencia de esta enfermedad parasitaria es notable en la población infantil sobre todo en edad preescolar y escolar; las tasas más altas se registran en poblaciones del norte de África, India y Medio Oriente. Los índices de frecuencia en países latinoamericanos son elevados, ya que se hallan hasta más del 50,0 %, sobre todo, en Argentina, Brasil, Ecuador, sur de Estados Unidos y México (Gutiérrez & Ruiz, 2014).

Características morfológicas

Hymenolepis nana es el más pequeño de los céstodos, mide aproximadamente de 2 cm a 4 cm. El escólex posee cuatro ventosas con róstelo retráctil y una corona de ganchos. El cuello es largo, delgado y continúa con el estróbilo, la cual puede tener hasta 200 proglótides más anchos que largos; éstos contienen principalmente los órganos genitales que desembocan a un poro genital lateral por donde salen los huevos. Éstos son ovalados o redondeados blancos, transparentes, con una doble membrana con un diámetro de 40 μ a 50 μ , y filamentos

en forma de mechón que salen de los polos de la membrana interna y en el interior se encuentra la oncosfera provista de tres pares de ganchos (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

Varios géneros de artrópodos con hábitos coprozoicos sirven de huéspedes intermediarios, ya que los huevos de *Hymenolepis diminuta* que ingieren eclosionan en su intestino y las oncosferas penetran el hemoceloma, donde se transforman en cisticercoides. Cuando los roedores ingieren estos artrópodos se libera el cisticercoide y se fija a la mucosa intestinal de estos huéspedes definitivos, incluidos los seres humanos, pero en raras ocasiones, sobre todo en la población infantil por sus hábitos de juego en el suelo (Gutiérrez & Ruiz, 2014).

Patología y síntomas clínicos

Las alteraciones patológicas dependen del número de parásitos que posee el hospedero. Se han demostrado lesiones de las células intestinales en el sitio de fijación del escólex y en los lugares donde penetran las oncosferas. En muchas personas esta infección transcurre de forma asintomática; sin embargo, en aquellos sujetos que presentan un alto número de estos parásitos en su intestino, no es infrecuente que aparezcan diarreas, molestias abdominales, mareos y anorexia (Escobedo, 2001^b).

TAENIA SOLIUM* y *TAENIA SAGINATA

Se trata de un parásito hermafrodita, generalmente solitario, de ahí su nombre popular de "lombriz solitaria". Existen numerosos mitos en las poblaciones sobre esta parasitosis, talvez por su gran tamaño y lo impresionante que resulta para muchos ver la salida de los segmentos de este helminto al exterior (Escobedo, 2001^c).

Teniasis

La teniasis es una infección intestinal provocada por tres especies de cestodos: *Taenia solium* (tenia del cerdo), *Taenia saginata* (tenia del vacuno) y *Taenia asiática* (OMS, 2019).

Epidemiología

En 2010, la OMS añadió la cisticercosis por *T. solium* a la lista de las principales enfermedades tropicales desatendidas, la OMS señala que se debe elaborar una estrategia validada para combatir y erradicar la teniasis/cisticercosis por *Taenia solium* y ampliar las intervenciones para lograrlo en algunos países de allí hasta este año (OMS, 2019).

Taenia solium es una de las principales causas de muerte por dichas enfermedades y la responsable de la pérdida de 2,8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. La prevalencia de la epilepsia 2015, se estima que entre 2,56 y 8,30 millones de personas padecen neurocisticercosis, sumando los casos sintomáticos y los asintomáticos. *Taenia solium* es la causa del 30,0 % de los casos de epilepsia en muchas zonas endémicas donde hay cerdos en libertad cerca de donde viven las personas (OMS, 2019).

Características morfológicas

Taenia solium. Tiene escólex con cuatro ventosas y un róstelo con corona doble de ganchos. Proglótides grávidos con menos de 12 ramas uterinas principales a cada lado. Tiene un tamaño de 5 metros y proglótides de 1,000. Los proglótides grávidos salen solos con menos frecuencia (Botero & Restrepo, 2012).

Taenia saginata. Tiene escólex con cuatro ventosas sin róstelo ni ganchos. Proglótides grávidos con más de 12 ramas uterinas principales a cada lado. Tiene un tamaño de 10 metros y proglótides de 2,000. Los proglótides grávidos se eliminan por el ano con más frecuencia y salen espontáneamente sueltos y con movimiento activo (Botero & Restrepo, 2012).

Ciclo de vida

Taenia solium. El parásito adulto se aloja en el intestino del ser humano, en donde los proglótides grávidos o los huevos liberados se eliminan con la materia fecal. Los huevos permanecen viables, sin movimiento y contaminando el ambiente. El ser humano, de igual modo que el cerdo, consume alimentos o agua contaminados con huevos del parásito y también se puede infectar al llevarse las manos a la boca si están contaminadas con sus propias heces. Cuando el cerdo

ingere heces humanas, alimentos o agua contaminados con los huevos del parásito, las oncosferas se liberan y se activan a su paso por el estómago e intestino por acción del ácido clorhídrico, enzimas digestivas y bilis. *Taenia saginata*. En este caso el ganado vacuno participa como huésped intermediario en vez del cerdo. El ciclo puede comenzar con la infección del humano, que actúa como huésped definitivo, lo que significa que alberga la fase adulta en el intestino delgado (Tato & Molinari, 2014).

Patología y síntomas clínicos

A pesar del gran tamaño de este parásito, produce alteraciones en el organismo; sobre todo donde se fija el escólex pudiendo lesionar ligeramente el tejido. Los síntomas son poco definidos antes de que comience la expulsión de proglótides, lo cual ocurre aproximadamente 3 meses después de haber contraído la infección. La mayor parte de las personas que tienen este parásito son asintomáticas, pero, el signo más frecuente es la eliminación de proglótides acompañada de molestias en la región perianal (Escobedo, 2001^o).

PLATHELMINTOS CON POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DIGESTIVA Y POTENCIALMENTE EN TEJIDOS

Cisticercosis: *Taenia solium*

La infestación con cisticercos puede ser asintomática en caso de ser ligera y que no afecte un tejido vital. Cisticercosis ocular puede dar como resultado uveítis y desprendimiento de la retina, se ha observado dolor, destellos de luz, figuras grotescas en el campo visual y otras molestias. Los quistes que se desarrollan en el interior del ojo conducen a una disminución de la agudeza visual. Cisticercosis muscular, los quistes se calcifican y pueden producir una pseudohipertrofia muscular que se acompaña de miositis, fiebre alta y eosinofilia. El quiste produce una reacción inflamatoria que forma una cápsula fibrosa alrededor de él. Al morir la larva puede calcificarse. La forma más grave es la cisticercosis cerebral, pues los cisticercos pueden desarrollarse en los ventrículos, en las cisternas subaracnoideas o en el parénquima. Dentro de los ventrículos, la presencia de cisticercos puede producir a una hidrocefalia obstructiva en la cisterna; puede conducir a una meningitis aguda (Cifuentes, 2001).

2.1.1 Marco conceptual

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Enfermería comunitaria

El desempeño de la profesión enfermera también se basa en el Modelo de promoción de salud. La enfermería comunitaria, tiene como principal objetivo en Atención Primaria, lograr mantener sanos a las personas sanas a través de intervenciones individuales como grupales a lo largo de su ciclo vital de manera continua, tanto en el Centro de Salud, en las Consultas y domicilio o en la comunidad; sin descuidar la atención y la prestación de cuidados a personas enfermas y conseguir el autocuidado (Martínez, 2014).

Aporte específico de enfermería comunitaria

- Participa en la resolución de los problemas mediante acciones específicas de enfermería.
- Evaluar la respuesta del sujeto de atención a las acciones desarrolladas

Importancia de la enfermería comunitaria

- Identifica las necesidades de salud generales de la comunidad.
- Participa en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población.
- Vigila la salud de la comunidad.
- Satisface las necesidades de salud de la población a lo largo del ciclo vital, con la participación del individuo.
- Identifica los problemas de salud y sus factores de riesgo.
- Planifica medidas para ayudar a las personas, grupos o comunidades a lograr las metas de salud (Medina, Mena, & Mendoza, 2012).

Principales acciones de enfermería en la comunidad.

Orientados en la atención integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno correspondientes al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) permiten implementar acciones de promoción de la salud; identificación y prevención de riesgos y enfermedad; atención, rehabilitación y cuidados paliativos. Vigilancia e intervención con enfoque intersectorial frente a los determinantes de salud y promueve a acciones de salud (MAIS-FCI, 2018).

Entre las diversas acciones que plantea el (MAIS-FCI) tenemos:

- Capacitación.
- Diagnóstico de las necesidades de salud.
- Plan de atención familiar.
- Seguimiento y monitoreo de familias.
- Valoración del entorno.
- Salud ambiental.
- Vigilancia de riesgos y daños.

Acciones de enfermería en la comunidad.

- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
- Eliminar los factores del ambiente, cuando sea posible.
- Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Desarrollo de un plan de salud.
- Promover a la participación comunitaria.
- Organizar entrevistas con la comunidad.
- Apoyo en la protección contra violencia.
- Difundir programas de vacunación.
- Promover a la vacunación regular.

- Promover charlas educativas de hábitos higiénicos saludables (Dochterman & Bulechek, 2014).

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, pues; permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables (Aristizábal et al., 2011).

Antecedente histórico

Nola Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, Estados Unidos, fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades (Meiriño et al., 2012).

Metaparadigmas:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal (Meiriño et al., 2012).

Promoción de la salud

La promoción de salud como tal, es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, en la cual la define como: el proceso que contribuye a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer mayor control sobre su salud. La estrategia constituye a la modificación de las conductas culturales familiares e individuales, creación y conservación de entornos saludables con la participación social y colectiva de la ciudadanía para mantenimiento adecuado de la salud y la prevención de enfermedades (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

El Modelo de Prevención de la Salud, expone a las características y experiencias individuales, tales como; los conocimientos y afectos específicos de la conducta, que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

- 1) Resalta la importancia de los procesos cognitivos en los cambios de conductas, e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivos y conductuales, reconoce a los factores psicológicos como influyentes en el comportamiento del individuo.
- 2) Se afirma que la conducta es racional, estima que el componente de motivación clave para el cumplimiento de un logro es la intencionalidad. Esta se entiende como el compromiso personal con la acción, y contribuyen al componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas (Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011).

Dimensiones del modelo de promoción de la salud

- **Responsabilidad en salud:** Implica un sentido activo de absoluta responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención y preocupación a su propia salud, la educación del individuo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional.

- **Actividad física:** se refiere a la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede suceder dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud como parte de la vida diaria.
- **Nutrición:** Esta dimensión a la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, y conservar la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable.
- **Crecimiento espiritual:** implica al desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de conexión y desarrollo. Trascendiendo nos pone en contacto nuestros seres equilibrados, nos proporciona la paz interior y nos abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos.
- **Relaciones interpersonales:** Implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. Esta comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos.
- **Manejo del estrés:** Establece la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos con la finalidad de controlar o reducir la tensión.

Tabla 1. Diagnóstico de Enfermería: Salud deficiente de la comunidad.

NANDA: Dominio 1
 NOC: Dominio VII
 NIC: Campo I

(00215) SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD

R/C: Apoyo Social Inadecuado, Acceso insuficiente al proveedor de asistencia sanitaria, Recursos insuficientes

E/P: No hay disponible ningún programa para eliminar los problemas de salud de una población, Problema de salud padecido por la población

M
E
T
A
S

Dominio VII: Salud Comunitaria

Clase B: Bienestar Comunitario

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Etiqueta: Estado de la comunidad

Campo I: Comunidad

Clase D: Control de riesgo de la comunidad

Etiqueta: Manejo Ambiental Comunidad

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Tasa de mortalidad	x				
Prevalencia de Programas y Protección sanitario			x		
Prevalencia de Promoción Sanitaria	x				

ACTIVIDADES

- Iniciar la evaluación de los factores de riesgo del ambiente
- Vigilar el estado de los riesgos para la salud
- Participar en los programas comunitarios
- Animar a los vecinos a que se conviertan en participantes activos en la seguridad comunitaria.
- Realizar programas educativos
- Colaborar en el desarrollo de programas de acción comunitarios.

Tabla 2. Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio Nutricional.

NANDA: Dominio 2
 NOC: Dominio V
 NIC: Campo I

(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES

R/C: Económicamente desfavorecidos, Factores Biológicos

E/P: Diarrea, Dolor Abdominal, Pérdida de Peso, Palidez

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase K: Digestiva y Nutricional

Etiqueta: Estado Nutricional

Campo I: Fisiológico Básico

Clase D: Apoyo Nutricional

Etiqueta: Manejo de la Nutrición

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hidratación	x				
Peso	x				
Talla	x				

ACTIVIDADES

- Determinar estado nutricional.
- Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional.
- Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados.
- Observar la presencia de náuseas y vómitos.
- Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales.
- Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas.

Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo.

(00112) RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO

NANDA: Dominio 4
 NOC: Dominio II
 NIC: Campo I

R/C: Económicamente desfavorecidos, Desastres Naturales

E/P: Nutrición Inadecuada, Problema de salud

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase I: Regulación Metabólica

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Peso y Talla	x				
Grosor de pliegue cutáneos				x	
Tasa del perímetro cintura	x				

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Etiqueta: Peso: Masa Corporal

Campo I: Fisiológico Básico

Clase D: Apoyo Nutricional

Etiqueta: Manejo de la nutrición

ACTIVIDADES

- Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos.
- Proporcionar alimentos adecuado.
- Controlar el peso y talla.
- Monitorizar el crecimiento y el desarrollo.
- Promover el higiene y aseo personal.
- Educar al paciente y a la familia a comprar alimentos nutritivos.
- Ayudar en el autocuidado.
- Crear un ambiente saludable

Tabla 4. Diagnóstico de Enfermería: Diarrea.

