

# CARACOLÍ SIN LEHISMANIASIS

Programa Educativo Para Potenciar la Reducción de Factores de Riesgo y el  
Control Vectorial de la Leishmaniasis, en el Corregimiento de Caracolí,  
Zona Rural de El Carmen de Bolívar, 2019

Mónica Muñoz Méndez  
Rosalba Torres Fonseca

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública

Director:  
Msc. Gloria Villarreal Amarís

Universidad de Sucre  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Sincelejo  
2019

Notas de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma de presidente del jurado

---

Firma del jurado 2

---

Firma del jurado 3

Sincelejo, 12 de diciembre, 201

## **Agradecimientos**

Queremos expresar nuestra gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre nuestras vidas, por habernos brindado esta oportunidad, por guiarnos a lo largo de esta experiencia, por ser el apoyo y fortaleza en los momentos de dificultad y de debilidad.

A Nuestros Hijos por su comprensión y paciencia por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros padres: Rosalba Fonseca de Torres, Delsy Méndez Ricardo y Carlos Muñoz Simonini, por haber sido pilar fundamental y habernos apoyado incondicionalmente pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A todas las personas que nos apoyaron e hicieron que el trabajo se realizara con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Finalmente queremos expresar nuestros más grandes y sinceros agradecimientos a la Doctora Gloria Villarreal Amarís, principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo, de igual forma queremos agradecer a la Universidad de Sucre y al cuerpo de docentes por todo los conocimientos adquiridos en estos dos años.

## Contenido

Introducción .....	9
1.1. Objetivo General.....	17
1.2. Objetivos Específicos.....	17
Hipótesis: .....	18
2.1 Antecedentes .....	19
2.2. Factores de riesgo .....	22
2.2.1. Condiciones Socioeconómicas.....	22
2.2.2 Malnutrición.....	22
2.2.3 Movilidad de la población .....	22
2.2.4. Cambios ambientales .....	23
2.2.4.1. <i>Cambio climático.</i> .....	23
2.2.4.2. <i>Educación en salud.</i> .....	24
2.3 Teorías Social Cognitiva o del Aprendizaje y la Estrategia COMBI .....	28
2.4 Marco Legal .....	30
2.5 Marco contextual .....	33
3.1. Diseño y Tipo de Estudio.....	37
3.2 Población.....	37
3.3. Muestra .....	37
3. 4. Criterios de Inclusión:.....	39
3.5. Criterios de Exclusión:.....	39
3.6. Criterios de Eliminación: .....	39
3.7. Recolección de la Información .....	39
3.8 Tabulación y Análisis de la Información.....	41
3.9 Consideraciones Éticas .....	42
3.10 Variables .....	43
3.11 Descripción de la Intervención educativa. ....	52
3.11.1 Fase de Alistamiento:.....	52
Línea de base de distribución de datos de factores de riesgo predominantes .....	54
3.11.2 Fase de Intervención .....	55
3.11.3 Fase de Evaluación. ....	62
4.1 Resultados sociodemográficos.....	64
4.2 Resultados de acuerdo a los objetivos específicos de investigación.....	69
4.2.1 Factores de riesgo ambientales .....	69
4.2.2 Percepción del Riesgo.....	70
4.2.3 Conocimientos acerca de la Leishmaniasis.....	71
4.2.4 Creencias acerca de la Leishmaniasis .....	72
4.2.5 Prácticas y Actitudes.....	73
4.2.6 Acceso, Utilidad y Comprensión de la Información.....	74
4.2.7 Cambios en la adopción de medidas de control.....	75
4.3 Pruebas de Hipótesis .....	75
4.4. Discusión.....	77
5.1. Conclusiones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

ANEXOS .....87  
FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: .....87

## Índice de Tablas

Tabla 1. Características de la vivienda (pisos).....	62
Tabla 2. Características de la vivienda (paredes).....	62
Tabla 3. Servicios domiciliarios (Saneamiento Básico).....	63
Tabla 4. Edad de los participantes.....	64
Tabla 5. Género de los participantes.....	65
Tabla 6. Ocupación de los participantes.....	66
Tabla 7. Nivel de educación de los participantes.....	66
Tabla 8. Factores ambientales de riesgo. Estudiantes 10°.....	67
Tabla 9. Factores ambientales de riesgo. Comunidad.....	67
Tabla 10. Percepción del riesgo, estudiantes 10°.....	68
Tabla 11. Percepción del riesgo, comunidad.....	68
Tabla 12. Conocimientos Leishmaniasis. Estudiantes 10°.....	69
Tabla 13. Conocimientos Leishmaniasis. Comunidad.....	69
Tabla 14. Creencias a cerca de la leishmaniasis estudiantes de 10°.....	70
Tabla 15. Creencias a cerca de la leishmaniasis comunidad.....	70
Tabla 16. Prácticas y actitudes estudiantes 10°.....	71
Tabla 17. Prácticas y actitudes comunidad.....	71
Tabla 18. Acceso utilidad y comprensión de la información estudiantes de 10°.....	72
Tabla 19. Acceso utilidad y comprensión de la información comunidad.....	72
Tabla 20. Cambios en la adopción de medidas de control con respecto a la media.....	73
Tabla 21. Prueba de McNemar.....	73

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la efectividad del Programa educativo “Entre todos lo lograremos Caracolí sin Leishmaniasis” enmarcado en la teoría Social Cognitiva y estrategia COMBI para reducir los factores de riesgo de la Leishmaniasis en Caracolí, zona rural de El Carmen de Bolívar 2019. Se trata de una investigación de diseño pre experimental con pre y pos test, de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo puesto que se hará una descripción y análisis de la información obtenida. La población objetivo fueron los habitantes del corregimiento Caracolí Grande, del cual se obtuvo por convocatoria y disposición de participación una muestra de 66 personas divididos en tres grupos focales: 26 estudiantes, 20 personas contagiadas con Leishmaniasis y 20 personas sanas. La información para medir la efectividad del programa se obtuvo a través de un pre test y un pos test adaptados por las investigadoras y validados por juicio de expertos. Los resultados obtenidos a través del test de McNemar indican que la implementación del programa educativo es eficiente, puesto que contribuye a la disminución de factores de riesgos, mejora la actitud y el conocimiento de los participantes frente a la Leishmaniasis.

**Palabras Claves:** Leishmaniasis, Programa Educativo, Estrategia COMBI, Teoría Social Cognitiva.

### **Abstract**

The main objective of this research is to determine the effectiveness of the educational program, framed in the social cognitive theory and combi strategy to reduce the risk factors of Leishmaniasis in caracole rural area of Carmen de Bolívar 2019. This is a quasi experimental comparative – test design research, quantitative approach and descriptive scope since a description and analysis of the information obtained will be community.

The target population was the inhabitants of the large camgoli district, from which a sample of 66 people divided into three groups was obtained by convocation and willingness to participate 26 students 40 people.

The information to measure the effectiveness of program this research has as main objective to determine effectiveness of educational program.

Was obtained through a pre test and posttest adapted by the investigation and validated by expert judgment the results obtained through the test of McNemar indicate that the implementation of the educational program is efficient. Since it contributes to the reduction of risk factors to improve the attitude and knowledge of the participants towards leishmaniasis

## Introducción

Según el informe epidemiológico sobre leishmaniasis, presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta es una de las enfermedades desatendidas y un problema de salud pública en América, debido a su morbilidad, la complejidad clínica, biológica y epidemiológica además por el amplio tamaño geográfico de distribución. También refiere que para el periodo de 2001 a 2015 en la región fueron reportados 845.775 casos de leishmaniasis cutánea y 52.176 casos de leishmaniasis visceral, afectando a la población más pobre, con inadecuado estado nutricional, malas condiciones de la vivienda, inmunología débil y población con dificultades de acceso a los servicios de salud (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla sobre la leishmaniosis como “la enfermedad que afecta a las poblaciones más pobres del planeta; está asociada a la malnutrición, los desplazamientos, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos” (1).