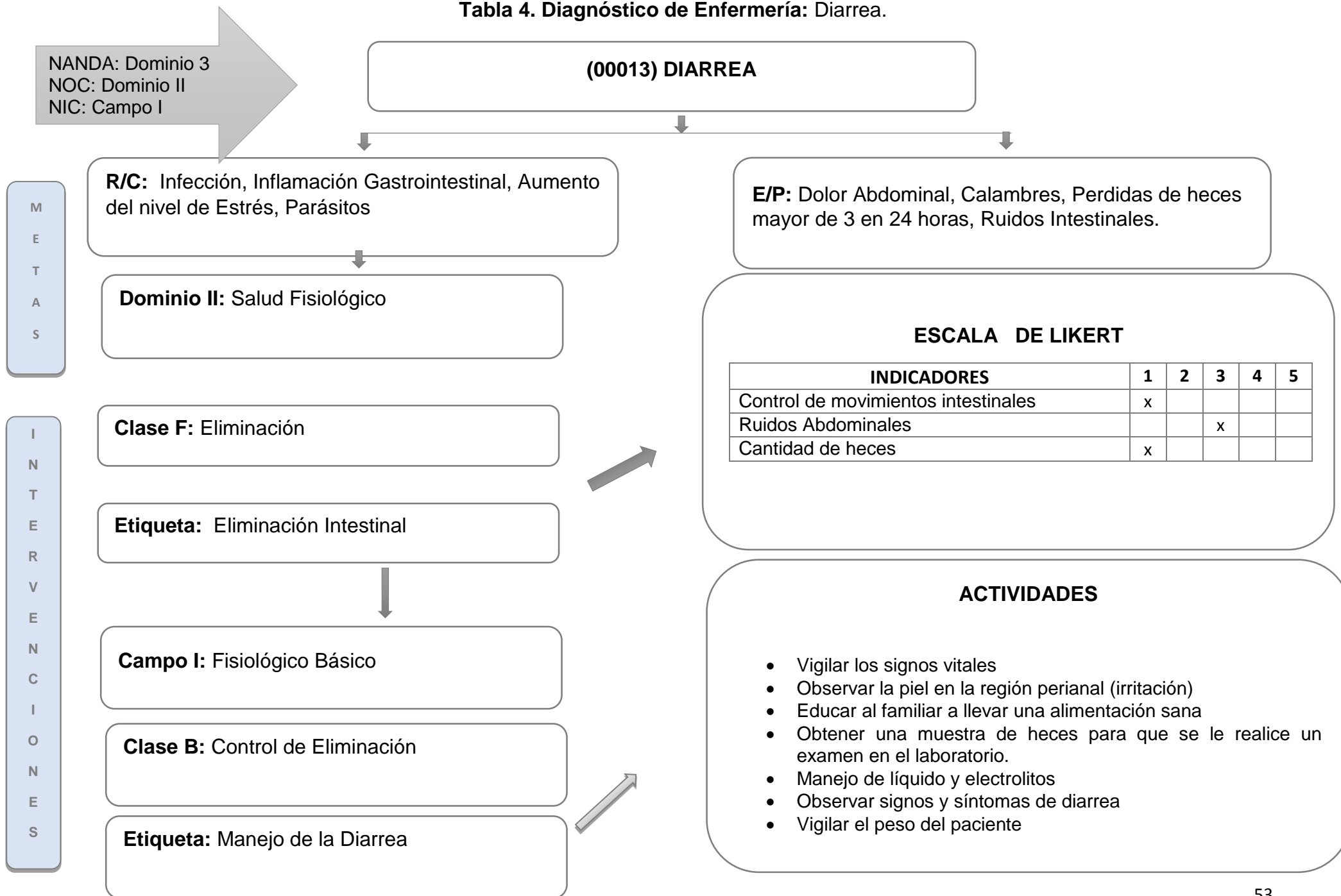


Tabla 5. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección.

(00004) RIESGO DE INFECCIÓN

NANDA: Dominio 11
NOC: Dominio IV
NIC: Campo I

R/C: Conocimientos Insuficiente para evitar la exposición a patógenos, Enfermedad Crónica

E/P: Exposición a brotes de enfermedades, Obesidad, Malnutrición

M
E
T
A
S

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control de riesgo y Seguridad

Etiqueta: Control de Riesgo

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Controlar los factores de riesgo ambientales	x				
Utiliza los recursos Comunitarios para reducir Riesgo			x		
Adaptar las estrategias de control de riesgo				x	

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo I: Seguridad

Clase V: Control de Riesgo

Etiqueta: Control de Infecciones

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada
- Educar al paciente al familiar a evitar infecciones
- Limpiar el ambiente
- Fomentar una conservación y una preparación seguras de los alimentos.
- Control de enfermedades.
- Minimizar el contagio de las infecciones

2.1.2 Antecedentes investigativos

Se han realizado diversas investigaciones en todo el mundo, en este caso Pérez y otros autores en el año 2012, en su investigación científica presentaron el tema “Prevalencia de Parasitismo Intestinal en escolares de 6 a 11 años de la Provincia de Santiago de Cuba”, el objetivo fue determinar la prevalencia del parasitismo intestinal en los niños, realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, se efectuó un cuestionario aplicándose a las madre o al tutor principal de cada escolar; al igual a los menores, se les realizó un examen coproparasitario con un consentimiento firmado por sus padres, se obtuvo una tasa de prevalencia de parasitismo intestinal de 37,8 %. La prevalencia de los protozoarios fue de (22,7 %) y helmintos de (15,2 %). *Giardia lamblia* prevaleció con 15,6 %, seguido de *Entamoeba histolytica/dispar* (4,8 %) y *Blastocystis hominis* (2,3 %), otros protozoarios entre los que se incluyeron *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura* fueron los helmintos que mayor positividad exhibieron, con 4,8 % cada uno. Del total de integrantes, 4,1 % estaba poliparasitado, con mayor frecuencia de *Giardia lamblia*. Como consecuencia que se produzcan hábitos higiénicos, lo que es favorable para la aparición de parasitosis. Los hábitos higiénicos sanitarios inadecuados, tales como: no lavar los alimentos como frutas y verduras, no lavarse las manos y el consumo de agua no potable, son factores muy importantes a considerar en la prevalencia de afecciones como el parasitismo intestinal.

Según la investigación de Ortiz y otros colaboradores en el año 2016, publicaron un artículo científico titulado “Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis Intestinales en niños. Comunidad Pepita de Oro Ecuador”, con el propósito de evaluar conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinales en niños de 1 a 9 años de edad, por medio de una investigación de tipo observacional, transversal, correlacional, en la comunidad urbana de la ciudad de Tena, en la amazonia del Ecuador, Se aplicó una encuesta a 50 padres de familias sobre la edad, el sexo, condiciones higiénicas, conocimientos sobre parasitismo intestinal y normas higiénicas, también se realizó exámenes coproparasitarios a sus hijos previo a un consentimiento informado. En los resultados se detectó que en los hábitos como el lavado de las manos antes de comer fue alto, el 94 %; el lavado de las manos después de ir al baño, fue de 88 %. Según examen coproparasitario el

porcentaje mayor se encontró poliparasitado, con el 77 % y 23 % monoparasitado. El grupo más afectado con monoparasitismo fue de 5 a 9 años, con el 18 %; mientras que por el poliparasitismo fue de 1 a 4 años con el 67 %. El 60 % fue evaluado con parasitosis y desconocimiento de las diferentes normas higiénicas. En este estudio se demostró el número de niños infectados por parásitos intestinales correspondió con el bajo nivel de conocimiento que tiene la población para prevenir el parasitismo intestinal.

De acuerdo a investigaciones a nivel nacionales, en este caso Zambrano en el año 2018, quien en su estudio previo a la obtención de su título universitario con el tema “Determinantes de la parasitosis Intestinal en niños de 7 a 10 años de la parroquia Tabiazo del cantón Esmeralda” el propósito fue establecer cómo influyen la parasitosis intestinal en niños de 7 a 10 años de edad, esta investigación fue de tipo descriptivo y transversal, también se aplicó un instrumentos de recolección de datos, encuestas, entrevistas y guía de observación, en el cual se analizó los determinantes socio-ambientales, hacinamiento y el nivel de conocimiento de los padres sobre la parasitosis intestinal. De las prácticas de higiene de los niños sobre el lavado de manos, el 57 % lo hacían antes de comer frente al 43 % no lo realizan.

Una de las investigaciones realizada en la provincia de Bolívar, elaborada por Carrera y Gomez en el año 2019 previo a la obtención del título universitario, presentaron “Factores de riesgo y su influencia en la infección por Parásitos Intestinales en niños escolares. Unidad Educativa Francisco Pizarra Recinto Pita. Caluma. Bolívar”. El objetivo fue determinar la influencia que ejercen los factores de riesgo sobre la infección por parásitos intestinales en niños escolares en dicha unidad, el estudio fue de campo, exploratorio, descriptivo y transversal con modalidad cuali-cuantitativa, se aplicaron técnicas de observación científica no estructurada y directa, encuestas y un examen coproparasitológicos en 58 muestra de niños en edades escolares, esto dio como resultado; 49 niños se encontraban parasitados. Entre los parásitos encontrados; el 53,33 % eran protozoos y el 46,67 % helmintos. *Blastocystis hominis* (85,71 %) y *Ascaris lumbricoides* (51,02 %). La prevalencia de poliparasitismo es elevada (87.76 %), la presencia de monoparasitismo por lo contrario es baja (12.24 %). La ausencia de servicios básicos, falta de purificación del agua, presencia de animales domésticos, uso infrecuente de calzado, presencia de humedad y la escasa intervención del

personal de salud, son los factores de riesgo que favorecen el mantenimiento y la difusión de las parasitosis intestinales.

Otro de los antecedentes más relevantes de la región, en la investigación realizada por Rivera y Jimenez en el año 2018 con el tema “Factores de Riesgo y su relación con parásitos intestinales en niños escolares. Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos”. El objetivo fue determinar la relación existente entre los factores de riesgo y las parasitosis intestinales en niños escolares. La metodología utilizada fue de campo, exploratorio, descriptivo y transversal con un enfoque cuali-cuantitativa. De la muestra total; el 89,06 % se encontraban parasitados. Se evidenció de acuerdo al examen coproparasitológico realizado, que existía una mayor prevalencia de infantes poliparasitados (73,68 %), donde la mayoría de las infecciones parasitarias estaban producidas por protozoos seguida de helmintos, de los cuales fueron *Blastocystis hominis* (49,12 %), *Giardia lamblia* (38,60 %), *Entamoeba histolytica/dispar* (29,82 %) y *Áscaris Lumbricoides* (21,05 %); estos fueron los parásitos encontrados con mayor frecuencia en la población de estudio. También resulto que la población carecía de servicios básicos, inadecuados hábitos higiénicos, bajo nivel de conocimientos sumados a determinados factores de riesgos, los cuales conforman la adquisición para las infecciones parasitarias.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis General

Si se establecieran las acciones de enfermería en relación con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto el Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020, se lograría contribuir a la disminución de la transmisión de dichas infecciones en la población infantil de la institución referida.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Acciones de Enfermería

2.3.2 Variables Dependientes

Determinantes sociales

2.3.3 Operacionalización de las Variables

Variable Independiente	Definición Conceptual	Dimensión o Categoría	Indicador	Índice
Acciones de Enfermería	Son acciones o intervenciones de enfermería que realiza en personal de enfermería para el bienestar del ser humano.	Enfermería comunitaria es un proceso participativo con el fin de establecer y restaurar la salud de la población donde participa la comunidad para evitar enfermedades Infecciosas	Acciones de prevención de enfermedades y promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
			Frecuencia con la se realizan el personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Una vez a la semana ➤ Una vez cada 15 días ➤ Una vez al mes
			Tipo de acciones que realiza el personal de enfermería en su comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Charlas educativas sanitarias ➤ Visitas periódicas a las viviendas ➤ Promoción de mingas de higiene y limpieza en la comunidad ➤ Ninguna

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Dimensión o Categoría	Indicador	Índice
Determinantes Biológicos	Es todo el bagaje genético que trae una persona al nacer	Sexo Biológico con el que nacen las personas.	Género del menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino. ➤ Masculino.
		Tiempo que vive una persona desde su nacimiento.	Edad del menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 a 6 años ➤ 7 a 12 años.
Determinantes Socio-económicos.	Es el nivel de recursos o bienes materiales que posee un individuo para su supervivencia o necesidades humanas.	Nivel de instrucción académica de la madre o representante legal del menor.	Instrucción de la madre o representante legal del menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primaria. ➤ Secundaria. ➤ Bachiller. ➤ Superior. ➤ Ninguno.
		Nivel de ingresos económicos mensuales en el hogar donde vive el menor.	Ingresos económicos en el hogar donde vive el menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bajo (menos de 394 dólares). ➤ Medio de 394 a 899 dólares). ➤ Alto (más de 900 dólares).
		Material principal con el que está construida la vivienda donde habita el menor.	Infraestructura donde habita el menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cemento ➤ Caña/madera ➤ Mixta
Determinantes Ambientales.	Es el entorno que este sujeto a cambios y variaciones que son de causa natural donde viven los seres humanos, condicionando la forma de vida que existen en el hogar.	Condiciones climáticas que predominan en la zona donde reside el menor.	Clima del de la zona donde habita el menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lluvias frecuentes ➤ Sequia ➤ Humedad ➤ Temperatura elevada ➤ Temperatura baja
		Servicios básicos de la vivienda donde habita el menor.	Servicios básicos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agua potable. ➤ Alcantarillado Sanitario. ➤ Alcantarillado Fluvial. ➤ Ninguno.

		Fuente de suministro de agua para consumo cotidiano en donde habita el menor.	<p>Agua para el consumo cotidiano del menor.</p> <p>Tipo de agua que bebe el menor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rio/estero. ➤ Lluvia. ➤ Red de tuberías. ➤ Pozo. ➤ Hervida. ➤ Clorada. ➤ Filtrada. ➤ Directamente de la fuente de abasto.
Determinantes Higiénicos.	Es un conjunto de conocimiento y procedimientos que se adapta para mantener una limpieza y aseo personal para prevenir enfermedades.	Frecuencia que se eliminan los desechos sólidos en el área donde habita el menor.	Eliminación de desechos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los días ➤ Dos veces a la semana ➤ Una vez a la semana
		Forma de eliminación de las excretas (heces) humanas en la vivienda donde habita el menor.	Eliminación de las excretas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pozo séptico ➤ Alcantarillado ➤ Letrina ➤ Al aire libre
		Presencia de animales en el interior de la vivienda donde habita el menor.	Animales en la vivienda del menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
			El tipo de animales que se relacionan con el menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gato. ➤ Perro. ➤ Gallina. ➤ Otros.
		Actividades higiénicas que realiza el menor.	Actividades higiénicas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se lava las manos con agua y jabón antes de ingerir alimentos. ➤ Se lava las manos con agua y jabón después de defecar. ➤ Se lava las manos con agua y jabón después de tener contacto directo con los animales.

				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lava las frutas antes de consumirlas. ➤ Juega en la tierra utilizando zapatos. ➤ Mantiene sus uñas cortadas y limpias.
Determinantes de enfermedades biológicas previas.	Son liberación de gérmenes u otras sustancias que afectan al organismo causando enfermedades las cuales son provocadas por: virus, bacterias, hongos y protozoos.	Formas de transmisión de una infección parasitaria.	Infección parasitaria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		Diagnóstico previo de Infección Intestinal que ha presentado el menor.	Diagnóstico parasitológico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		Sintomatologías presentadas en una infección por parásitos intestinales.	Síntomas y signos de infecciones por parásito intestinales que ha manifestado el menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diarreas con sangre. ➤ Diarreas sin sangre. ➤ Dolor abdominal. ➤ Pérdida de apetito. ➤ Pérdida de peso. ➤ Vómitos. ➤ Náuseas. ➤ Erupciones cutáneas. ➤ Problemas respiratorios: tos, expectoración, dificultad respiratoria.
		Tratamiento antiparasitario para infecciones por parásitos intestinales.	Se realiza tratamiento antiparasitario al menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No .
			Frecuencia que se ha realizado el tratamiento al menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 1 a 2 veces al año. ➤ De 3 a 4 veces al año.
		Tratamiento que ha utilizado para desparasitar al menor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento indicado por un médico. ➤ Medicina natural. 	

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de Investigación

En el presente estudio se apoyó en varios métodos de investigación, entre ellos cabe mencionar el método inductivo y el deductivo, ambos métodos se basan en el razonamiento lógico, en el inductivo se logró premisas particulares para llegar a las conclusiones generales, y en el deductivo permitió principios generales para llegar a las conclusiones específicas. Además, se utilizó el método de análisis-síntesis estos métodos permitieron la búsqueda de una verdad a través de deducciones y facilitó la redacción de la demostración, en el método histórico-lógico; se recopilaron datos basados en relación a la trayectoria real en tiempo y lugar.

3.2 Modalidad de la investigación

El estudio estuvo sujeto a la medición de las variables, en el cual predomina el enfoque cuali-cuantitativa; teniendo en cuenta que la variable cualitativa se empleó para la recopilación de análisis, esta ayudó a expresar el porqué y como de la causa del problema en la Unidad Educativa, también fue cuantitativa debido al uso de datos estadísticos expresados en gráficos, porcentajes reales y exactos, que se lograron a través de la aplicación del instrumento de investigación por los investigadores.

3.3 Tipo de Investigación

Este estudio fue de campo, descriptivo y transversal. Se observaron y se examinaron los aspectos en torno a la problemática referida anteriormente. La investigación también es descriptiva, pues proporcionó los elementos de la situación que generaba el problema y poder llegar a conclusiones objetivas. Es transversal, porque se realizó en un solo momento la recolección de muestras.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

- **Observación científica no estructurada y directa:** Esto permitió identificar, clasificar y registrar los eventos presentes de acuerdo a la investigación, teniendo en cuenta la problemática que se estudia en el recinto El Porvenir, del cantón Babahoyo.
- **Encuesta:** Se realizó la recopilación de toda la información de interés en este estudio, a través del instrumento de investigación, el cual; fue elaborado por los investigadores y se avaló por la tutora antes de la ejecución.

3.4.2 Instrumento

Se aplicó un cuestionario elaborado previamente por los investigadores, también se realizaron y se aplicaron fichas de registro, para el desarrollo de la entrevista no estructurada, y los exámenes coproparasitológicos.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población estuvo constituida por 325 niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor del Recinto El Porvenir, cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, distribuida por 147 niños y 178 niñas.

3.5.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional según criterios de inclusión y exclusión definidos por los investigadores, finalmente la muestra quedó constituida por 70 niños.

Criterios de Inclusión

- Niños(as) menores de 12 años.
- Niños(as) sin tratamiento antiparasitario.

Criterios de Exclusión

- Padres del menor que no acepten la participación en el proyecto de investigación.
- Niños y niñas mayores de 12 años que se encuentran fuera de los rangos para colaborar con el proyecto de investigación.

3.6 Cronograma del Proyecto

N ^a	Meses Semanas Actividades	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del Tema																								
2	Aprobación del Tema																								
3	Recopilación de Información																								
4	Desarrollo del Capítulo I																								
5	Desarrollo del Capítulo II																								
6	Desarrollo del Capítulo III																								
7	Elaboración de las Encuesta																								
8	Aplicación de las Encuestas																								
9	Tamización de la Información																								
10	Desarrollo del Capítulo IV																								
11	Elaboración de las Conclusiones																								
12	Presentación de Tesis																								
13	Sustentación de la previa																								
14	Sustentación																								

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigadores	Carpio Alarcón Gilda Esmelinda Remache Zambrano Manuel Aldahir
Tutor del Proyecto de Investigación	Lcda. Elisa Boucourt Rodríguez. MSc.

3.7.2 Recursos económicos

RECURSOS ECONOMICOS	INVERSIONES
Seminarios de Proyecto de Investigación	50
Internet	75
Material escrito en borrador	10
Material Bibliográfico	8
Material de escritorio	20
Anillado de la segunda etapa	10
Impresiones de Encuestas	15
Fotografías	5
Equipo de Informática	0
Envase para muestras de heces	30
Etiqueta para rotular los envases	05
Exámenes Coproparasitarios	180
Impresiones Final y Empastado	25
Alimentación	70
Movilización y Transporte	55
TOTAL	568

3.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de la encuesta, la cual fueron dirigida a los padres o representantes legales de los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa, todas las encuestas fueron procesadas para su respectivo análisis y contabilizaron de forma digital con el enfoque cuali-cuantitativo, también se realizó la entrega de envase de recolección de heces, con su respectiva rotulación (nombres, apellidos, sexo, edad) para los respectivos exámenes coproparasitológicos, y obtener los resultados los cuales se reflejan en los gráficos.

3.8.1 Base de datos

Los datos obtenidos mediante el instrumento de investigación, fueron digitalizados, para su tabulación mediante el programa Microsoft Excel 2016. Esto permitió obtener los resultados.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron procesados en un Ordenador Ultra graphics 4k HDR, mediante una hoja de cálculo del programa Excel, este permitió el respectivo procesamiento e interpretación, generando los resultados que se mostraran en los gráficos y tablas en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación.

El presente estudio se realizó en la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor en el recinto El Porvenir del cantón Babahoyo perteneciente a la provincia de Los Ríos en el periodo comprendido octubre 2019 a marzo 2020, se estableció una población de 325 niños por lo que se obtuvo una muestra de 70 niños menores de 12 años.

En la siguiente tabla se observan los grupos de edades de los niños que conformaron la muestra de estudio.

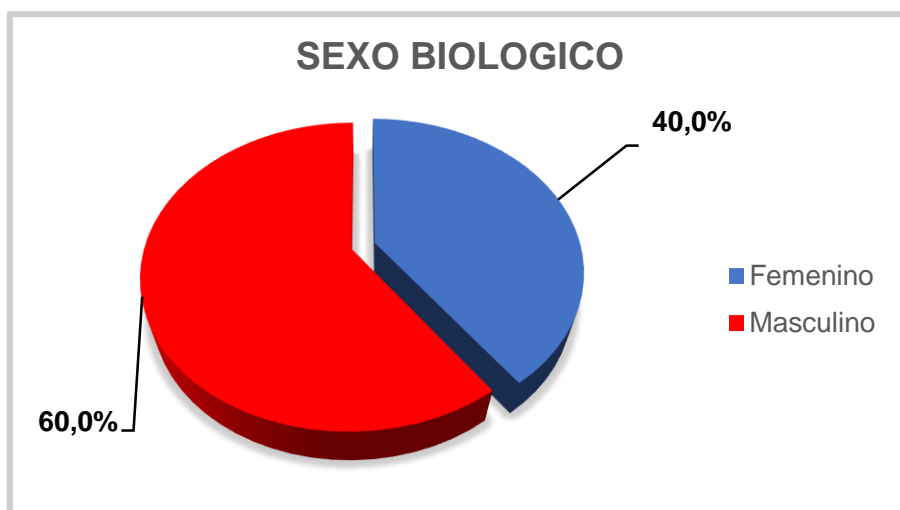
Tabla 6. Edades de los menores participantes en el estudio.

Grupos de edades	N	PORCENTAJE
De 4 a 6 años	15	21,0 %
De 7 a 12 años	55	79,0 %
Total	70	100 %

Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Se puede observar que el rango de edades donde hubo una mayor prevalencia fueron los comprendidos entre 7 y 12 años.

En el siguiente grafico se ubica el porcentaje de participación de los menores de acuerdo al sexo biológico.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 1. Sexo biológico de los menores participantes en el estudio.

En el gráfico 1 se establece la participación en cuanto a porcentaje de los menores de acuerdo al sexo biológico, siendo el sexo masculino el más relevante con 48 niños, seguido del femenino con 32 niñas.

La frecuencia de los niños que participaron en el estudio y que estaban o no parasitados, son representados en el siguiente gráfico.



Fuente: Estudio Coproparasitológico, realizado por Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc. y Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MSc.

Gráfico 2. Frecuencia de niños parasitados y no parasitados de la muestra de estudio.

Las muestras de heces recogida por los padres de los menores que participaron en la investigación científica, fueron diagnosticados mediante la aplicación de las diferentes técnicas coproparasitológicas, a través de las cuales se

determinó que 61 niños se encontraron parasitados y solo 9 niños no mostraban aparentemente la presencia de parasitosis intestinal, quedando expresado así un alto índice de niños infectados con parasitosis intestinales en la Unidad Educativa donde se realizó el estudio.

Mediante la siguiente representación gráfica se observa la prevalencia de los grupos de parásitos (protozoos y helmintos) en los menores parasitados que participaron en el estudio.



Fuente: Estudio Coproparasitológico, realizado por Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc. y Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MSc.

Gráfico 3. Prevalencia de los grupos de parásitos en los menores infectados.

Con respecto a los niños parasitados, se observó que 35 niños se encontraban infectados por protozoos, frente a 26 que se encontraban infectados por helmintos. Resaltando de esta manera un ligero predominio de los menores parasitados por protozoos.

En la tabla que aparece a continuación se reflejan los resultados de las especies de protozoos más prevalentes en los menores con parasitismo intestinal.

Tabla 7. Diagnóstico coproparasitológico de protozoos.

PROTOZOOS	Nº	PORCENTAJE
<i>Blastocystis hominis</i>	29	47,54 %
<i>Giardia lamblia</i>	23	37,70 %
<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	16	26,22 %
<i>Entamoeba coli</i>	8	13,11 %
<i>Endolimax nana</i>	8	13,11 %
<i>Cryptosporidium parvum</i>	7	11,47 %
<i>Cystoisospora belli</i>	2	3,28 %

Fuente: Estudio Coproparasitológico, realizado por Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc. y Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MSc.

En esta tabla se detallan los resultados arrojados mediante los exámenes coproparasitológicos realizados, donde se observa que *Blastocystis hominis* y *Giardia lamblia* son los protozoos de mayor predominio que afectan a la población, seguidas de *Entamoeba histolytica/dispar*.

En la tabla 8 se reflejan los resultados de las especies de helmintos más prevalentes en los menores con parasitismo intestinal.

Tabla 8. Diagnóstico coproparasitológico de helmintos.

HELMINTOS	Nº	PORCENTAJE
<i>Ascaris lumbricoides</i>	17	27,86 %
<i>Ancilostomideos</i>	13	21,31 %
<i>Enterobius vermicularis</i>	8	13,11 %
<i>Strongyloides stercoralis</i>	5	8,19 %
<i>Hymenolepis nana</i>	4	6,55 %

Fuente: Estudio Coproparasitológico, realizado por Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc. y Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MSc.

En esta tabla se detallan resultados de los exámenes coproparasitarios de acuerdo al hallazgo de los helmintos de los menores parasitados; se observa que *Ascaris lumbricoides* y *Ancilostomideos* son los más predominantes que afectan a la muestra de estudio, seguidas de *Enterobius vermicularis*.

De los menores parasitados se detectaron a través de los exámenes coproparasitológicos, los que estaban monoparasitados o poliparasitados, resultados que se pueden observar en la siguiente tabla.

Tabla 9. Diagnóstico coproparasitológico de helmintos.

Tipos de parasitismo	N	PORCENTAJE
Monoparasitados	15	24,59 %
Poliparasitados	46	75,40 %
Total	61	100 %

Fuente: Estudio Coproparasitológico, realizado por Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc. y Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MSc.

Se observa en la tabla anterior que existió mayor prevalencia de los menores poliparasitados frente a los monoparasitados.

En la siguiente tabla se exhibe el nivel de instrucción académica de las madres o responsables de los menores que conforman la muestra de estudio.

Tabla 10. Nivel de instrucciones de la madre.

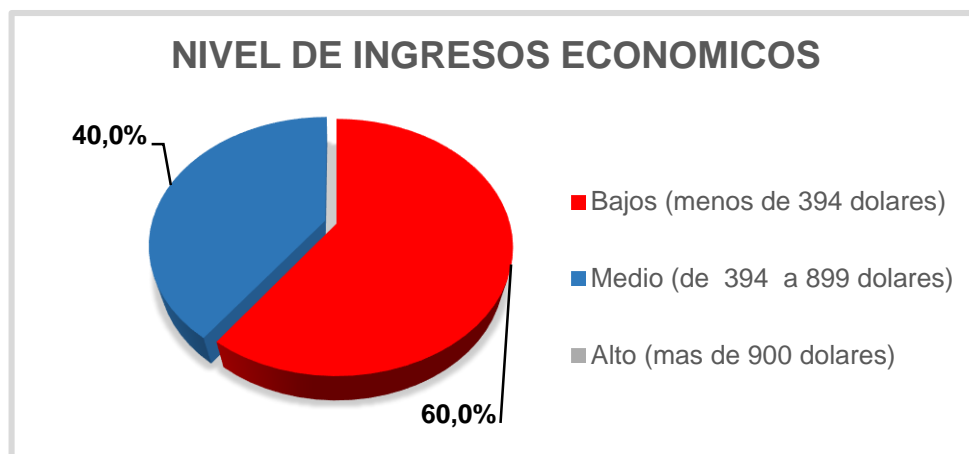
NIVEL	Nº	PORCENTAJE
Primaria	37	52,90 %
Bachiller	12	17,10 %
Superior	11	15,70 %
Secundaria	10	14,30 %
Ninguno	0	0,0 %
Total	70	100 %

Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

En la tabla anterior se observa que existía un predominio de las madres o responsables del menor con un nivel de instrucción académica correspondiente a la primaria, mientras que existía un menor porcentaje de los que tenían un nivel de instrucción de bachiller, superior y de secundaria.

Los ingresos económicos que se aportan a la vivienda donde habita el menor es representa en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Nivel de ingresos económicos.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Como se aprecia en el gráfico anterior, la mayoría de las familias tienen un nivel de economía baja o media, problema que se refleja en las condiciones sanitarias que viven los menores.

El tipo de material con el que está construida la vivienda donde habita el menor se refleja en el siguiente gráfico.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 5. Material con la que está contribuida la vivienda de los menores.

En el gráfico 5 se observa que 60 niños viven en casas construidas a base de cemento, mientras que el resto de los niños viven en viviendas construidas con caña/madera y cemento/madera.

La siguiente tabla se expone los climas más predominantes en la zona donde habitan los menores.

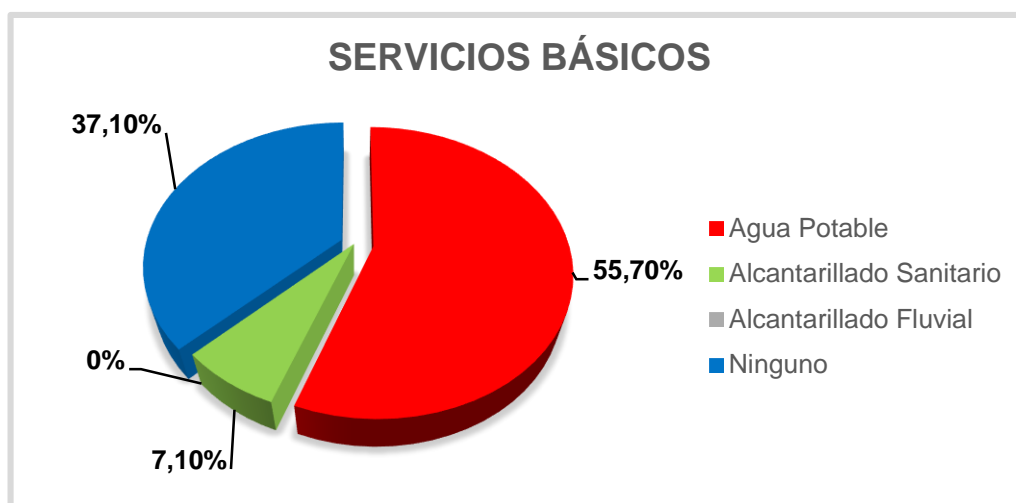
Tabla 11. Condiciones climáticas.