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), existen 12 millones de personas infectadas por el parásito del género *Leishmania*, algunas de las cuales manifiestan casi imperceptibles los signos de la enfermedad, mientras que otras mueren por sus efectos. Se estima que cada año se producen 1, 3 millones de nuevos casos y entre 20 000 y 30 000 defunciones. En humanos, la leishmaniasis cutáneas y mucocutánea tiene una incidencia de 2 millones de casos nuevos por años; la leishmaniasis visceral, la forma más mortal, causa alrededor de 59 000 muertes anuales (2).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2017) expresa que la leishmaniasis es una enfermedad endémica en casi todo el territorio y estima que existen más de 11 millones de personas en riesgo, principalmente la población rural. La considera como un problema creciente en salud pública, dado al número de casos que se presentan, al cambio en el patrón epidemiológico, variaciones en la dinámica poblacional, por la aparición de nuevos focos y al proceso de domiciliación y urbanización del ciclo de transmisión (3).

La leishmaniasis sigue siendo una de las enfermedades más desatendidas en todo el mundo, y afecta predominantemente a los más pobres, sobre todo en los países en desarrollo; se considera que hay 350 millones de personas en riesgo de contraerla, y cada año se producen 2 millones de casos nuevos (4).

La leishmaniosis en Colombia y en otras latitudes, pasó de ser una enfermedad únicamente selvática que tiene efecto en hombres mayores que laboran en el bosque, para sufrir un proceso progresivo de domiciliación al enfatizarse los favoritismos de los flebótomos por el domicilio humano, cambiando el sitio y la urbe de mayor peligro de infección, sin distinción de género y con mayor tasa de incidencia en niños (2,3). Desde los años 80 se tiene en los registros de la República de Colombia, la presencia de vectores en terrenos que se asocian a hogares, esta situación se ha registrado desde ese entonces en investigaciones enfocadas en regiones Andinas, Valles Interandinos y en las costas Caribe y Pacífica (5).

Existen dos focos de Leishmaniasis Visceral (LV) claramente diferenciables; uno en la costa norte con *Lu. Evansi* como vector dónde se concentran el 88% de los casos, y el resto de casos acontecen en el valle del río Magdalena dónde *Lu. Longipalpis* es el vector. El mayor número de casos se presentan en los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Tolima y Huila, con seropositividades en perros desde 5,1% al 31,5% dependiendo de la zona (6).

La leishmaniosis visceral (LV) es una de las enfermedades más importantes en el mundo. En partes endémicas de Leishmaniosis Visceral Zoonótica (LVZ), los caninos son las reservas más importantes y las altas prevalencias de este parásito (LCan) que se asocia con la transmisión del contagio a sujetos. Frente a la urgencia de LV humana en la ciudad de Posadas en 2006, Se realizó una primera investigación con el propósito de determinar el papel de los perros como reserva de LVZ en este contexto; en una situación positiva, determinar molecularmente la especie o especies halladas en los mismos. La infección por *Leishmania* fue corroborada por métodos parasitológicos directos y/o indirectos en 63 (57,3%) de los 110 perros en observación y se identificó a *L. infantum* como única especie implicada (7).

La mayoría de los casos se presentaron en la zona rural dispersa (5.342 casos) y en la población perteneciente al régimen subsidiado (4.202), en cuanto a la distribución por sexo es mayor en los hombres (5.174 casos), el grupo de edad más afectado en la leishmaniasis visceral fue de 1 a 4 años, en la cutánea y mucosa de 20 a 24 años de edad. El Instituto Nacional de Salud en Colombia, ha priorizado este evento considerando los números de casos existentes y su comportamiento cíclico. Para el caso del departamento de Bolívar, el municipio con mayor reporte de casos es El Carmen de Bolívar (3).

Históricamente la leishmaniosis en el Departamento de Bolívar ha tenido también un comportamiento endémico. El 82% de los casos de Leishmaniasis se distribuyen en los municipios de El Carmen de Bolívar, Santa Rosa del Sur, San Jacinto y San Juan Nepomuceno, encontrándose que el municipio El Carmen de Bolívar con el mayor número de casos para todas las formas parasitarias. Se destaca que el municipio El Carmen de Bolívar aporta el mayor número de casos de leishmaniosis cutánea con 250 casos anuales en promedio, y presenta los únicos casos de Leishmaniosis Visceral en niños, con una mortalidad por esta patología del 35% en niños menores de cinco años. La mayoría de los casos se presentaron en las zonas rurales, pero también se ha urbanizado esta enfermedad, reportándose casos de leishmaniasis cutánea y visceral, con comportamiento intra domiciliar y reservorios domésticos (3).

La incidencia de Leishmaniasis cutánea a nivel departamental hasta semana epidemiológica 48 de 2018, se estima en 62,7 casos por 100.000 habitantes, se reportó una muerte asociada a Leishmaniasis visceral, la cual fue confirmada a través de laboratorio y unidad de análisis, generándose una letalidad del 14%; en cuanto al corredor endémico de Leishmaniasis en las semanas 46 se ubicó en zona de alarma presentando brotes en las semanas 9, 10, 16, 18, 20 y 22 (8).

La OMS destaca varios factores relacionados con la enfermedad. Entre los factores socioeconómicos documenta que la pobreza hace notable el riesgo de sufrir leishmaniasis. Una casa en malas condiciones, un mal saneamiento (carencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado destapado) pueden fomentar el desarrollo en los que se creían y reposan los flebótomos y crecer en cuanto al acceso a la comunidad. Los flebótomos se ven atraídos por el hacinamiento, debido a que constituye una gran fuente de ingesta de sangre. Las pautas de

conducta humano (tales como, dormir en el exterior o en el piso) también es posible que acreciente el riesgo. Usar mosquiteros tratados previamente con insecticidas rebaja el riesgo que hay. Otro de los factores que se asocia con las formas primordiales son la migración y el movimiento de individuos que no están inmunizadas a lugares donde los ciclos de transmisión ya están presentes. El exponerse en el trabajo y el aumento que ha tenido la deforestación son componentes de relevancia. Por ejemplo: asentarse en lugares boscosas significa estar expuesto al flebótomo, lo que claramente puede conllevar a crecimiento exponencial de casos. También se resalta la malnutrición como uno de los elementos predisponente para que la enfermedad tenga lugar. Las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y cinc aumentan el riesgo que la infección progrese hacia la enfermedad florida (4).

Cortes, A. realizó un estudio titulado Aspectos ecoepidemiológicos de Leishmaniasis visceral y cutánea en El Carmen de Bolívar (Bolívar- Colombia), en el que reportó que el 85.63% de los encuestados conocen las *Lutzomyias* o alutz como le llaman y el papel de estas en la transmisión de la leishmaniasis, 214 (59,11%) conocen de qué se trata la enfermedad y 178 (49,17%) sabe a dónde dirigirse si sospecha que tiene Leishmaniasis cutánea o un niño tiene Leishmaniasis visceral, no obstante 91 personas encuestadas (27,40%) se automedica y no sabe usar el tratamiento al parecer por falta de seguimiento. 254 (70,16%) del total de encuestados afirmaron haberse informado a través de instituciones educativas, sanitarias y comentarios (9).

A nivel del Municipio del Carmen de Bolívar se desarrollan actividades educativas comunitarias, tales como charlas con las familias, las cuales sólo brindan información a la comunidad pero no se logra sensibilizarlos hasta el punto de impactar en cambios conductuales, en cuanto a los folletos, estos no logran el objetivo de informar a la población adulta debido que

ésta en su mayoría es analfabeta, siendo ellos el público primario, pudiéndose inferir que estas acciones no han logrado el impacto deseado. En el caso de la comunidad de Caracolí no aplican las medidas preventivas ni de control para eliminar los factores de riesgo que favorecen la reproducción del vector, a pesar de la educación que han recibido por parte de las diferentes entidades que conforman el SGSSS.