CLIMAS	Nº	PORCENTAJE
Lluvias frecuentes	51	72,90 %
Humedad	11	15,70 %
Sequias	4	5,70 %
Temperatura elevada	3	4,30 %
Temperatura baja	1	1,40 %
Total	70	100 %

Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

En esta tabla se evidencia que la principal condición climática de la zona es la lluvia frecuente, seguida de humedad y sequias.

Los servicios básicos con los que cuenta la vivienda donde habita el menor se representan en el siguiente gráfico.

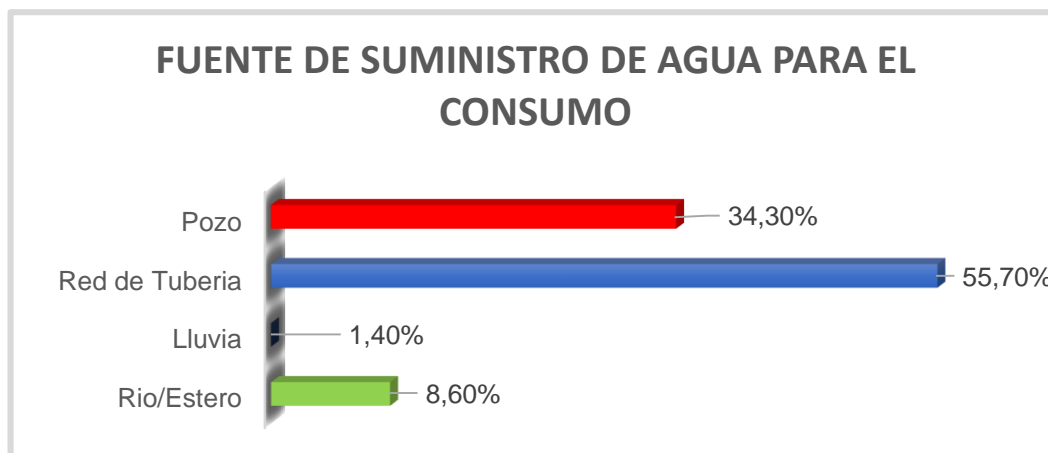


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 6. Servicios básicos con la que cuenta la vivienda.

Conforme a la encuesta aplicada a los padres de familia, manifiestan un alto porcentaje de viviendas con el servicio de agua potable, seguidas de viviendas que no cuentan con ningún tipo de servicios básicos el cual se considera como un índice moderado, y finalmente un bajo porcentaje de viviendas con alcantarillado sanitario.

Los tipos de fuentes de suministros de agua que constituyen las viviendas donde habitan los menores son representadas en el siguiente gráfico.

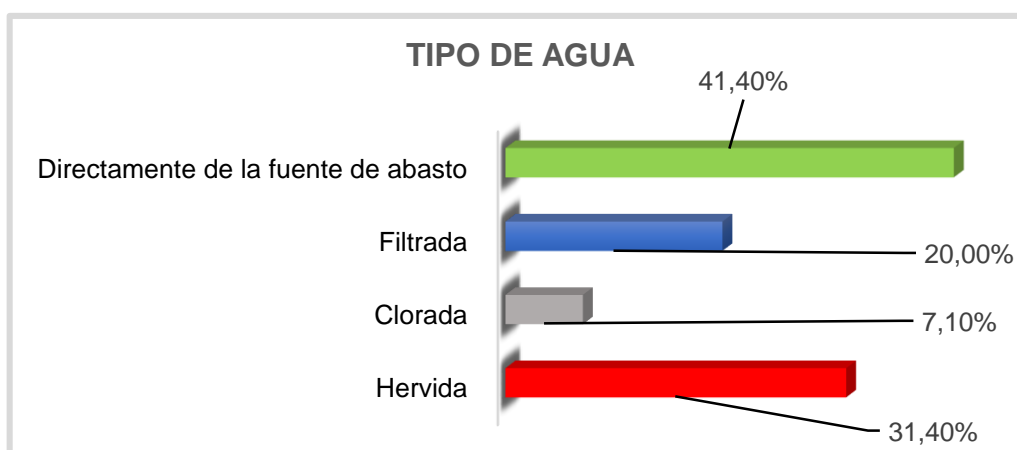


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 7. Fuente de suministro de agua para el consumo.

En este grafico se observa que, 39 viviendas constan con suministros de agua por red de tubería frente a 24 viviendas que constan con agua de pozo, mientras que pocas viviendas tienen por suministro agua de estero/rio y agua de lluvia.

El tipo de agua que se consume en la vivienda está representado en el siguiente gráfico.

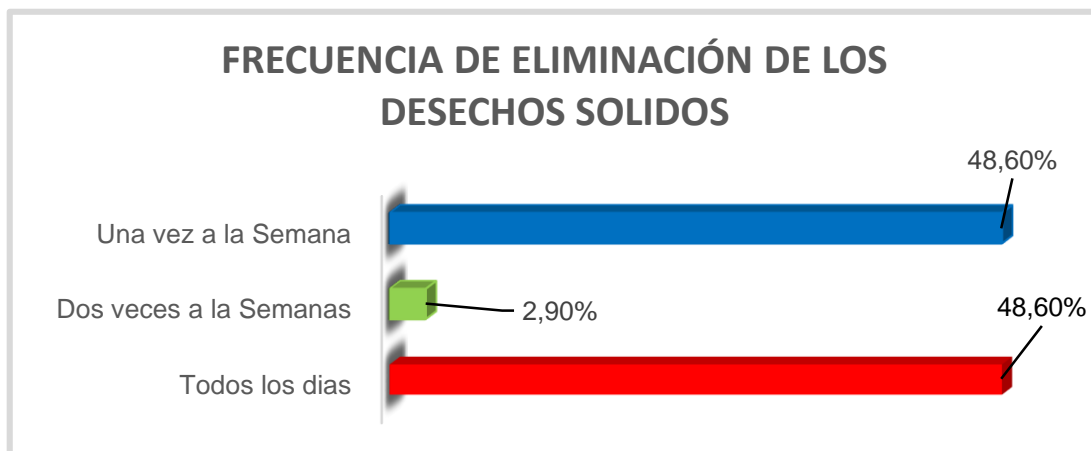


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 8. Tipo de agua que bebe el menor.

En el grafico 8 se observa que la mayoría de niños beben agua directamente de la fuente de abasto, frente a un índice moderado de niños quienes beben agua hervida, mientras que pocos niños beben agua filtrada y clorada.

El siguiente grafico expone la frecuencia de eliminación de los desechos sólidos de la vivienda donde habita el menor.

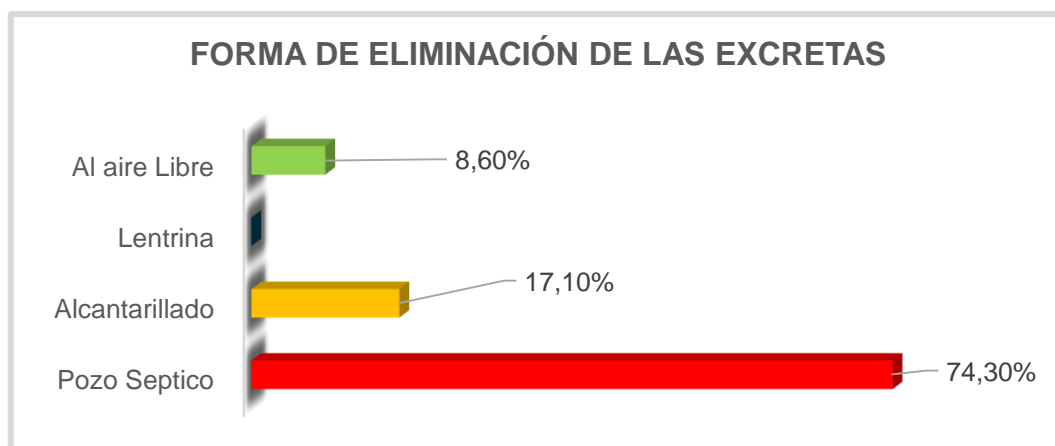


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 9. Frecuencia de la eliminación de desechos sólidos.

Se evidencio por medio de la encuesta que 34 viviendas eliminan los desechos sólidos una vez a la semana frente a la misma cantidad de viviendas que eliminan los desechos todos los días, estos frente a 2 viviendas que eliminan los desechos dos veces a las semanas.

Mediante el siguiente grafico se destacan las formas de eliminación de excretas de la vivienda del menor.

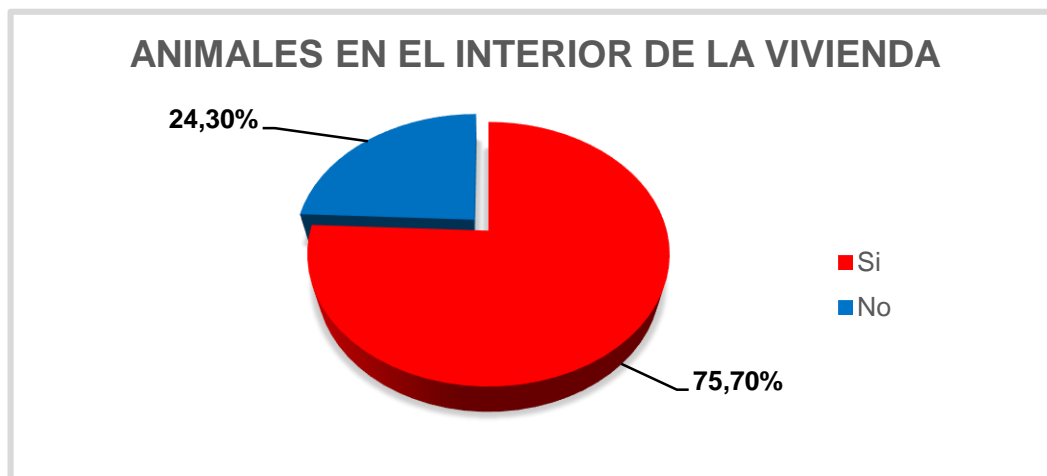


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 10. Forma de eliminación de excretas.

Con respecto a las formas de eliminación de excretas, se observó que la mayoría de las viviendas eliminan las excretas mediante pozos sépticos, frente a pocas viviendas que eliminan las excretas mediante alcantarillado y al aire libre.

El siguiente grafico expone la presencia de animales en el interior de la vivienda del menor.

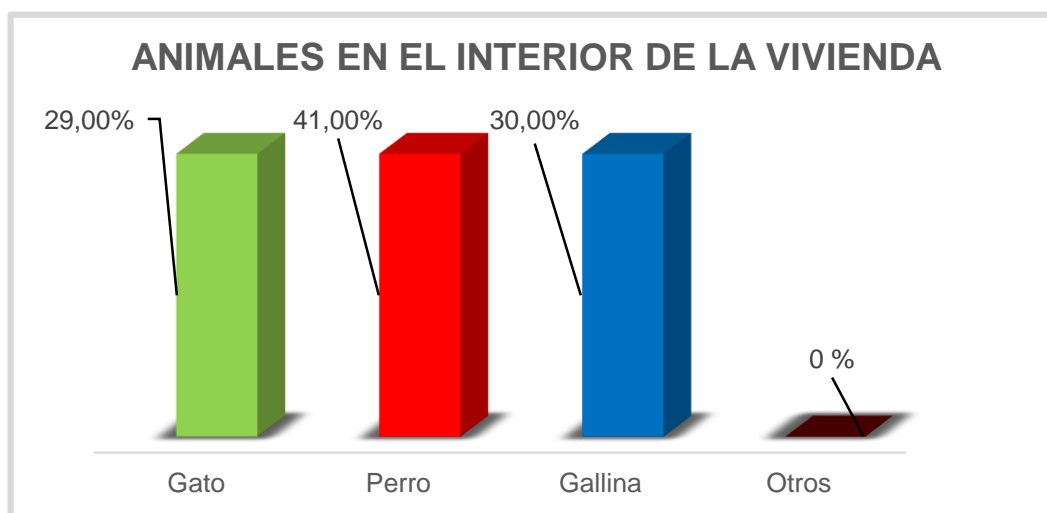


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 11. Presencia de animales en el interior de la vivienda.

En el grafico 11 se observa que la mayoría de viviendas tienen animales su interior frente a pocas viviendas las cuales no tienen animales en su interior.

Los animales que habitan en el interior de la vivienda del menor se los detalla en el siguiente gráfico.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 12. Los animales que habitan en el interior de la vivienda.

El presente grafico refleja que existe mayor prevalencia de perros en el interior de la vivienda seguidas de gallinas y gatos.

La siguiente tabla exhibe la frecuencia de las actividades higiénicas que realizan los menores.

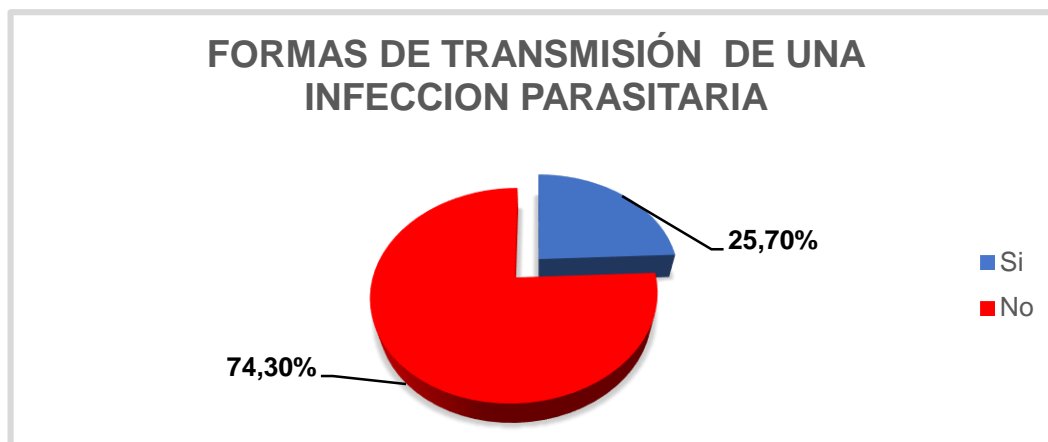
Tabla 12. Frecuencia de las actividades higiénicas.

ACTIVIDADES HIGIÉNICAS	SIEMPRE		POCAS VECES		NUNCA	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Se lava las manos antes de ingerir alimentos	48	68,60 %	22	31,40 %	0	0,0 %
Se lava las manos después de defecar	52	74,30 %	15	21,40 %	3	4,30 %
Se lavan las manos después de tener contacto directo con los animales	38	54,30 %	26	37,10 %	6	8,60 %
Lavan las frutas antes de consumirlas	49	70,00 %	17	24,30 %	4	5,70 %
Jugar en la tierra utilizando zapatos	38	54,30 %	21	30,00 %	11	15,70 %
Mantienen sus uñas cortadas y limpias	45	64,30 %	18	25,70 %	7	10,00 %

Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

- En la tabla anterior se observa que la actividad higiénica más prevalente de las siempre realizada es el lavado de manos después de defecar, esta es representada con el 74,30 %.
- La actividad higiene más sobresaliente de las pocas veces realizadas es el lavado de manos después de tener contacto directo con los animales expresada por el 37,10 %.
- La actividad más relevante de las actividades higiénicas nunca realizadas es el uso de zapatos para jugar en la tierra, esta es representada con el 15,10 %.