Se requiere entonces de la implementación de nuevas estrategias de educación y comunicación en salud y de prevención participativa y de acciones a nivel local y gubernamental con seguimientos planeados, que ayuden a cambiar conductas bastante radicadas en la cultura y en los diarios vivir de los territorios. En este sentido, se propone desarrollar un programa educativo de tipo antes y después a la luz de la Teoría Social Cognitiva del comportamiento de Bandura, y acciones participativas de la estrategia COMBI considerando que la intervención a los factores sociales relacionados con la conducta de la población y adecuada exposición a la información a través de diferentes medios de comunicación sobre la enfermedad y la combinación de acciones y mediadas a nivel individual y comunitaria apoyadas con medidas de control de las mismas y el contacto permanente con el equipo de salud, influirán en el cambio en la persona para adherirse a la conductas y medidas de prevención salutogenicas.

Este proyecto de investigación es de suma importancia para el departamento de Bolívar y en especial para el Municipio del Carmen de Bolívar por ser una zona endémica con una alta participación de casos de Leishmaniasis en el patrón epidemiológico municipal, departamental y nacional, una alta inversión en número de recursos para diagnosticar, costos elevados en la oferta de tratamiento y rehabilitación de un grupo de pacientes afectados. Por lo que

implementar un estrategia metodológica y educativa básica para desarrollar procesos educativos para capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que mejoren la exposición al riesgo y control del vector que produce la Leishmaniosis, logrando reducir el costo de la atención de la enfermedad y mejora del indicador de este evento epidemiológico.

Es importante realizar esta investigación y se justifica por cuanto genera aportes al campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como al control del riesgo, donde disponer de información sobre la efectividad de las intervenciones es actualmente grandemente reconocida y crecen diariamente las demandas por decisiones informadas como resultados de estudios efectivos.

**Formulación de la pregunta de investigación.**

¿Cuál será la efectividad de un programa educativo y comunicativo, basado en la teoría social cognitiva implícitos en los factores de riesgo de la Leishmaniasis y la conjugación de actores del sector salud para potenciar el cambio de conducta de los participantes de la población de Caracolí para disminuir el riesgo de enfermar?

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad de un programa educativo enmarcado en la teoría Social Cognitiva y aspectos de la estrategia COMBI para promover cambios de comportamientos que favorezcan la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis en familias y estudiantes del corregimiento de Caracolí zona rural de El Carmen de Bolívar 2019.

### 1.2. Objetivos Específicos

- Identificar los riesgos ambientales y la percepción del riesgo de enfermar, relacionadas con el control vectorial de la Leishmaniasis en la población objeto, pre y pos intervención.
- Determinar el nivel de conocimientos, creencias y prácticas, en la población objeto sobre factores de riesgo y control vectorial de la Leishmaniosis, pre y pos intervención
- Establecer el grado de acceso, utilidad y comprensión de la información obtenida a través de los procesos educativos en salud y de los medios de comunicación brindada por instituciones del sector salud antes y después de la intervención
- Determinar la variación de cambio en la adopción de medidas de control de la Leishmaniosis en la población objeto pre y pos intervención

**Hipótesis:**

H1a. Los integrantes del grupo de intervención reportarán un significativo incremento de medidas de control y viviendas con reducción de factores de riesgos favorable al desarrollo de la Leishmaniasis

H2a. Los integrantes del grupo de intervención reportarán una inapreciable aplicación de medidas de control y de viviendas con reducción de factores de riesgos favorable al desarrollo de la leishmaniasis.

## 2. MARCO DE REFERENCIA O TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En Colombia, son pocos los estudios que se han desarrollado sobre conocimientos, actitudes y prácticas, así como tampoco se ha evaluado la efectividad de las estrategias educativas comunitarias para la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores (LEISHMANIASIS). Patiño, Londoño, Salazar, Tovar, Acero, Vélez, en su investigación realizada en tierra alta y valencia córdoba, sobre las concepciones actitudes y prácticas de los habitantes de esta zona del departamento de Córdoba, que han tenido Leishmaniasis cutánea encontraron que no asocian el vector transmisor de la Leishmaniasis con la *Lutzomyias* a pesar de conocerla, de igual forma prefieren acudir a los tratamientos caseros, los que conllevan a que hayan un gran subregistro de casos; en cuanto al personal de salud se encontraron fallas en el diagnóstico y tratamiento, lo que hace que los tratamientos caseros tengan mayor adherencia (10).

Según Padilla, et al (2017) Realizaron el estudio “*Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia*”. Es un estudio descriptivo con la información proveniente de fuente secundaria (DANE y SIVIGILA); el objetivo general fue determinar el comportamiento epidemiológico de las enfermedades transmitidas por vectores en zonas urbanas y rurales de Colombia entre 1990 y 2016; se relaciona con la investigación planteada, ya que evidencia la magnitud y la importancia de las principales enfermedades transmitidas por vectores entre ellas la Leishmaniasis, lo que la convierte en un problema

prioritario de salud pública en zonas tanto rural como urbano, confirma que este evento es una condición endemo-epidémicas persistente y predomina en las zonas rurales, además, determina que en general, la tendencia de la morbilidad por las Leishmaniasis entre el 2000 y el 2016 mostró un comportamiento epidemiológico ascendente. Además, expresa que la persistencia, la aparición y la reaparición de las principales enfermedades transmitidas por vectores son el resultado de una compleja, intensa y dinámica interacción de procesos sociales, económicos, políticos, culturales y biológicos que genera diversos niveles de vulnerabilidad y receptividad; por tal razón se deben mejorar los procesos conducentes a consolidar el manejo integral de los casos e intensificar las acciones de prevención (11).

Cortés realizó la investigación que lleva por título: “*Evaluación eco epidemiológica de Leishmaniasis visceral y cutánea en El Carmen de Bolívar para diseñar una estrategia de control integral*”. Objetivo general: realizar dicha evaluación para desarrollar una estrategia integral; aplicó 397 encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, revisó 400 fichas epidemiológicas de Leishmaniasis Cutánea y 40 fichas epidemiológicas de casos de Leishmaniasis Visceral; todos los casos diagnosticados entre 2003 y 2007, éste trabajo se relaciona con la investigación en curso porque reconoce la importancia del diseño de estrategias integrales de prevención y control para disminuir la incidencia de la Leishmaniasis Cutánea y Visceral, la pertinencia de realizar estudios profundos que contemplen los problemas sociales, políticos y económicos de las zonas rurales afectadas por este evento; además corrobora que los datos oficiales no están acordes a la realidad encontrada en campo, y que la incidencia y mortalidad debido a la Leishmaniasis Visceral son más altos. Los datos de la encuesta CAP evidencia que la población conoce las *Lutzomyias* y el papel de estas en la transmisión de la

Leishmaniasis, saben de qué se trata la enfermedad e identifican a dónde dirigirse si sospecha que un niño tiene Leishmaniasis Visceral; no obstante, un porcentaje se automedica y no sabe usar el tratamiento. Un 70,16% del total de encuestados afirmaron haberse informado a través de instituciones educativas, sanitarias y comunitarias (9).

En el departamento de Córdoba se llevó a cabo la investigación “*Evaluación de una estrategia educativa en Malaria aplicada en localidades rurales del Pacífico colombiano*”. Un estudio cuasi experimental tipo pos-test, en 20 localidades rurales. Su objetivo era evaluar el impacto de la estrategia educativa antes y después sobre los conocimientos, y prácticas en torno a la Malaria y en la frecuencia de la enfermedad, en los facilitadores y en las comunidades rurales donde se implementó, dicha evaluación arrojó que se encontró aumento significativo en el conocimiento de malaria ( $p < 0,05$ ) entre el test pre y post-intervención de facilitadores. En las comunidades, 170/447 personas tuvieron contacto con la estrategia (38%). Los intervenidos tuvieron mayor conocimiento sobre criaderos (OR: 2,53, IC95%:1,7-3,76), usaban más el toldillo (OR: 1,81, IC 95%:1,10-2,97), no se automedicaron (OR: 1,97, IC 95%: 1,04-3,73) y reportaron menos episodios de Malaria (OR: 0,58, IC95%: 0,39-0,87) (12).

Esta investigación es pertinente, considerando que es de los pocos estudios hallados que abordan la evaluación de una estrategia educativa respecto a una enfermedad transmitida por vectores.

## **2.2. Factores de riesgo**

### **2.2.1. Condiciones Socioeconómicas**

Según la OMS la pobreza aumenta el riesgo de Leishmaniasis. Las malas condiciones de vivienda y las deficiencias de saneamiento de los hogares (por ejemplo, la ausencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado abierto) pueden promover el desarrollo de los lugares de cría y reposo de los flebótomos y aumentar su acceso a la población humana. Los flebótomos se ven atraídos por el hacinamiento, ya que constituye una buena fuente de ingesta de sangre. Las pautas de comportamiento humano (por ejemplo, dormir a la intemperie o en el suelo) también es probable que aumenten el riesgo. El uso de mosquiteros tratados con insecticida reduce el riesgo (13).

### **2.2.2 Malnutrición**

Las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y zinc aumentan el riesgo de que la infección progrese hacia la enfermedad florida.

### **2.2.3 Movilidad de la población**

Las epidemias de las dos formas principales de Leishmaniasis a menudo se asocian con la migración y el desplazamiento de personas no inmunizadas a zonas donde ya existen ciclos de transmisión. La exposición en el trabajo y el aumento de la deforestación siguen siendo factores importantes. Por ejemplo, asentarse en zonas previamente boscosas significa acercarse al hábitat del flebótomo, lo que puede llevar a un aumento rápido del número de casos.

#### **2.2.4. Cambios ambientales**

Los cambios ambientales que pueden influir en la incidencia de la Leishmaniasis son, entre otros, la urbanización, la integración del ciclo de transmisión en el hábitat humano y la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas.

##### **2.2.4.1. Cambio climático.**

La Leishmaniasis es sensible a las condiciones climáticas y afectas en varios aspectos a la epidemiología de la Leishmaniasis:

- Los cambios de temperatura, precipitaciones y humedad pueden tener efectos importantes en los vectores y los reservorios animales, al alterar su distribución e influir en las tasas de supervivencia y el tamaño de la población;
- Las pequeñas fluctuaciones en la temperatura pueden tener un acusado efecto en el ciclo de desarrollo de los promastigotes de *Leishmania* en los flebótomos, y permitir que el parásito se transmita en zonas donde la enfermedad no era previamente endémica;
- Las sequías, las hambrunas y las inundaciones que se producen como consecuencia del cambio climático pueden llevar a desplazamientos masivos y la migración de personas hacia zonas de transmisión de la Leishmaniasis, y la desnutrición puede debilitar la inmunidad de las poblaciones afectadas (13).

#### **2.2.4.2. Educación en salud.**

La práctica profesional de la promoción de la salud obtuvo su primer reconocimiento internacional y un marco de desarrollo con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986. Cabía esperar que esta Carta surgiese en Canadá, al comienzo de los setenta. El Ministro de Sanidad y Bienestar Social de aquel entonces lanzó un controvertido informe que sostenía que la medicina y el sistema de atención sanitaria desempeñaban un papel escaso en la determinación del estado de salud, y presentaba a la promoción de la salud como estrategia clave de la mejora de la salud y la calidad de vida, La Carta de Ottawa identificaba cinco estrategias claves, que han constituido la columna vertebral de la práctica y el desarrollo de la política de promoción de la salud. Estas estrategias instaban a lo siguiente: creación de una política pública saludable, creación de entornos que apoyen la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios sanitarios. Una promoción de la salud eficaz fortalece las habilidades y capacidades individuales para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud (14).

Casi dos décadas han transcurrido desde la promulgación de la carta de Ottawa (WHO 1986), en las cuales múltiples iniciativas se han generado en América Latina para operar la promoción de la salud. Sin embargo, en estos cerca de 20 años, siguen sin responder preguntas en torno a los alcances de la Promoción de la salud relacionados con el éxito de las políticas de intervenciones, con los factores que han determinado su éxito o su fracaso y los costos económicos, sociales, políticos y culturales que conlleva a alcanzarlo (15).

La estrategia educativa comunitaria, cuya conceptualización se enmarca en el objetivo de la promoción de la salud la cual, desde las fortalezas, oportunidades o la identificación de condiciones deseables en salud con la participación real de la persona y comunidad a quienes se les empodera proporcionándoles los medios necesarios para incrementar el control sobre su propia salud. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: *“Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud”*. También la define como las *“Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud”* (16,17).

Para facilitar el conocimiento del panorama general de salud de una comunidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define cinco componentes para ser evaluadas, controladas y vigiladas. Estos componentes brindan información que puede ser contrastada con los resultados cualitativos y den orientación sobre la efectividad de la estrategia, hacia un sentido de condiciones o factores que permitan o limiten la adopción de las recomendaciones brindadas durante el proceso educativo comunitario (18).

Los cinco componentes son:

- **Determinantes Ambientales:** incluyen aspectos como acceso a servicios públicos, condiciones del agua de consumo, condiciones del suelo; alcantarillado, exposición y disposición de las basuras, disposición de las excretas. También se puede incluir ubicación de la vivienda entre rural o urbana, condiciones de la vivienda.
- **Determinantes Sociales:** divididos en determinantes demográficos como son población por edad y por sexo, y en determinantes socioeconómicos que incluyen el nivel educativo, ingresos familiares, tipo de trabajo.
- **Determinantes relacionados con el sistema de salud:** se refiere al tipo de afiliación en el sistema general de seguridad social en salud, atención en hospitales o centros de salud,
- **Indicadores de estado de salud:** mide dos aspectos salud percibida en relación con la satisfacción e indicadores de morbilidad y mortalidad
- **Determinantes de comportamiento:** proporción de personas que aplican las recomendaciones de prevención.

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y las barreras para acceder a ellos varían de un país a otro de acuerdo con el sistema de servicios de salud establecido y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante. El interés y las acciones relacionados con la atención primaria de salud (APS) en el mundo aumentaron substancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata en 1978. En respuesta a la Declaración de Alma-Ata se desarrollaron diferentes modelos de APS, los cuales generaron interrogantes en cuanto a su eficacia para mejorar el estado de salud de la comunidad. En el mismo sentido de la necesidad de ajustar las

estrategias educativas comunitarias, Gofyn, Gofin, plantea la necesidad de responder a cinco preguntas para diferenciar entre una verdadera implementación comunitaria y la mera implementación de servicios de salud en la comunidad; las cinco preguntas son: 1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad? 2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud? 3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud? 4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones? (19).

La efectividad, según los descriptores de la ciencia de la salud, se refiere “*al procedimiento para determinar sistemática y objetivamente la eficacia (efecto beneficioso en condiciones ideales) y la efectividad (efecto beneficioso en condiciones de rutina) para las intervenciones preventivas*” y también define a evaluación en salud como el “*proceso crítico y reflexivo, continuo y sistemático sobre las prácticas y los procesos desarrollados en la área de la salud, sintetizado por los indicadores cuantitativos y/o cualitativos. Su propósito es proporcionar información para ayudar a los procesos de toma de decisiones*”. A partir de estas dos definiciones se puede concluir que la evaluación de la efectividad en salud como el proceso sistemático, reflexivo y objetivo que proporciona información para la toma de decisiones (20).