El conocimiento de los padres de los menores conforme a las formas de transmisión de infecciones parasitarias se detalla en el siguiente gráfico.

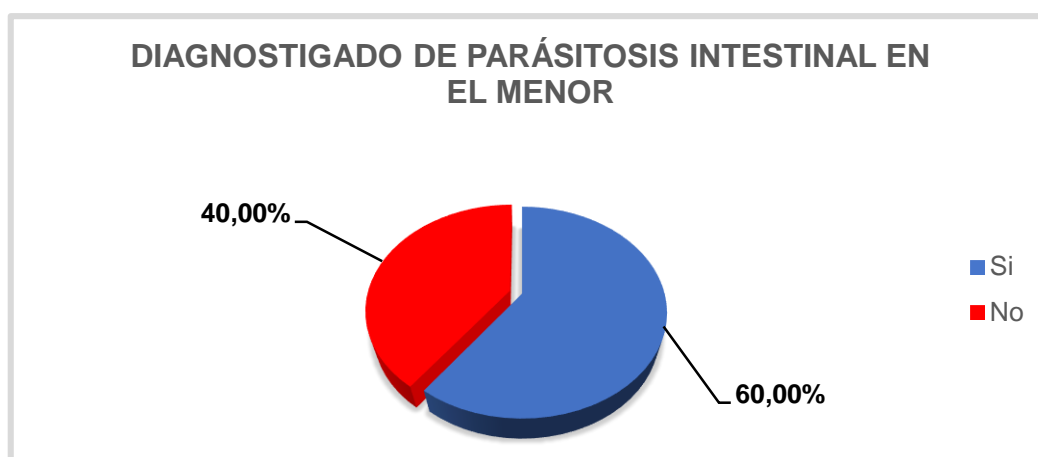


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 13. Forma de transmisión de infecciones parasitarias.

Atreves del presente gráfico se determina que la mayoría de los padres de familia desconocen las formas de transmisión de las parasitosis intestinales, es decir; no saben cómo se adquieren estas infecciones, frente a pocos padres los cuales si conocen las formas de la transmisión de dichas infecciones parasitarias.

En el siguiente gráfico se detalla la presencia de antecedentes de parasitosis previa en los niños de la muestra de estudio.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 14. Diagnostico con parásitos Intestinales en el menor.

Mediante este grafico se observa que la mayoría de los niños han presentado diagnósticos previos de parasitosis intestinal, frente a pocos niños que no ha presentado diagnósticos previos de parasitosis intestinal.

En la siguiente tabla se reflejan los síntomas que han presentado los menores en sus infecciones parasitarias previas.

Tabla 13. Síntomas que presentó el menor.

SÍNTOMAS	Nº	PORCENTAJE
Dolor abdominal	39	34,00 %
Pérdida de apetito	19	17,00 %
Vómitos	13	11,00 %
Diarrea sin sangre	12	10,00 %
Problemas respiratorios	11	10,00%
Nauseas	10	9,00 %
Pérdida de peso	7	6,00 %
Diarrea con sangre	2	2,00 %
Erupciones cutáneas	1	1,00 %

Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

En esta tabla se evidencian los síntomas más relevantes de las infecciones parasitarias previas; dolor abdominal, seguido de la pérdida de apetito, vómitos, entre otros síntomas.

Mediante la siguiente representación gráfica se evidencia el uso de tratamientos antiparasitarios en los menores de la muestra de estudio.

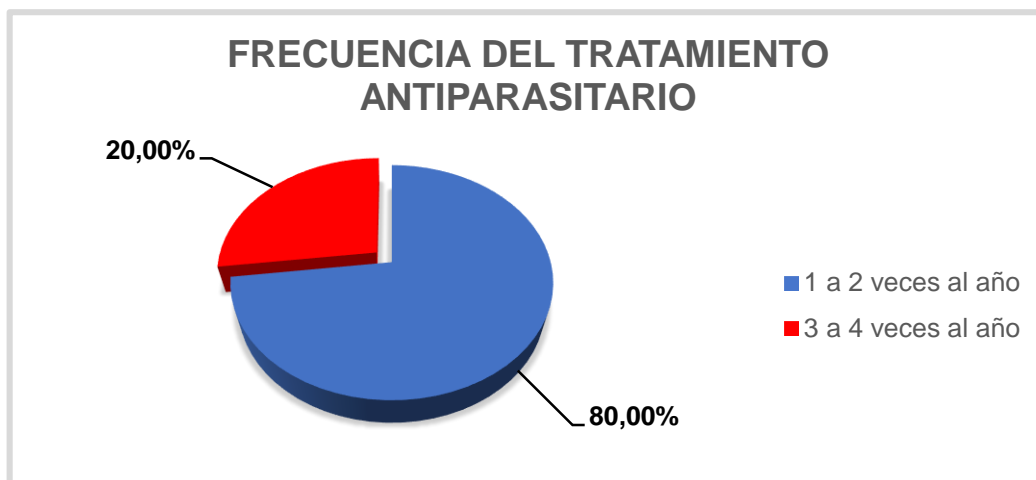


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 15. Tratamiento antiparasitario que ha recibido el menor.

En este grafico se observa que una alta prevalencia de niños infectados con parasitosis intestinal previa los cuales de sometieron a tratamientos con antiparasitarios frente al pocos niños que no se sometieron a ningún tratamiento.

La frecuencia del tratamiento antiparasitario al cual se sometieron los menores se detalla en el siguiente gráfico.

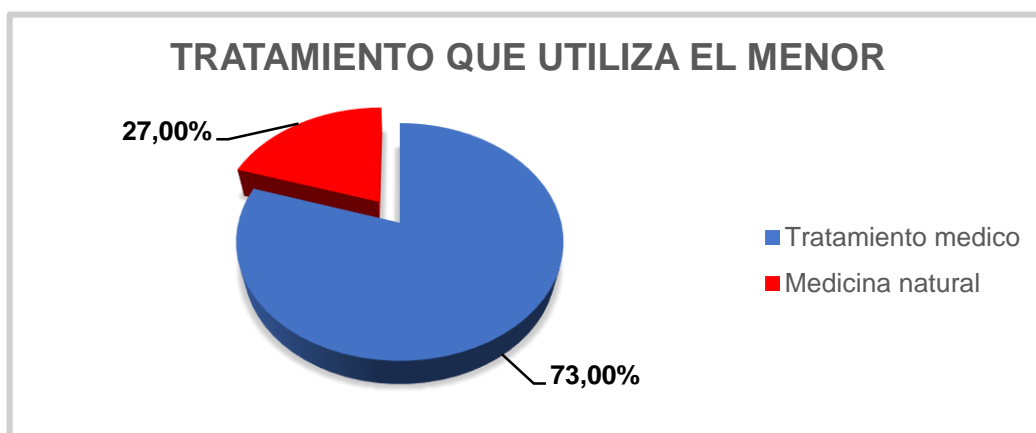


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 16. Frecuencia del tratamiento antiparasitario que ha recibido el menor.

Se puede observar la frecuencia de tratamientos antiparasitarios donde hubo una mayor prevalencia de frecuencia de 1 a 2 veces al año.

En el siguiente gráfico se detalla el tratamiento antiparasitario más utilizado para desparasitar al menor.

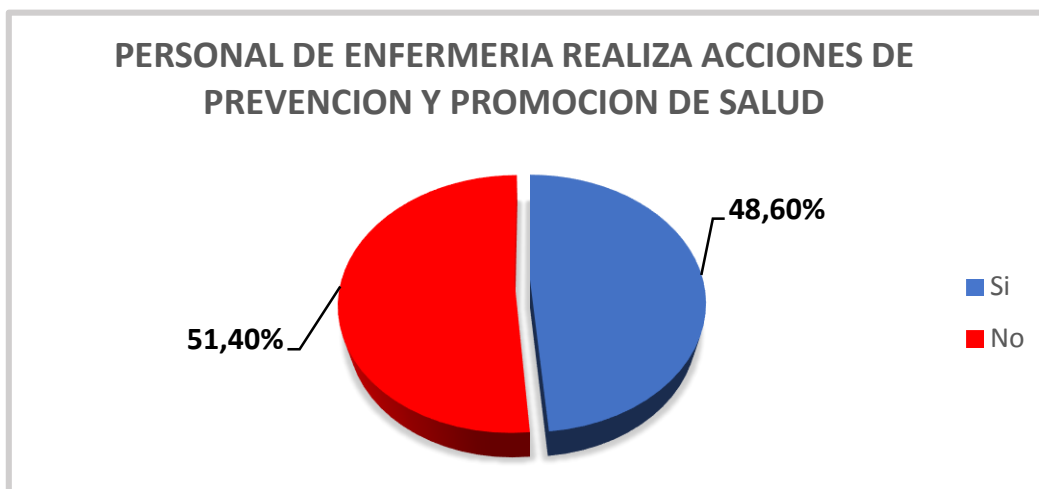


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 17. Tratamiento que ha utilizado el menor para desparasitarse.

De acuerdo a la encuesta aplicada, 51 madres utilizan tratamientos antiparasitarios indicados por el médico, frente a 19 madres que utilizan la medicina natural para desparasitar al menor.

En el siguiente grafico se reflejan los resultados más sobresalientes de las acciones que realiza el personal de enfermería en la comunidad.

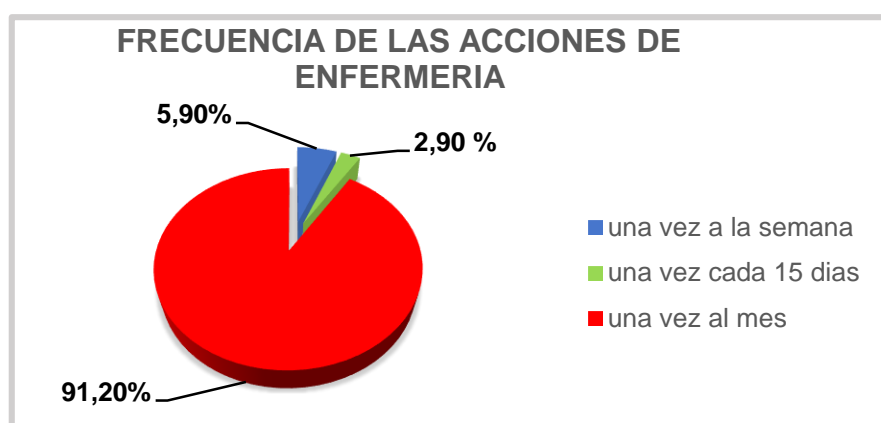


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 18. Personal de enfermería realiza acciones de prevención y promoción de salud.

Mediante este grafico se observa que el personal de enfermería no realiza actividades de prevención y promoción de salud en la comunidad.

La frecuencia de actividades de prevención y promoción de salud realizadas por el personal de enfermería en la comunidad de estudio, son representados en el siguiente gráfico.

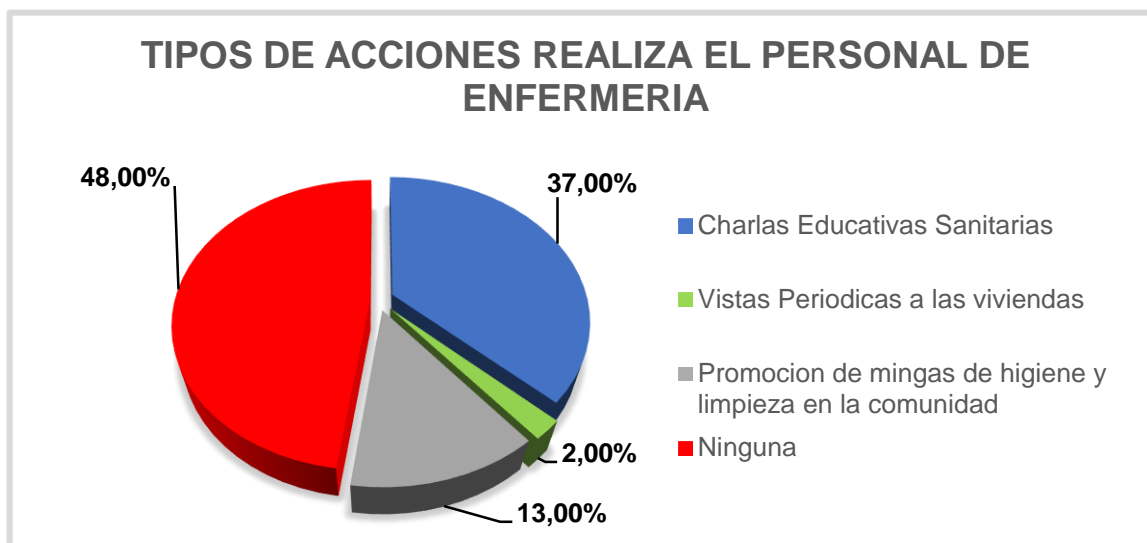


Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 19. Frecuencia de actividades de prevención y promoción de la salud.

A través de este grafico se observa que el personal de enfermería si realiza acciones de enfermería con una frecuencia de una vez al mes.

En el siguiente grafico se desglosa el tipo acciones que realiza el personal de enfermería en la comunidad de estudio.



Fuente: Cuestionario realizados por los investigadores.

Gráfico 20. Tipo de acciones que realiza el personal de enfermería.

Se evidenció mediante este grafico que, en la comunidad no se realiza ningún tipo de intervención de enfermería, pero si se realizan charlas educativas, estas con menor frecuencia.

4.2 Análisis e interpretación de datos

La investigación se realizó en la provincia de Los Ríos del cantón Babahoyo perteneciente al recinto El Porvenir, en la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor durante periodo comprendido octubre 2019 a marzo 2020, la cual estuvo constituida por 325 niñas y niños menores de 12 años, con una muestra de 70 niños, distribuida en dos grupos de edades; 55 niños (79,00 %) en rangos de edades de 7 a 12 años de edad y 15 niños (21,00 %) en rango de 4 a 6 años de edad.

Mediante el examen coproparasitológico se hace evidente la frecuencia de parasitismo intestinal; 61 niños (87,14 %) parasitados, frente a 9 niños (12,86 %) que aparentemente no presentaron indicios de parásitos intestinales.

También se observó que el sexo biológico de los menores estuvo distribuido en; 48 niños (60,00 %) y 32 niñas (40,00 %), de estos; 46 niños (75,40 %) resultaron poliparasitados y 15 monoparasitados (24,59 %), lo que se relaciona a lo expuesto

por Ortiz y otros autores en el año 2015, quienes demostraron en su estudio realizado en la comunidad Pepita de Oro Ecuador, que el 18,0 % de los niños en edades de 5 a 9 años presentan mayormente monoparasitismo, mientras que el 67,0 % de los niños en edades de 1 a 4 años mayor mente son propensos a presentar poliparasitismo.

Se determinó que, de los 61 niños parasitados; 35 de ellos (57,38 %) presentaron protozoos, entre los más predominantes fueron; *Blastocystis hominis* con un 47,54 % y *Giardia lamblia* con el 37,70 %. En cuanto a los helmintos, se presentaron en 26 niños (42,62 %); entre los más relevantes se encontraron; *Ascaris lumbricoides* con el 27,86 % y *Ancilostomideos* con el 21,31 %, esto se relaciona con los resultados hallados por Carrera y Gómez en el año 2019, quienes demostraron en su estudio; que existía una mayor prevalencia de protozoos con el 53,33 % y el 46,67 % helmintos. *Blastocystis hominis* 85,71 % y *Ascaris lumbricoides* 51,02 % los más relevantes.

Se logró verificar que; 42 niños (60,00 %) tienen una estabilidad económica baja, es decir; sus ingresos son menores a 394 dólares mensuales y 28 niños (40,00 %) tienen un nivel económico medio, con un promedio de 394 a 899 dólares mensuales. También 60 niños (85,90 %) viven en casas construidas a base de cemento, mientras que 8 niños (11,40 %) viven en casas construidas con caña/madera y 2 niños (2,90 %) viven en casas de cemento y madera (mixtas). Esto concuerda con lo expuesto por Pérez y otros colaboradores en el año 2012, quienes demostraron en su estudio, que el hacinamiento, factores ambientales y socioeconómicos inadecuados son factores contribuyentes en la aparición del parasitismo intestinal, es decir; trae como consecuencia que se produzcan hábitos higiénicos inadecuados, lo que es favorable para la aparición de parasitosis intestinales.

Según las encuestas, los determinantes ambientales afectados en el recinto El Porvenir son; las condiciones climáticas, se evidenció que el clima predominante de la zona son las lluvias frecuentes con un 72,90 %, seguida del 15,70 % por humedad en la zona, mientras que el 5,70 % son sequías. Los servicios básicos con los que cuentan las viviendas donde habitan los menores son; 39

viviendas (55,70 %) cuentan con agua potable, mientras que 26 viviendas (37,10 %) no cuentan con esos servicios básicos y 5 viviendas (7,10 %) cuentan con alcantarillado sanitario. Las fuentes de agua con las que cuentan las viviendas son; 39 viviendas (55,70 %) constan del suministro de agua por red de tubería, 24 viviendas (34,30 %) tienen agua de pozo, mientras que 7 viviendas (8,60 %) consumen agua de estero/rio y finalmente una vivienda tiene por suministro el agua de lluvia. Los tipos de agua para el consumo corresponden a 29 viviendas (41,40 %) en el cual beben agua directamente de la fuente de abasto, mientras que en 22 viviendas (31,40 %) beben agua hervida, 14 viviendas (20,00 %) beben agua filtrada y finalmente 5 viviendas (7,10 %) beben agua clorada. Estos resultados se relacionan a lo expuesto por Rivera y Jimenez en el año 2018, quienes en su estudio determinaron que la carecía de servicios básicos, el consumo de agua no potable y hábitos higiénicos inadecuados, están relacionados con factores que intervienen en la adquisición de las infecciones parasitarias.

Los hábitos higiénicos identificados en la muestra de estudio se ven claramente involucrados en la transición de parasitosis intestinal, se evidenció que el 48,60 % de los padres eliminan los desechos sólidos una vez a la semana, mientras que el 48,60 % eliminan los desechos todos los días y finalmente el 2,90 % eliminan los desechos dos veces a la semana. De igual manera la eliminación de excretas; el 74,30 % de las viviendas eliminan las excretas mediante pozos sépticos, mientras que el 17,10 % tienen alcantarillado y el 8,60 % elimina las excretas al aire libre. Conforme a los hábitos higiénicos muestran una relación estrecha con la convivencia o presencia de animales en el interior de la vivienda, en 53 viviendas (75,70 %) tienen animales en el interior de la vivienda a diferencia de 17 viviendas (24,30 %) que no tienen animales en el interior. Entre los tipos de animales, en 44 viviendas (41,00 %) tienen perros en el interior de la misma, en 32 viviendas (30,00 %) tienen gallinas, seguido con 31 viviendas (29,00 %) tienen gatos dentro de ella. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Espinosa, Alazales y García en el año 2011, quienes en su estudio demostraron un alto porcentaje de inadecuada disposición de excretas, presencia de vectores, roedores y el consumo de agua no tratada en la vivienda, esto afecto mayormente a los niños; la presencia de estos factores fue muy importante y están involucradas en la aparición y transmisión de las enfermedades parasitarias.

El nivel de instrucción académicas de la madre; 37 madres (52,90 %) solo han culminado la primaria, 12 madres (17,10 %) culminaron el bachillerato y 11 madres (15,70 %) tienen un nivel de estudio superior. De las actividades higiénicas; el lavado de manos antes de ingerir alimentos; el 68,60 % de los niños siempre lo realizan, el 31,40 % de los niños lo realizan pocas veces. Del lavado de manos después de defecar; el 74,30 % de los niños siempre lo realizan, el 21,40 % lo realizan pocas veces y el 4,30 % nunca lo realizan. Del lavado de manos después de tener contacto directo con animales; el 54,30 % de los niños siempre lo realizan, el 37,10 % lo realizan pocas veces, mientras que el 8,60 % nunca lo realizan. Del lavado de frutas antes de consumirlas; el 70,00 % de los niños siempre lo realizan, el 24,30 % lo realizan pocas veces y el 5,70 % nunca lo realizan. Del uso de zapatos para jugar en la tierra; el 54,30 % de los niños siempre los utilizan, el 30,00 % pocas veces los utilizan, mientras que el 15,70 % nunca los utilizan. Del mantenimiento de uñas cortas y limpias; el 64,30 % siempre lo realizan, el 25,70 % pocas veces lo realizan y el 10,00 % nunca lo realizan, lo que se relaciona a lo expuesto por Zambrano en el año 2018, quien demostró en su estudio que las prácticas de higiene sobre todo el lavado de manos influye más del 60 % en la adquisición de parasitosis intestinales.

Por otra parte, según las encuestas, las enfermedades biológicas previas que han presentado los menores es de; el 60,00 % de los niños han sido diagnosticados con parásitos intestinales, frente al 40,00 % de los mismos quienes no han presentado antecedentes de parasitosis intestinal. Los parasitados manifestaron síntomas clínicos, el de mayor relevancia fue el 34,00 % con dolor abdominal, seguido del 17,00 % con pérdida del apetito. De los parasitados, el 72,90 % se sometieron a tratamientos antiparasitarios y el 27,10 % no se sometido a ningún tipo de tratamiento antiparasitario. La frecuencia del tratamiento antiparasitario fue del 80,00 % quienes se desparasitan con una frecuencia de 1 a 2 años, frente al 20,00 % que se desparasitan con una frecuencia de 3 a 4 veces al año. El tratamiento usado para desparasitar al menor es de; el 73,00 % de las madres desparasitan a los niños bajo prescripción médica, mientras que el 27,00 % de las madres desparasitan a los niños mediante la medicina natural. Este punto es de gran importancia, pues existen irregularidades y tratamientos antiparasitarios

tanto interrumpidos como muy prolongados y directrices que no orientan a los padres para optar por el tratamiento de la línea médica.

Las acciones de enfermería también se ven afectadas, se obtuvo como resultado; el 51,40 % de los padres refieren que el personal de enfermería interviene en la comunidad, frente al 48,60 % refieren que el personal de enfermería no realiza acciones de prevención y promoción de salud en la comunidad. Esto con una frecuencia del 92,20 % de los padres quienes refieren que las intervenciones ocurren una vez al mes, mientras que el 5,90 % refieren una vez a la semana y el 2,90 % refieren una vez cada 15 días. Finalmente, los tipos de intervenciones que el personal de enfermería realiza en la comunidad son: el 48,00 % solo proporcionan vacunas, el 37,00 % proporcionan charlas educativas y el 13,00 % promocionan mingas de higiene y limpieza en la comunidad, el 2,00 % realizan visitas periódicas a las viviendas. Estos resultados se relacionan a lo expuesto por Zuta y otros sutores en el año 2019 quienes demostraron en su estudio que la falta de educación sanitaria (prevención y promoción de la salud) mediante la acción del personal de enfermería está estrictamente asociada a la alta prevalencia de parasitismo intestinal en escolares, sobre todo en áreas rurales.

4.3 Conclusiones

La investigación se realizó en la provincia de Los Ríos del cantón Babahoyo, recinto El Porvenir, en la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor durante periodo comprendido octubre 2019 a marzo 2020, la cual estuvo distribuida por 325 niñas y niños menores de 12 años y una muestra constituida por 70 niños. De estos se contó con la participación de dos grupos de edades; 55 niños (79,00 %) en rango de edades de 7 a 12 años y 15 niños (21,00 %) en rango de 4 a 6 años. Se determinó el sexo biológico de los menores la cual estuvo distribuida en; 48 niños (60,00 %) y 32 niñas (40,00 %).

De la muestra total de niños que conforman la muestra del proyecto de investigación científica fueron diagnosticados mediante la aplicación del examen coproparasitológico, se determinó que 61 niños (87,14 %) se encontraron parasitados y solo 9 niños (12,86 %) de ellos no mostraban aparentemente la

presencia de parasitosis intestinal, quedando expresado así un alto índice de niños infectados con parasitosis intestinales en la unidad educativa donde se realizó el estudio.

Se determinó la frecuencia de parasitados, de los 61 niños parasitados; 35 niños (57,38 %) presentaron protozoos, entre los más predominantes fueron; *Blastocystis hominis* con un 47,54 % y *Giardia lamblia* con el 37,70 %. También la frecuencia de helmintos, se presentaron en 26 niños (42,62 %); entre los más relevantes se encontraron; *Ascaris lumbricoides* con el 27,86 % y *Ancilostomídeos* con el 21,31 %.

Se identificó algunos de los síntomas y signos clínicos que presentaron los menores, entre los más relevantes fueron; el dolor abdominal y la pérdida de apetito como signos y síntomas más relevantes seguidas de vómitos y diarreas sin sangre estas con menor frecuencia.

Se analizó el comportamiento de los determinantes sociales, estos corresponden; higiénicos, ambientales y socio-económicos, es decir; no toda la población cuenta con agua potable, alcantarillado, conocimientos y recursos económicos adecuados para prevenir el parasitismo intestinal. Los hábitos higiénicos sanitarios inadecuados, el bajo nivel de conocimiento, el consumo de agua no potable y la escasa promoción de la salud son factores muy importantes a considerar en el predominio de las afecciones parasitarias.

Por otra parte, se determinó que el personal de enfermería realiza escasas visitas a la comunidad, con promoción de vacunas y menor predominio de charlas educativas lo que conlleva a alta prevalencia de parasitismo intestinal en escolares, sobre todo en áreas rurales.

4.4 Recomendaciones

Disponer de una alternativa teórica y práctica mediante una intervención educativa que involucren todos los factores determinantes afectados y promover a la prevención y control de las infecciones parasitarias.

Inculcar al cumplimiento de las medidas de prevención y control de enfermedades parasitarias que se deben aplicar con mayor frecuencia en instituciones educativas y en comunidades rurales.

Manifiestar los hallazgos y resultados de la situación actual sobre las infecciones parasitarias, como una visión general dirigida al personal de salud que opera en el Centro de Salud Pimocha, con la finalidad de intervenir con mayor frecuencia en la comunidad de estudio.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la propuesta de aplicación

Propuesta para la implementación de una intervención educativa enfocada a la prevención y control de parasitosis intestinal, dirigida a los padres o representantes legales y a los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020.

5.2 Antecedentes

Según información obtenida por parte de la Organización Panamericana de la Salud, destaca respuestas, varias estrategias y planes de acción para la prevención y control de las enfermedades infecciosas, que fortalecen la vigilancia del sistema de salud del Ecuador (OPS, 2016).

De acuerdo a lo expuesto por Ortiz y otros autores en el año 2015 quienes en su estudio comprobaron los resultados previos a la aplicación su intervención educativa, determino un aumento de los conocimientos en la población estudiada, dando como resultado el cambio de conductas habituales en los individuos que conforman la comunidad.

Entre las diversas investigaciones que se han realizado en los últimos años Zuta y otros colaboradores en el 2019 mencionaron que, para adoptar medidas, mejorar la salud y prevenir infecciones tales como las parasitosis, se empieza por la implementación de la educación sanitaria en los colegios, dirigida a los padres y estudiantes. Para ello es necesario adoptar medios de difusión para la transmisión de conocimientos a fin de que todas las personas se vean favorecidas con ellos. De lo contrario la falta de educación sanitaria, asociada a las condiciones socioeconómicas y factores determinantes deficientes, propician la presencia de enfermedades y conlleva a la alta prevalencia de parasitismo intestinal.

Según lo establecido por Reyes y Betancourt en el año 2012 la realización periódica de actividades de promoción de salud mediante charlas educativas a los niños, padres, maestros y todo el personal que elaboran los alimentos, beneficiará la adopción de medidas higiénico-sanitarias saludables, para el cambio de hábitos

higiénicos los cuales influirán positivamente en la disminución de la prevalencia de las parasitosis intestinales en la población infantil. Estas actividades de educación sanitaria salud son dirigidas a la población afectada o en riesgo, contribuirán sustancialmente a la disminución de la prevalencia e incidencia de las parasitosis intestinales.

5.3 Justificación

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a nivel mundial han logrado importantes avances en la reducción de la morbi-mortalidad infantil. Las repercusiones de las parasitosis intestinales en términos de mortalidad no son muy altas, pero es de mayor importancia las consecuencias en cuanto a morbilidad, esencialmente en situaciones de altas cargas parasitarias (OMS, 2018).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su objetivo 3 menciona; garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, para ello ha establecido lineamientos operativos para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador, es decir; avanza en su garantía del derecho a la salud gracias a la promoción de hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades. El país reduce sus niveles de sedentarismo, patrones de alimentación e incrementa la prevención y promoción de salud especialmente a niños, adolescentes y jóvenes (ODS, 2018).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), establece lineamientos orientados a mejorar el estado de salud y bienestar de la población, a través de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades con la intervención en los determinantes de la salud hasta la atención de calidad.

En este caso, se hace evidente el alto índice de parasitosis intestinal, mayormente producidas por factores los determinantes; higiénicos, ambientales, socio-económicos y su relación con las escasas acciones de enfermería en la comunidad y favorece al incremento de infecciones parasitarias, por ello se plantea la presente propuesta, para contribuir a la disminución de la transmisión de las infecciones parasitarias, mediante una intervención educativa que garantizar la promoción de hábitos de vida saludables, dirigido a padres de familia y a los niños menores de 12 años, para mejorar la calidad de vida de dichos beneficiarios.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivos generales

Contribuir a la disminución de infecciones parasitarias, a través de la implementación de una intervención educativa sobre control y prevención del parasitismo intestinal, dirigido a padres de familia y a los niños menores de 12 años, que asisten a la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos.