Con el objeto de responder a las necesidades educativas y a los problemas de las comunidades, se están incorporando las teorías y modelos de las ciencias sociales a los programas de salud del primer nivel de atención, con el fin de hacerlos más flexibles para controlar y prevenir las enfermedades. En una estrategia educativa comunitaria, siempre es importante la participación comunitaria a través de metodologías participativas. Se entiende como participación comunitaria las acciones individuales, familiares y de la comunidad para

promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance, para lograr una participación comunitaria real y activa es necesario fortalecer sus capacidades, fomentando la corresponsabilidad y el empoderamiento, además respetando las características de la comunidad y del territorio (21, 22,23).

Para concluir, la evaluación del impacto y eficacia de la estrategia o programa, es un proceso que debe realizarse de forma sistemática y objetiva durante todo su desarrollo, en función de mejorar la situación de salud de la comunidad; dicha evaluación permite tomar decisiones respecto a: se decide si se mantiene, se modifica o se suspende el programa, fijando nuevas prioridades.

### **2.3 Teorías Social Cognitiva o del Aprendizaje y la Estrategia COMBI**

El modelo de Bandura, que se denomina de causación trídica recíproca, es sencillo, compuesto por tres elementos: la conducta; los factores personales, que incluyen eventos cognitivos, afectivos y biológicos, y, finalmente, factores ambientales. Estos tres elementos interactúan entre sí, configurando una triangulación dinámica. Su teoría se basó en un concepto fundamental: la Autoeficacia, que se refiere a las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción, requeridos en situaciones esperadas o en niveles de rendimiento. Específicamente desde los planteamientos de Bandura, la autoeficacia son las creencias en las capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción, requeridos en situaciones esperadas o en niveles de rendimiento (24).

Los procesos cognitivos son los primeros mediadores del comportamiento, pero las personas son capaces de incorporar en sus futuras actuaciones las consecuencias de las actuaciones previas, es por ello que su teoría se basa en que hay tipos de aprendizaje, donde el refuerzo directo no es el principal mecanismo de enseñanza, sino que el elemento social puede dar lugar al desarrollo de un nuevo aprendizaje entre individuos. La teoría del aprendizaje social es útil para explicar cómo las personas pueden aprender cosas nuevas y desarrollar nuevas conductas mediante la observación de otros individuos. Así pues, esta teoría se ocupa del proceso de aprendizaje de observación entre las personas. Bandura creía que los seres humanos son procesadores activos de información, que valoran la relación entre su comportamiento y sus consecuencias, por tanto, el aprendizaje por observación no puede ocurrir a menos que los procesos cognitivos estén implicados; estos factores mentales median en el proceso de aprendizaje para determinar si una nueva respuesta se adquiere o no; así pues, las personas no observan de forma automática el comportamiento de un modelo y la imitan, hay un proceso de pensamiento antes de la imitación y se llama proceso de mediación, esto se produce entre la observación del comportamiento (Estimulo) y la imitación o no del mismo (Respuesta) (24).

En cuanto a la estrategia de cambio conductual (COMBI 2017), significa comunicación para el impacto conductual; su objetivo es crear hábitos saludables en las personas para que el control de los factores de riesgo favorecedores de la Leishmaniasis, se convierte en una práctica permanente; esto implica entonces una articulación de acciones de comunicación, educación y promoción de la salud que puedan ser apropiadas por niños, jóvenes y adultos en procura de generar ambientes libres de vectores que la transmitan. Esta estrategia armoniza de manera equilibrada una variedad de intervenciones de comunicación para motivar, estimular y animar a

la población a tomar consideración, eventual adopción y mantenimiento de acciones de prevención y control de la Leishmaniasis, está dirigida a disminuir la carga de la enfermedad y su incidencia en la comunidad y en el sector, busca mejorar las condiciones de salud de la población para ofrecer mejor calidad de vida de sus miembros, aplicando la estrategia se minimiza el riesgo que la población se enferme. Es relevante para afrontar diferentes patologías, como Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis mediante la adopción de nuevas conductas para reducir la incidencia de estas enfermedades entre la población colombiana. El manejo de medidas preventivas a través de la movilización y comunicación social es lograr identificar conductas de riesgo para mirar cómo abordarlas. Los problemas de salud no son solamente de este sector, sino que en ellos interviene la comunidad y la idea es lograr un mayor compromiso intersectorial y comunitario (25).

#### **2.4 Marco Legal**

En el contexto normativo internacional, para la Leishmaniasis, se estableció en la Resolución WHA 60.13 de 2007 en la Asamblea Mundial de la Salud, donde los estados miembros se comprometieron a intensificar esfuerzos para fortalecer las acciones de vigilancia y control de la Leishmaniasis. Igualmente, en la Resolución CD49.R19, 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estableció la eliminación y control de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas a la pobreza, igualmente el compromiso de fortalecer las acciones de vigilancia y control en América. En el 2015, en el comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas CD55/15, estableció el Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, las medidas posteriores

a la eliminación 2016-2022, estableciendo indicadores relacionados a aumentar el diagnóstico y la cobertura del tratamiento de diferentes formas clínicas de la leishmaniasis (26, 27,28).

En Colombia, a través de la Ley 100 de 1993 se creó y reglamenta el Sistema General de Seguridad Social Salud, la cual es definida como el conjunto de instituciones, normal y procedimientos de los cuales disponen las personas y la comunidad con el objetivo de gozar una calidad de vida (29).

Resolución 412 de 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. A partir de la cual se diseña la guía de atención de la leishmaniasis la cual es un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia permitirá, obtener información acerca de la enfermedad, las formas de diagnóstico y tratamiento para un adecuado manejo del paciente (30).

Por medio de la Ley 1122 de 2007, se fundamentan los lineamientos de salud pública y se crea el Sistema de Vigilancia SIVIGILA, a través del cual se monitorea la incidencia de las enfermedades de importancia en salud pública y permite ser el soporte para la creación de programas de promoción y prevención (31).

A través de la Resolución 2257 de 2011, se adoptan los protocolos y guías para la gestión de la vigilancia en salud pública, las guías de atención clínica y las guías de vigilancia

entomológicas y control para las enfermedades transmitidas por vectores (ETV). Es por esto que, se genera la “Guía para la atención clínica integral de pacientes con Leishmaniasis” y, en 2014, el “Protocolo de vigilancia en salud pública de *Leishmania*”, los cuales orientan a escala nacional cómo debe ser el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad, y cuáles son las directrices para la creación de programas de prevención locales (32).

La Resolución 1841 de 2013, se adopta la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, entre las ocho dimensiones priorizadas se encuentra vida saludable y enfermedades transmisibles y se establece la meta de “Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas) producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad” a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la Estrategia de gestión integral EGI-ETV según sus componentes para el cumplimiento objetivos: reducción progresiva y sostenida del número de muertes por Leishmaniasis Visceral a menos del 1% en todas las entidades territoriales y reducir la morbilidad por Leishmaniasis a menos de 100 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo, en focos intervenibles de las áreas endémicas del país” (33).

En el año 2016 expide la Resolución 429 de 2016 la cual establece la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y en la Resolución 3202 de 2016, el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas integrales de Atención en Salud (RIAS) como lineamiento para la atención integral de pacientes con leishmaniasis a través de las RIAS de enfermedades infecciosas para leishmaniasis (34,35).

Resolución 3280 del 02 de Agosto del 2018, por medio de la cual establecen los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación (36).

## **2.5 Marco contextual**

Según el INS, en Colombia la Leishmaniasis es una enfermedad endémica en casi todo el territorio, exceptuando a San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C; que afecta a las personas que viven hasta los 1.750 m sobre el nivel del mar, es decir, el 91% del territorio nacional. El departamento de Bolívar y en especial el municipio El Carmen de Bolívar es uno de los entes territoriales que reportan gran número de casos (3).