5.4.2 Objetivos específicos

Aplicar una intervención educativa que promueva al control y prevención del parasitismo intestinal, impartidas a padres de familia y a los niños menores de 12 años, sobre salud e higiene personal y familiar.

Proporcionar material didáctico para la comprensión y entendimiento del control y prevención del parasitismo intestinal, dirigido a padres de familia y a los niños menores de 12 años.

Incentivar al cumplimiento de las prácticas preventivas sobre el cuidado de la salud e higiene personal y familiar, dirigido a padres de familia y a los niños menores de 12 años.

5.5 Aspectos básicos de la propuesta de investigación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La presente propuesta pretende modificar las conductas y comportamientos de hábitos higiénicos que favorecen a la prevención de enfermedades infecciosas y a su vez fomenta al bienestar de salud del individuo o comunidad.

Teniendo en cuenta el Modelo de Promoción de Salud de **Nola Pender**, se establece la intervención educativa, el cual; proporcionará la información necesaria que promueva al control y prevención de infecciones parasitarias y su vez, fomente al cumplimiento de prácticas preventivas para el bienestar de salud.

En la intervención educativa se establecerá en dependencia de la edad, para una adaptación individualizada, el mismo que, facilitará la comprensión y entendimiento de todas las edades. Estará constituido por una serie de parámetros, mecanismos y herramientas para que faciliten el método de enseñanza-aprendizaje. Dichas intervenciones constan de: charlas, trípticos, prácticas y

preguntas, estos serán impartidos a los participantes en un lugar y horario accesible.

Contenido a impartir mediante charlas educativas a los padres de familia y los niños de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor

- Formas y mecanismos de transmisión de la parasitosis intestinal.
- Determinantes y factores que intervienen en la transición de las infecciones parasitarias.
- Medidas preventivas sobre las infecciones parasitarias.
- Adecuados hábitos higiénicos-sanitarios.
- Estilos de vida saludables y su importancia en niños.
- Lavado de manos y alimentos, correcta eliminación de excretas.

5.5.2 Componentes

Contexto	Actores	Forma de evaluar	Responsables
Diseño de la intervención educativa que se implementará para la disminución de la transmisión de las infecciones parasitarias en niños menores 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos.	Docentes y estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo	Test de preguntas de acuerdo al contenido tratado.	Estudiantes y docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo
	Padres de familia		
	Niños menores de 12 años		
	Docentes de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor		

5.6 Resultados esperados de la propuesta

5.6.1 Alcance de alternativa

La presente propuesta tendrá como finalidad instruir a los beneficiarios mediante la concientización de su salud, para la toma de diferentes decisiones y entre estas la adquisición de buenos hábitos, es decir; incita a la adopción de conductas favorecedoras que orientan al bienestar integral de los beneficiarios a través de promoción de salud y acciones preventivas de enfermería.

Por lo tanto, promueve a la prevención y control de infecciones parasitarias además de que fomenta el cumplimiento de dichas prácticas preventivas para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz, M. (2001). Giardía y Giardiasis. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Recuperado de:
<https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/.../Giardia.pdf>
- Alger, J. (1998). Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar Interpretación del Diagnóstico Parasitológico. Revista Medica Hondureña, 113-114.
Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1998/pdf/Vol66-3-1998-6.pdf>
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. SciELO. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
- Arteaga, I. (2014). Capítulo 30. Estrongiloidosis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Ávila, G. (2017). Himenolepiosis. Ciencia. Recuperado de:
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/68_1/PDF/Himenolepiosis.pdf
- Becerril, M. A., & Pedrero, G. (2014). Capítulo 11. Balantidiasis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Becerril, M. A. (2014). Capítulo 18. Blastocistosis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Becerril, M. A., Pérez, H. L., & Salas, A. (2014). Capítulo 4. Amebiasis. en: Becerril, M, A. (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Benavides, M. (2012). Parasitosis en América Latina. Universidad de Guayaquil.
Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7414>
- Bernal Redondo, R., & Becerril Flores, M. A. (2014). Capítulo 12. Criptosporidiosis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.

- Bonilla, L. (2013). Amebiasis: Aspectos clínicos, terapéuticos y de diagnóstico de la infección. SciELO. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500009
- Botero, D., & Restrepo, M. (2012). Parasitosis Humanas (5 Edición). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. Recuperado de:
<https://www.doccity.com/pt/parasitosis-humanas-botero-restrepo-5a-edicion/4898362/>
- Brito, J., Landaeta, J., Chávez, A., Gastiaburú, P., & Blanco, Y. (2017). Prevalencia de Parasitosis Intestinales en la comunidad rural apostadero, municipio sotillo, estado monagas, Venezuela. SciELO. Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000200002
- Calvopiña, M., Flores, J., Guaman, I., Lara, G., & Abarca, J. (2017). Anemia crónica grave por Ancylostoma duodenale en Ecuador. Sociedad Chilena de Infectología, 499-500. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v34n5/0716-1018-rci-34-05-0499.pdf>
- Carrada, T. (2004). Trichuriasis: Epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Pediatría, 299-300. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2004/sp046j.pdf>
- Carrada, T. (2007). Uncinariasis: ciclo vital, cuadros clínicos, patofisiología y modelos animales. Revista Mexicana de Patología Clínica, 190-191. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2007/pt074f.pdf>
- Carrera, M. A., & Gomez, K. C. (2019). Factores de riesgo y su influencia en la infección por parásitos intestinales en niños escolares. Unidad Educativa Francisco Pizarro. Recinto Pita. Caluma. Bolívar. octubre 2018-abril 2019. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de:
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5757>
- Cerruffo, J., & Mora, D. (2012). Los Alimentos Contaminados y su Influencia en el Incremento de la Parasitosis Intestinal Estudio a realizar con niños de 5 a 10 años en el Centro de Salud 4 de Mayo Ciudad de Babahoyo durante el

Primer Trimestre del 2012. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/379/6/T-UTB-FCS-ENF-000010.pdf>

Chacón, N., Durán, C., & De-la-Parte, M. A. (2017). Blastocystis spp. en humanos: Actualización y experiencia clínico-terapéutica. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, 7-8. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876668/01-chacon-n-5-14.pdf>

Cifuentes Rodríguez, M. T. (2001). Capítulo 113. Cysticercus. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Díaz, C., & Fernández, A. (1996). Giardiasis: Una breve revisión. Perspectivas Diagnósticas en el Laboratorio Clínico. Asociación Española de Pediatría, 87-88. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-1.pdf>

Dochterman, J., & Bulechek, G. (2014). Intervenciones de Enfermería (NIC). (5 Edición). Barcelona: Elsevier.

Escobedo, A. A. (2001a). Capítulo 97. Ancylostoma y Necator. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Escobedo, A. A. (2001b). Capítulo 118. Hymenolepis. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Escobedo, A. A. (2001c). Capítulo 112. Taenia saginata y Taenia solium. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Espinosa, M., Alazales, M., & García, M. (2011). Parasitosis intestinal, su relación con factores ambientales en niños del sector "Altos de Milagro", Maracaibo. SciELO. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300010

- Fillot, M., Guzman, J., Cantillo, L., Gómez, L., Sánchez, L., Acosta, M., & Luz, R. (2015). Prevalencia de parásitos intestinales en niños del Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia. *Medicina Tropical*, 2-3. Recuperado de: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/93/94>
- Flores, U., Franco, G., Cerón, O., Trejo, I., Tlazola, Y., Barragán, N., Trejo, Z., & Ruvalcaba, C. (2018). Enfermedades Parasitarias Dependientes de los Estilos de Vida. *JOURNAL*, 400-401. Recuperado de: [file:///C:/Users/W10/Downloads/Dialnet-EnfermedadesParasitariasDependientesDeLosEstilosDe-6521551%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/W10/Downloads/Dialnet-EnfermedadesParasitariasDependientesDeLosEstilosDe-6521551%20(1).pdf).
- GAMPI. (2008). Guía de Atención Médica de Parasitismo Intestinal. Universidad Industrial de Santander. Recuperado de: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.23.pdf
- García Yáñez, Y. (2001). Capítulo 31. Uncinariasis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). *Parasitología Médica*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Gómez, J., & Aguirre, M. (2017). Criptosporidiosis. *Ciencia*, 22-23. Recuperado de: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/68_1/PDF/criptosporidiosis.pdf
- Gomez, J., Cortes, J., Cuervo, S., & Lopez, M. (2007). Amebiasis Intestinal. Asociación Colombiana de Infectología. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Gómez, L., Abad, A., Inga, G., Simbaña, D., Flores, J., Martínez, I., Morales, J., Ortega, A., Tufiño, J., & Simbaña, K. (2017). Presencia de Parasitosis Intestinal en una comunidad escolar urbano marginal del Ecuador. *CIMEL*, 52-53. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Katherine_Simbana_Rivera/publication/324059629_Presencia_de_parasitosis_intestinal_en_una_comunidad_esc

[olar urbano marginal del Ecuador/links/5d0bb186299bf1f539d429e5/Presencia-de-parasitosis-intestinal-en-una-comunida](http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n2/10.1590/S0864-34662008000200009/es)

Guerrero, M., Hernández, Y., Rada, M., Aranda, Á., & Inés, M. (2007). Parasitosis intestinal y alternativas de disposición de excreta en municipios de alta marginalidad. SciELO. Recuperado de:

<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n2/10.1590/S0864-34662008000200009/es>

Gutiérrez Quiroz, M., & Ruiz González, L. A. (2014). Capítulo 19. Himenolepiasis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Herdman, T. H. (2012). Diagnóstico de Enfermeros. Definiciones y Clasificación. NANDA. (5 Edición). Barcelona. Elsevier.

Hernández, N., Flórez, L., & Cortés, J. (2018). Criptosporidiosis y Una Salud. SciELO. Recuperado de:

<https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n1/138-143/>

Izquierdo Cirer, A. (2001). Capítulo 98. Strongyloides. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

López, A., & Ruiz, T. (2009). Infección por Trichuris trichiura. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Recuperado de:

http://www.f-soria.es/admfsoria/casos/img/caso_450.pdf

MAIS-FCI. (2018). Capítulo 6. Atención integral a nivel Individual, Familiar, Comunitario y del Entorno. en: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. (3 Edición). Ministerio de Salud Publica.

Martín, M., & Romero, S. (2016). Estrongiloidiasis en España. Universidad Complutense Madrid. Recuperado de:

<http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/SARAI%20ROMERO%20CALLLEJA.pdf>

- Martínez Riera , J. R. (2014). Qué papel desempeñan las enfermeras comunitarias en el marco de la Atención Primaria de salud. ELSEVIER. Recuperado de: https://www.google.com/search?ei=ZPE2XvaZKKqQggeb-6TAAQ&q=papel+de+la+enfermera+comunitaria&oq=acciones+de+enfermeria+en+la+comunidad&gs_l=psy-ab.1.7.0i7118.0.0..725406...0.4..0.0.0.....0.....gws-wiz.VJzdH1zpb-U
- Martínez, L., González, M., Cañete, R., & Almenarez, Z. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la Estrongiloidosis. Revista Cubana de Medicina Militar. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n2/mil07211.pdf>
- Medina, C., Peña, M., García, H., Fontelos, M., & Piñeiro, R. (2015). Parasitosis Intestinales. Asociación española de Pediatría, 78-79. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf
- Medina, F., Mena, L., & Mendoza, J. (2012). Rol de la Enfermera Comunitaria. Universidad Politecnica de Nicaragua. Recuperado de: <http://repositorio.upoli.edu.ni/30/1/Rol%20de%20la%20enfermeria%20comunitaria.pdf>
- Meiriño, J. L., Vasquez, M., Simonetti, C., & Palacio, M. (2012). El Cuidado. SlideShare. Recuperado de: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
- Montero, L., Benavides, K., Valle, D., Villafuerte, W., Ipiales, G., Enriquez, V., Becerra, J., & Ruano, A. (2017). Prevalencia General de las Parasitosis Desatendidas en el Ecuador. Instituto Nacional de Investigación en Salud Publica - PROPAD. Recuperado de: <https://www.investigacionsalud.gob.ec/webs/propad/wp-content/uploads/2017/02/PREVALENCIA-GENERAL-DE-LAS-PARASITOSIS-DESATENDIDAS-EN-EL-ECUADOR-PROTOZOARIOS-Y-HELMINTOS.pdf>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (5 Edición). Barcelona: Elsevier.

- Mühlhauser, M., & Rivas, M. (2013). *Strongyloides stercoralis*. Sociedad Chilena de Infectología, 513-514. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v30n5/art08.pdf>
- Núñez Fernández, F. (2001a). Capítulo 78. *Giardia lamblia*. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Núñez Fernández, F. (2001b). Capítulo 86. *Blastocystis*. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Núñez Fernández, F. (2001c). Capítulo 83. *Balantidium coli*. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- ODS. (2018). Objetivos de desarrollo sostenibles. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito; Ecuador. Recuperado de:
<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19627EcuadorVNRReportENVE2018.pdf>
- OMS. (2015). Carga Mundial de Enfermedades de Transmisión Alimentaria. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/detail/03-12-2015-who-s-first-ever-global-estimates-of-foodborne-diseases-find-children-under-5-account-for-almost-one-third-of-deaths>
- OMS. (2018). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/taeniasis-cysticercosis>
- OPS. (2016). Nuevas estrategias y planes para mejorar la salud en las Américas son consideradas por países que integran el Comité Ejecutivo de la OPS. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1

[2179:paho-executive-committee-discusses-new-strategies-and-plans-to-improve-health-in-the-americas&Itemid=135&lang=es](https://doi.org/10.1186/1745-2975-135-2179:paho-executive-committee-discusses-new-strategies-and-plans-to-improve-health-in-the-americas&Itemid=135&lang=es)

- Ortiz, D., Figueroa, L., Hernández, V., Veloz, V., & Jimbo, M. (2016). Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinal en niños. Comunidad “Pepita de Oro”. Ecuador. 2015-2016. SciELO. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200002
- Pareja, M., & Aponte, D. (2015). Ascariasis, Reporte de un caso diagnosticado por Colonoscopia. Revista médica Sanitas, 107-108. Recuperado de: [http://www.unisanitas.edu.co/Revista/55/ASCARIDIASIS REPORT DE UN CASO.pdf](http://www.unisanitas.edu.co/Revista/55/ASCARIDIASIS_REPORT DE UN CASO.pdf)
- Pearson, R. (2017). Infestación por oxiuros. Manual MSD. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/nematodos-gusanos-redondos/infestaci%C3%B3n-por-oxiuros>
- Pérez, G., Guillermo, R., Fong, G., Sacerio, M., & González, O. (2012). Prevalencia de parasitismo intestinal en escolares de 6-11 años. SciELO, 1-7. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n4/san09412.pdf>
- Pineda, A., & Jovel, E. (2015). Tricuriasis: Causa de diarrea crónica y sangrado digestivo. Revista Pediátrica Hondureña, 361-362. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol5/pdf/APHVol5-1-2-2014-2015-7.pdf>
- Ponce, M., & Martínez, M. N. (2014). Capítulo 19. Giardiasis. en: Becerril, M, A. (4 Edición). Parasitología Médica. Mexico: McGraw-Hill/Interamericana.
- Reyes Torres, I., & Betancourt García, O. (2012). Parasitosis intestinal y educación sanitaria en alumnos de la Unidad Educativa Guamacho. Revista Cubana de Plantas Medicinales. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2012/cib121m.pdf>
- Rivera, M., & Jimenez, M. (2018). Factores de riesgo y su relación con Parasitosis intestinal en niños escolares, Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, octubre 2018 - abril 2019. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5847>

Salinas, L., & Gonzales, H. (2007). Infección por Blastocystis. SciELO.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000300007

Solano, L., Acuña, A., Baron, M., Moron, A., & Sanchez, A. (2008). Influencia de las parasitosis intestinales y otros antecedentes infecciosos sobre el estado nutricional antropométrico de niños en situación de pobreza. SciELO.

Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122008000100003

Soria, B. (2012). Aplicacion de NANDA, NOC y NIC en la comunidad. SlideShare.

Recuperado de:

https://es.slideshare.net/BettyHermozaSoria/aplicaciondenandanicynocenla-comunidad-090913105719phpapp02?next_slideshow=1

Tato Zaldívar, P., & Molinari Soriano, J. L. (2014). Capítulo 20. Teniasis y cisticercosis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Vázquez Tsuji, O., & Martínez Barbabosa, I. (2014). Capítulo 29. Enterobiasis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Vega Correa, E. (2001a). Capítulo 100. Enterobius. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Vega Correa, E. (2001b). Capítulo 96. Trichuris. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Vega Correa, E. (2001c). Capítulo 95. Ascaris. en: Llop, A., Valdés-Dapena, M., & Zuazo, L. Tomo III. Microbiología y Parasitología Médicas. Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Vichido, M., Toro, E., Montijo, E., Huante, A., Cervantes, R., & Ramírez, J. (2016). Blastocystis hominis un agente patógeno controversial en la génesis de

enfermedades gastrointestinales y alérgicas. Medigraphic, 79-80.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2016/al163b.pdf>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. SciELO. Recuperado de: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. SciELO. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011

Vinueza, P. (2014). Influencia de la Parasitosis en el estado nutricional de niños en etapa escolar de 5-12 años de la escuela “La Libertad” en la comunidad de Tanlahua. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7705>

Zambrano, K. (2018). Determinantes de la Parasitosis Intestinal en niños de 7 a 10 años en la Parroquia Tibiázo del Cantón Esmeraldas. Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas. Recuperado de: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1642/1/ZAMBRANO%20MARTILLO%20KARLA%20GABRIELA.pdf>

Zavala, J. T. (2014). Capítulo 27. Ascariasis. en: Becerril, M, A., (4 Edición). Parasitología Médica. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Zuta Arriola, N., Rojas Salazar, A. O., Mori Paredes, M. A., & Cajas Bravo, V. (2019). Impacto de la educación sanitaria escolar, hacinamiento y parasitosis intestinal en niños preescolares. COMUNI@CCIÓN: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v10n1/a04v10n1.pdf>

ANEXOS

Problema General	Objetivo General	Hipostasis General
¿Cómo se relacionan las acciones de enfermería con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre de 2019 a marzo de 2020?	Establecer la relación existente entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.	Si se establecieran las acciones de enfermería en relación con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la
Problemas Derivados	Objetivos Específicos	Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto el Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020, se lograría contribuir a la disminución de la transmisión de dichas infecciones en la
¿Cuál es la frecuencia de parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020 teniendo en cuenta la edad el género y la presencia de protozoos o helmintos únicos o múltiples?	Describir la frecuencia de parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, teniendo en cuenta la edad, el género, y la presencia de protozoos o helmintos únicos o múltiples	
¿Cuáles son los síntomas y signos clínicos que presentan los niños menores de 12 años con parasitosis intestinales de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020?	Identificar los síntomas y signos clínicos que presentan los niños menores de 12 años con parasitosis intestinales de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el	

<p>¿Cómo se comportan los determinantes sociales de las parasitosis intestinales, en relación con las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta, la prevención y el control de dichas infecciones, en los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, del Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos octubre 2019 a marzo 2020?</p>	<p>período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.</p> <p>Analizar el comportamiento de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en relación con las intervenciones teniendo en cuenta la prevención y el control de dichas infecciones en los niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.</p>	<p>población infantil de la institución referida</p>
--	---	--

EVIDENCIA FOTOGRAFICAS



Dialogando con la directora de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor



Dialogando nuestra tutora con los padres sobre el proyecto de investigación



Explicando a los niños el procedimiento de los exámenes coprasitológicos



Realizando la encuesta a los padres del menor



Realizando la encuesta a los padres del menor



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Acciones de enfermería y su relación con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, recinto el Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, Octubre 2019-Marzo 2020”.

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Los Investigadores pertenecientes a la Universidad Técnica de Babahoyo, pretenden realizar un estudio en su comunidad con el objetivo fundamental de establecer la relación existente entre las acciones de enfermería y la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, Recinto El Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, en el período comprendido desde octubre 2019 a marzo 2020.

Procedimiento:

Si Ud. acepta participar y que su hijo(a) participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

- A usted se le realizarán algunas preguntas a través de un cuestionario sobre algunos aspectos relacionados sobre su hijo(a) y la familia, además se indagará sobre las condiciones higiénico-sanitarias en que se desenvuelve el infante.
- Se le entregará un frasco adecuado y las instrucciones necesarias para la recogida de las muestras de heces del niño(a),
- Se realizarán gratuitamente los estudios coproparasitológicos correspondientes para determinar si su hijo(a) está o no infectado y con cuáles parásitos específicos.
- Si el examen arrojará un resultado positivo, se les indicará además el tratamiento antiparasitario específico prescrito por un Médico Especialista integrante del Proyecto de Investigación.
- Podrán participar en las diferentes actividades educativas que se planifican desarrollar en la comunidad y de esta forma contribuir a promocionar nuevos

hábitos higiénicos-sanitarios lo cual redundará en la adquisición de nuevos conocimientos sobre la prevención de las parasitosis intestinales y sus graves consecuencias para la salud individual y colectiva.

Beneficios directos:

- Se les ofrece realizar gratuitamente los estudios coproparasitológicos correspondientes para determinar si su hijo(a) está o no parasitado. Para este proceder también se les facilitará el frasco adecuado con el conservante debidamente identificado para garantizar un diagnóstico eficaz.
- Se les prescribirá por un Médico Especialista integrante del Proyecto de Investigación, las indicaciones para el tratamiento antiparasitario específico y oportuno, en el caso que el examen mostrará un resultado positivo.
- Con su participación y la de su hijo(a) en las diferentes actividades educativas que se planifican desarrollar en la comunidad, podrán participar en las diferentes actividades educativas que se coordinan desarrollar en la comunidad y de esta forma contribuir a promocionar nuevos hábitos higiénicos-sanitarios lo cual redundará en la adquisición de nuevos conocimientos sobre la prevención de las parasitosis intestinales y sus graves consecuencias para la salud individual y colectiva.

Ni Ud. ni su hijo(a) recibirá ningún pago por participar en este estudio, como tampoco implicará costo alguno para Ud. y su familia, sin embargo, si usted acepta participar estará colaborando de manera muy satisfactoria con los Investigadores del Proyecto, con la Facultad de Ciencias de la Salud, con la Universidad Técnica de Babahoyo y principalmente con la Ciencia, sin la cual no se concibe el desarrollo y la mejoría de la calidad de vida de los niños, sus familias y las comunidades que integran este gran país.

Confiabilidad:

Toda información que Ud. nos proporcione para el estudio estará concebida con carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de Investigadores del Proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Usted y su hijo(a) quedarán identificados con un número y no con el nombre; solo para los resultados coproparasitológicos y el tratamiento específico se podrá utilizar el mismo.

Los resultados de este estudio serán de conocimiento de toda la comunidad que participe y solo serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que se respete y omita la identidad de cada participante.

Riesgos potenciales:

Los riesgos potenciales que implican su participación y la de su hijo(a) en este Proyecto de Investigación son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo tiene el derecho de no responderla.

Participación voluntaria:

Usted está en todo su derecho de participar o no en el Proyecto de Investigación, incluso si en algún momento no quisiera continuar participando en el estudio tiene la total libertad de retirarse sin que esto implique para Ud. o para su hijo(a) absolutamente ningún problema.

Si Usted acepta participar en el estudio y que su hijo(a) participe también, se le entregará una copia del documento del consentimiento informado que se le solicite sea tan amable de firmar.

Muchas gracias por anticipado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Acciones de enfermería y su relación con la prevención de los determinantes sociales de las parasitosis intestinales en niños menores de 12 años de la Unidad Educativa María Luisa de Sotomayor, recinto el Porvenir, Babahoyo, Los Ríos, Octubre 2019-Marzo 2020”.

Los objetivos y procedimientos del Proyecto de Investigación me han sido explicados claramente, he leído la hoja de información que precede y he comprendido la información facilitada. Acepto que mi hijo/a participe en la investigación. Sé que tengo el derecho de negarme a ello y de retirarme en cualquier momento por cualquier razón, sin que tenga consecuencias para mí o mi descendencia. Me han sido comunicado mis deberes de acceder y exigir la corrección de mis datos personales y los de mi hijo/a. Acuso recibo de una copia de este documento para futuras referencias.

Yo, en nombre de mi hijo/a _____, acepto en toda libertad participar en este Proyecto de Investigación.

Firma del participante: _____

Dirección del participante: _____

Número de teléfono del participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Declaración del investigador del proyecto que llevó a cabo la entrevista sobre el consentimiento informado:

He explicado cuidadosamente el carácter, las exigencias, molestias y beneficios previsibles de esta investigación a la persona arriba mencionada y estuve presente cuando ésta llenó el documento de consentimiento informado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROYECTO DE INVESTIGACION**



No. _____

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS MADRES O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR.

1.- Edad del menor: _____ años

2.- Sexo del menor: Masculino: () Femenino: ()

3.- Nivel de instrucción académica de la madre o representante legal del menor.

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()
- d) Bachiller ()
- e) Ninguno ()

4.- Nivel de ingresos económicos mensuales en el hogar donde vive el menor.

- a) Bajo (menos de 394 dólares) ()
- b) Medio (de 394 a 899 dólares) ()
- c) Alto (más de 900 dólares) ()

5.- Material principal con el que está construida la vivienda donde habita el menor.

- a) Cemento ()
- b) Caña/madera ()
- c) Mixta ()

6.- Condiciones climáticas que predominan en la zona.

- a) Lluvias frecuentes ()
- b) Sequia ()
- c) Humedad ()
- d) Temperatura elevada ()
- e) Temperatura baja ()

7.- Servicios básicos con los que cuenta la vivienda donde habita el menor.

- a) Agua potable ()
- b) Alcantarillado Sanitario ()
- c) Alcantarillado Fluvial ()
- d) Ninguno ()

8.- Fuente de suministro de agua para consumo cotidiano en la vivienda.

- a) Rio/estero ()
- b) Lluvia ()
- c) Red de tuberías ()
- d) Pozo ()

9.- Señale qué tipo de agua bebe habitualmente el menor.

- a) Hervida ()
- b) Clorada ()
- c) Filtrada ()
- d) Directamente de la fuente de abasto ()

10.- Frecuencia se eliminan los desechos sólidos en el área donde habita el menor.

- a) Todos los días ()
- b) Dos veces a la semana ()
- d) Una vez a la semana ()

11.- Forma de eliminación de las excretas (heces) humanas en la vivienda donde habita el menor.

- a) Pozo séptico ()
- b) Alcantarillado ()
- c) Letrina ()
- d) Al aire libre ()

12.- ¿Existe la presencia de animales en el interior de la vivienda donde habita el menor?

Si () No ()

13.- En caso de ser positiva su respuesta, señale ¿cuáles?

- a) Gato ()
- b) Perro ()
- c) Gallina ()
- d) Otros ()

14.- Indique con qué frecuencia el menor cumple con las siguientes actividades.

	CUMPLE		
	Siempre	Pocas veces	Nunca
a) Se lava las manos con agua y jabón antes de ingerir alimentos	()	()	()
b) Se lava las manos con agua y jabón después de defecar	()	()	()
c) Se lava las manos con agua y jabón después de tener contacto directo con los animales	()	()	()
d) Lava las frutas antes de consumirlas	()	()	()
e) Juega en la tierra utilizando zapatos	()	()	()
f) Mantiene sus uñas cortadas y limpias	()	()	()

15.- ¿Conoce usted las formas de transmisión de una infección parasitaria?

Si () No ()

16.- ¿El menor ha sido diagnosticado alguna vez con parasitosis intestinales?

Si () No ()

17.- Si su respuesta fue si, señale los síntomas que presentó el menor durante la infección por parasitosis intestinales:

- a) Diarreas con sangre ()
- b) Diarreas sin sangre ()
- c) Dolor abdominal ()
- d) Pérdida de apetito ()
- e) Pérdida de peso ()
- f) Vómitos ()
- g) Náuseas ()
- h) Erupciones cutánea ()
- i) Problemas respiratorios: tos, expectoración, dificultad respiratoria ()

18.- ¿El menor ha recibido tratamiento antiparasitario alguna vez?

Si () No ()

19.- En caso de ser afirmativa su respuesta ¿Con qué frecuencia le ha realizado el tratamiento?

- a) De 1 a 2 veces al año ()
- b) De 3 a 4 veces al año ()

20.- ¿Tratamiento que ha utilizado usted para desparasitar al menor?

- a) Tratamiento indicado por un médico ()
- b) Medicina natural ()

21.- En su comunidad el personal de enfermería realiza acciones de prevención de enfermedades y promoción de salud:

Si () No ()

22.- En caso de ser afirmativa su respuesta. ¿Con qué frecuencia se realiza?

- a) Una vez a la semana ()
- b) Una vez cada 15 días ()
- c) Una vez al mes ()

23.- ¿Qué tipo de acciones realiza el personal de enfermería en su comunidad?

- a) Charlas educativas sanitarias ()
- b) Visitas periódicas a las viviendas ()
- c) Promoción de mingas de higiene y limpieza en la comunidad ()
- d) Ninguna ()



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Babahoyo, 02 de Diciembre del 2019

Licenciada.

Celia Castillo

**DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIA LUISA DE
SOTOMAYOR**

Presente. –

De nuestras consideraciones;

Por medio de la presente, me dirijo a usted para saludarlo y desearle muchos éxitos en sus funciones que tan acertadamente dirige, y a la vez para solicitarle de la manera más cordial, les conceda el permiso correspondiente a los estudiantes; **Manuel Aldahir Remache Zambrano con CI. 1207864453** y **Gilda Esmelinda Carpio Alarcon con CI. 1207628593**, Para que realicen su Proyecto de Investigación de Titulación, cuyo tema es: **“ACCIONES DE ENFERMERÍA Y SU RELACION CON LA PREVENCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIA LUISA DE SOTOMAYOR, RECINTO EL PORVENIR, BABAHOYO, LOS RIOS, OCTUBRE 2019 MARZO 2020”**. El mismo que realizaran como parte del Proyecto de Investigación Institucional de la Universidad Técnica De Babahoyo.

Esperando que la petición tenga una acogida favorable, de antemano le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

**Lcda. Elisa Boucourt Rodríguez. Msc
Docente Tutora**