A continuación, se presenta información tomada del plan de desarrollo 2016 – 2019 “*Puro Pueblo: Un gobierno con Equidad para la Paz*”. El municipio de El Carmen de Bolívar se encuentra ubicado en la Región Caribe, en el departamento de Bolívar, en la parte central del departamento, subregión de los Montes de María, hace parte de la Zona de Desarrollo Económico “ZODE” Montes de María Bolivarense y de la Troncal Río del departamento de Bolívar. Tiene una superficie de 900 km<sup>2</sup>. 90.000 hectáreas; la cabecera municipal ocupa 1.007,21 hectáreas m<sup>2</sup>, (1,12%). El área de ocupación por los centros poblados corresponde a 133,8 hectáreas (0,15%), mientras las 88.858,99 hectáreas (99%) pertenecen al sector rural. El clima es tropical y la temperatura media anual en El Carmen de Bolívar se encuentra a 26.9 °C.

Según informe del DANE (Censo 2005), el municipio de El Carmen de Bolívar en su proyección al año 2016 contaba con una población de 76.051 habitantes, de los cuales 39.235 (52%) son hombres y 36.816 (48%) mujeres, distribuidos en el territorio: 60.708 (80%) habitantes en la cabecera municipal y 15.343 (20%) en la zona rural. En cuanto a los grupos étnicos, la población indígena es de 65 (0,09%) personas y población afro colombianas con 122 (0,16) personas, población Económicamente Activa PEA” (>15 años a < de 59 años), es de 41.997 (55%) habitantes donde 21.714 (28,6%) son hombres y 20.283 (26,7) habitantes son mujeres. La población inactiva (< de 15 años y > 59 años) es de 43.368 (45%) personas donde 18.092 (23,4%) son hombres y 16.256 (22,1%) son mujeres (37).

El municipio de El Carmen de Bolívar cuenta con 53 Barrios y 19 corregimientos en las tres zonas. La zona urbana cuenta con servicio de agua potable de manera continua, con una Cobertura del 99,7% para un censo de 11,705 unidades de viviendas, el índice de calidad de agua para el año 2015 fue de 0%. No hay cobertura de alcantarillado, existe la recolección de basuras y la cobertura del 99,8% de servicio eléctrico; es importante resaltar que el documento no describe la situación en cuanto a servicios públicos de la zona rural. En la cabecera se encuentra la empresa social del estado hospital nuestra señora del Carmen de segundo nivel de atención; además la empresa social del estado centro de salud Giovanni Cristinni de primer nivel de atención. Existen tres Centros de salud en la zona rural, uno en Macayepo, otro en Caracolí con atención dos veces por semana; y el tercero en el Salado con personal permanente de salud.

Los casos de leishmaniasis, se presentan en la zona de la Media y Alta Montaña con mayor incidencia en los siguientes corregimientos y veredas: Santo domingo de mesa, guamanga,

lázaro, Cansona, Mamón de María, Macayepo, San Isidro, Caracolí, San Carlos Raizal, Bajo Grande, el Hobo, Arena del Sur, San Isidro, Tierra Grata, La Sierra de San Isidro, El Alférez, La Zarza, El Coco, Santa Cruz de Mula, Floral, Floralito, Ojo Seco, El Bledo, La Victoria, La Cañada, Camarón, Camaroncito, Loma Central, la Turquía, Guamito, Coloncito, Piedra Azul, Los Cerros, La Candelaria, Buena Vista, La Tejeda, el Socorro, Mesita, El Guapo, Arroyo Arena y poza Oscura; con una población en riesgo de contraer la enfermedad de 12.570 personas, la zona Alta es un territorio de áreas de conservación y restauración ecológica en un 77%, áreas de producción agrícola, industrial y minera aproximadamente en 15% y presenta áreas de amenazas y riesgos, de forma natural, inducida o antrópicas en un 8%. Las condiciones geográficas de estas zonas son montañosas. La zona Media tiene un amplio corredor de áreas de producción agrarias producción industrial y mineras al igual las áreas de amenaza y riesgo, por la zona media pasa la falla de Romedal (37).

El área de influencia del presente proyecto, es el Corregimiento de Caracolí, el cual se encuentra ubicado a 15 kilómetros de la cabecera Municipal en la zona Media. Se puede llegar desde la cabecera del municipio por vía terrestre en un tiempo de recorrido entre 30 a 40 minutos, la carretera es la Transversal de los Montes de María y se encuentra en buen estado, con la limitante que no se tuvo en cuenta dejar área peatonal. Este Corregimiento limita al Norte con la vereda Cansona, al Sur limita con El Carmen de Bolívar, Este con el corregimiento de San Carlos y al Oeste con el corregimiento de San Isidro, el clima es cálido y un poco templado en las épocas de invierno, su temperatura oscila entre los 24 a 28 grados centígrados. Caracolí cuenta con varios sectores como son: Barrio Arriba, Barrio Abajo, La Victoria, El Guapo, La Zarza, Las Pulgas, El Coco, La Lorena, Las Tinas y el Varguero, en esta región existe variedad

de plantas las cuales son útiles en la industria, alimentación y ornamentación y árboles maderables (Caracolí, Vera de Humo, Roble, Cedro, Palma Real), se cultiva el Aguacate, Mamey, Mango, Níspero, Zapote, Café, Plátano, Maíz, Ñame, Yuca y algunas Hortalizas. La región posee una gran variedad de animales silvestres como son: Iguanas, Conejos, Armadillos, Micos, Comadreas, Guartinajas, Babillas, Animales de Cría (Cerdo, Pavos, Gallinas, Patos, Palomas, Ganado Vacuno, Caballar, Asnal y Caprino, este último en pequeña escala) (37).

### **3. METODOLOGIA.**

#### **3.1. Diseño y Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes y después, siguiendo el diseño de Burns y Grove (38). El interés principal de este diseño es observar en la evaluación el efecto de la variable independiente.

Para el abordaje metodológico de la medición de los cambios de conducta en el control de los factores de riesgos favorecedores de leishmaniosis se utilizó la teoría Social Cognitiva de Bandura y elementos de la estrategia COMBI.

#### **3.2 Población**

La población objeto de estudio fueron los habitantes del Corregimiento de Caracolí, zona rural de El Carmen de Bolívar- Bolívar –Colombia. El cual está conformado por 917 habitantes, cuenta con 197 viviendas, con una población canina de 264 animales.

#### **3.3. Muestra**

El tamaño de la muestra se ajustó a través de un procedimiento no aleatorio y los lineamientos del modelo de consenso cultural de Romney (39) modelo de consenso cultural que indica “que para definir los grupos de trabajo, el tamaño de la muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más), Se estableció trabajar con un mínimo de 20 y un máximo de 40 participantes por grupos.

Para la selección de los participantes se realizaron conversatorios motivacionales durante tres (3) días, tanto en el entorno familiar como en el escolar, visitas domiciliarias y divulgación a través de la Emisora comunitaria Marina Stereo, para incentivarlos a hacer parte del programa educativo. Lográndose la aceptación de 40 personas, donde todas fueron mujeres, debido a que los señores manifestaron no vincularse por estar trabajando, siendo estos los que generan el sustento en su hogar.

En la escuela se desarrolló un conversatorio lúdico-educativo con escolares, del grado décimo de la Institución Educativa Caracolí para detectar factores de riesgos que favorecen el desarrollo de la enfermedad en su entorno familiar y comunitario y se les motivó para hacer parte de la Intervención educativa y constituirse en centinelas de la enfermedad, lográndose conformar un grupo de 26 escolares.

Este último grupo se incluyó, por considerarse que la escuela es un lugar estratégico para potenciar en los escolares concepciones y capacidades como un intento de prepararlos para que, poco a poco, adopten un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud hacia la prevención y control de factores de riesgos favorecedores de la enfermedad de Leishmaniasis. Este proceso educativo se desarrolló a través de estrategias lúdicas que buscaban promover la cultura de autocuidado, ya que estos tienen una alta capacidad para aprender a través de juego.

### **3.4. Criterios de Inclusión:**

- Residente permanente en Caracolí
- Deseo de participar en la intervención educativa
- Que sean Estudiantes de la Institución Educativa de Caracolí del grado Décimo.

### **3.5. Criterios de Exclusión:**

- No Residir permanentemente en el corregimiento
- Manifiestar el deseo de no participar
- No cursar Décimo grado

### **3.6. Criterios de Eliminación:**

- Manifiestar el deseo de no querer seguir haciendo parte de la intervención educativa
- Cambio de Lugar de residencia
- Falta de Interés y Compromiso

### **3.7. Recolección de la Información**

Se utilizó una Encuesta Epidemiológica, para recolectar la información acorde con las dimensiones de la Teoría Cognitiva de Bandura y de COMBI, para cuantificar las opiniones de la población con relación a aspectos geográficos, convivencia con animales, también contempló aspectos relacionados con nivel de conocimientos, creencias, percepción del riesgo sobre el comportamiento de la enfermedad; del vector y las medidas necesarias para prevenir la enfermedad. Además, se exploraron aspectos relacionados con la vinculación y participación del sector salud con programas y medidas de promoción y prevención de la enfermedad. Aplicándose en los momentos antes, durante y después que hicieron parte de la Fase Diagnóstica.

Se diligenció una ficha de observación para verificar condiciones ambientales de la vivienda, condiciones físicas de los animales convivientes, hacer monitoreo y seguimiento de las medidas preventivas aplicadas para reducir el índice de factores de riesgos identificados en la línea de base, de las conductas a promover en el programa educativo y hacer los seguimientos y control de los cambios de conducta. El seguimiento y control del proceso se realizó mediante una ficha de seguimiento, en la cual se registraron los cambios generados durante la intervención.

Los instrumentos fueron validados por revisión de expertos y se aplicó una prueba piloto, procedimientos que permitieron realizar los ajustes y precisión en los mismos, con el fin de identificar debilidades en su aplicación, tales como formulación inadecuada o confusa de las preguntas, para realizar la respectiva corrección. Se hizo un análisis del grado de dificultad y de comprensión de la misma, cuyos resultados sirvieron para revisar el instructivo de manejo del instrumento. Esta prueba de validación se llevó a cabo en el corregimiento del Hobo y se le aplicó a 100 personas de la población de este corregimiento, toda vez que presenta después de caracolí; la mayor incidencia y prevalencia de casos de Leishmaniasis, así como similitud en las condiciones geográficas, sociodemográficas, culturales, usos y costumbres.

En el cuestionario, los ítems referentes a factores ambientales, conocimientos y las creencias fueron valorados como inadecuadas y adecuadas; favorables o desfavorables para contraer la enfermedad. Las prácticas se controlaron calificando en la lista de chequeo como Sí aplica o No aplica en cada uno de los ítems que conformaba la conducta que promovió la estrategia educativa. Se tomó como indicador el valor final transformando las categorías en adecuadas si el valor final de los ítems estaba por encima del 60% de total de ítems que conforman cada

dimensión y, como inadecuada, si el valor total obtenido estaba por debajo. En el caso de la dimensión “presencia de flebotomos intradomiciliarios” se valoraron por la observación y manifestación de los entrevistados de presencia de flebotomos en cada una de las viviendas, además, la valoración del tipo de paredes de la vivienda valorándose finalmente como viviendas con ausencia y presencia de flebotomos o vector.

### **3.8 Tabulación y Análisis de la Información.**

El ingreso de los datos se hizo a través de la hoja de cálculo del programa Microsoft EXCEL 2007 y el procesamiento de los mismos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS Windows versión 22, donde se realizó la descripción de los datos a través de frecuencias y proporciones y se determinaron los incrementos porcentuales de las dos mediciones.

La proporción de cambio entre la valoración inicial y final, para determinar las diferencias de cada una de las medidas de control y la reducción de focos de reproducción del vector que determinan el cambio de conducta, se hizo mediante la fórmula:

$$\frac{\text{Valor final} - \text{Valor inicial}}{\text{Valor Inicial}} \times 100$$

Valor Inicial

En tanto que para medir la efectividad del programa educativo, se llevó a cabo a través de la comprobación de la hipótesis, para esto se utilizó la prueba estadística de McNemar, con un nivel de significancia del 5%.

### **3.9 Consideraciones Éticas**

De acuerdo a lo estipulado en la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, art. 11, el presente estudio se clasificó como investigación de bajo riesgo, debido a que la técnica y método de investigación se realizó con un máximo de interacción de la comunidad lo que permitió su participación activa, donde se favorecieron de los beneficios que aportó dicha investigación. Sin embargo se obtuvo su autorización mediante el consentimiento informado por escrito y el asentimiento de la Secretaria de Salud Municipal.

### 3.10 Variables

#### Factores Sociodemográficos

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSION	VALOR	MEDICION	INDICADOR
Sociodemográfica	Características Socio familiar e individuales	Sexo	Masculino Femenino	Nominal	Sexo de la persona encuestada
		Ocupación	Desempleado Trabajador sin remuneración Ama de casa Jornalero Estudiante Empleado Domestico Trabajador Independiente	Cualitativa Nominal	Ocupación que refiere el encuestado en la zona rural
		Estado Civil	En Pareja No en Pareja	Cualitativa Nominal	Condición Civil que determina el vínculo familiar que refiere el encuestado
		Nivel Educativo	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Ordinal	Nivel de escolaridad cursado por el encuestado
		Estrato	No Clasificado Bajo Medio Alto	Cualitativa Nominal	Nivel de estratificación
		Etnia	No Étnico Indígena ROM Afrodescendiente Mestizo	Cualitativa Nominal	Etnia con la cual se identifica el encuestado
		Ha sido Diagnosticado con Leishmaniasis	Si No	Cualitativa Nominal	Lo Manifestado por el Encuestado

		Tipo de Vivienda	Propia Arrendada Familiar	Cualitativa Nominal	La posesión que tenga el encuestado sobre la vivienda
		Materiales de los Pisos	Tierra Madera Cemento Baldosa	Cualitativa Nominal	Material con que están hechos los pisos de la casa observada
		Servicios Públicos	Agua Potable Alcantarillado Energía Eléctrica Gas Natural	Cualitativa Nominal	Servicios Públicos con que cuenten en la zona Rural
		Número de Personas que Habitan en la Vivienda		Cuantitativa	Número de personas que manifieste el encuestado que habitan en la vivienda
		Número de Hogares que habitan		Cuantitativa	Material con que están hechos los Techos de la casa observada

## Factores de Riesgo Ambientales y Percepción del Riesgo

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	VALOR	MEDICION	INDICADOR
Factores de Riesgo	Ambiental	Tiene abundante vegetación en la zona que rodea la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Vegetación que se observa cerca de la vivienda
		Tiene vegetación en el interior de la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Vegetación que se observa dentro de la vivienda
		Presencia de basura al interior de la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información acerca de la presencia de los flebótomos que suministre el encuestado
		Presencia de flebótomos en la zona cercana a la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información acerca de la presencia de los flebótomos que suministre el encuestado
		Reporte de picadura de flebótomos en el último año en habitantes de la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Picaduras del jején que manifiesten los habitantes de la vivienda
		Presencia de perro en la vivienda	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado

		Irrupciones de Zarigüeyas a la vivienda en el último año	Ninguno Uno Dos Tres Más de tres	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Irrupciones de Perezosos a la vivienda en el último año	Ninguno Uno Dos Tres Más de tres	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Presencia de roedores en la vivienda	Nunca Casi nunca en determinadas épocas Casi todos los días Todos los días	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Reporte de casos de Leishmaniasis en habitantes de la vivienda en el último año	Ninguno Uno Dos Tres Más de Tres	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		¿Considera que la enfermedad de la leishmaniasis, es un riesgo para usted, familia y comunidad?	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		¿Considera que tener vegetación dentro de la vivienda los pone en riesgo de contraer leishmaniasis?	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado

		¿Considera que el personal de salud ha tenido contacto suficiente con ustedes para que tengan un conocimiento suficiente sobre la enfermedad y medidas para eliminar los criaderos del vector?	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		¿Considera que la motivación dada por el personal de salud ha servido para eliminar los criaderos del vector?	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		¿Las entidades de salud realizan visitas?	Ninguno Escaso Poco Mucho Abundante	Ordinal	Información que brinde el encuestado

### Niveles de Conocimientos, Creencias y Prácticas

VARIABLE	DIMENSION	SUBDIMENSION	VALOR	MEDICION	INDICADOR
Conocimiento acerca de la enfermedad	Conocimiento	Sabe que es la Leishmaniasis	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce Totalmente	Ordinal	Nivel de conocimiento que tenga el encuestado
		Conoce como se transmite	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce	Ordinal	Nivel de conocimiento que tenga el encuestado

			totalmente		
		Identifica el insecto que la transmite	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce totalmente	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Conoce donde habita el insecto transmisor	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce totalmente	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Conoce como se trata la enfermedad	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce totalmente	Ordinal	Información que brinde el encuestado
		Sabe cómo acceder al tratamiento de la enfermedad	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce totalmente	Ordinal	Información que brinde el encuestado

		Conoce como se previene el contagio de la enfermedad	No Sabe Tiene Nociones Conoce Parcialmente Tiene alto nivel de conocimiento Conoce totalmente	Ordinal	Información que brinde el encuestado
Creencias frente a la enfermedad	Creencias	¿Cree que tener presencia de basura al interior de la vivienda, favorece el contagio de la enfermedad?	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado
		¿Cree que tener perros en la vivienda aumenta la posibilidad de contraer Leishmaniasis?	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado
		¿Cree usted que la presencia de ratas y ratones aumenta las posibilidades de contraer la enfermedad?	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado
Actitudes tomadas frente a la enfermedad	Actitud	Se responsabiliza de la prevención de la enfermedad	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado
		Usa barreras de protección en puertas y ventanas para evitar el ingreso de flebotomos	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado

		Usa toldillos para dormir	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre		
		Mantiene la vivienda limpia	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que observe el encuestador
		Usa repelentes contra insectos	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	LO que manifieste el encuestado
		Elimina a ratas y ratones de la vivienda así como también de sus madrigueras	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo que manifieste el encuestado
		Lleva a las mascotas al veterinario	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre		Lo qué manifieste el encuestado
		Evita la entrada a la vivienda de zarigüeyas y perezosos	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo qué manifieste el encuestado

### Acceso y Utilidad de la Información Obtenida

VARIABLE	DIMENSION	SUBDIMENSION	VALOR	MEDICION	INDICADOR
Acceso y Utilidad de la Información a los servicios de salud	Acceso y utilidad	¿Ha tenido contacto con personas que han padecido la leishmaniasis?	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre	Ordinal	Lo qué manifieste el encuestado
		¿Le ha sido útil el material educativo recibido por personal de salud?	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre		
		¿Ha tenido contacto con funcionarios de la salud?	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre		
		¿Ha recibido información sobre Leishmaniasis, por funcionarios de la salud?	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre		
		¿Ha participado en campañas sobre promoción y prevención de leishmaniasis?	Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre		

### **3.11 Descripción de la Intervención educativa.**

Se diseñó en cuatro momentos: fase de Alistamiento, fase diagnóstica, fase de implementación y fase de seguimiento y evaluación:

#### **3.11.1 Fase de Alistamiento:**

Para poder lograr el éxito en esta fase, se sensibilizó a la comunidad, Rector, Coordinador Académico y Director de grupo de los estudiantes de décimo grado de la institución educativa de Caracolí, en aras de garantizar el éxito del programa educativo, el cuál comprendió de acciones de vinculación de actores, diseño, organización y gestión del proyecto, identificación y vinculación de la población objeto del proyecto, asignación de recursos y de competencias institucionales. También se llevó a cabo la conformación y capacitación de los equipos de trabajo; fue necesario contar con un equipo conformado por profesionales y técnicos del área de la salud que se encargaron de realizar todas las actividades.

Con el desarrollo de la Fase Diagnostica, se conoció la realidad, no solo de la situación tangible, sino también de lo que las personas pensaban, creían y así poder analizar por qué actuaban de tal manera frente a la leishmaniasis; además se evidenciaron aquellos problemas que han sido invisibilizados y a reflexionar en torno a ellos, y requiere que todos los actores involucrados se movilicen para que se comience a fortalecer los factores protectores que conlleven a una verdadera vida saludable. La finalidad buscada fue identificar los problemas que afectaban a la comunidad, reflexionar sobre ellos, y explicarlos con la participación activa de los grupos focales. Este fue posible mediante el análisis de una encuesta epidemiológica, la cual arrojó información necesaria y suficiente que permitió levantar una línea de base, que sirvió para

generar las metas, indicadores y las conductas a promover mediante el programa educativo; cabe resaltar que esta encuesta fue aplicada a los dos grupos focales (Comunidad y Estudiantes del grado decimo), los cuales, se conformaron a través de convocatorias abiertas, visitas casa a casa, conversatorios motivacionales tanto en el entorno familiar como en el escolar, buscando incentivarlos para que hicieran parte del programa educativo, donde los que aceptaron participar se les invitó a diligenciar un consentimiento informado para formalizar así el compromiso.

De igual forma se convocó a todos los actores del sistema general de seguridad social en salud, donde acudieron funcionarios de las siguientes entidades (Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Salud Municipal, ESE Centro de Salud Giovanni Cristini, las EAPB como: Mutual Ser, Ambuq, Cajacopi, Coosalud, Medimas, Nueva EPS), para socializar el programa educativo y de esta forma conocieran el diagnóstico inicial, el objetivo de esta fue que cada actor desde sus competencias se vincularan e hiciera participe de cada una de las actividades programadas.

El diagnóstico permitió; Identificar los problemas y los factores relacionados con la Leishmaniasis, resultó importante considerar que algunas situaciones no son percibidas como problemas, ya que muchas veces se consideran normales, se evidenció las familias que tenían más factores de riesgo, permitió generar acciones que promovieran la prevención y control de la Leishmaniasis y disminuyeran los factores de riesgo asociados con el medio ambiente.

### Línea de base de distribución de datos de factores de riesgo predominantes

<b>Factores de riesgo ambientales</b>	N	%
Adecuado	33	50
Inadecuado	33	50
<b>Percepción del riesgo</b>		
Adecuado	25	37.9
Inadecuado	41	62.1
<b>Conocimientos acerca de la Leishmaniasis</b>		
Adecuado	24	36.4
Inadecuado	42	63.6
<b>Creencias acerca del contagio de Leishmaniasis</b>		
Adecuado	31	43
Inadecuado	35	57
<b>Prácticas (actitudes) frente a la leishmaniasis</b>		
Adecuado	39	59.1
Inadecuado	27	40.9
<b>Acceso, utilidad y comprensión de la información</b>		
Adecuado	26	39.4
Inadecuado	40	60.6

Con base en los diferentes factores de riesgos se establecieron las siguientes metas:

Que la población objeto de estudio disminuya los factores de riesgo ambientales pasando de un 50% a un 20%.

Que la población Diana mejore la percepción del riesgo a enfermar de Leishmaniasis hasta alcanzar un 85%.

Que los grupos focales alcancen un 90% de conocimiento adecuado en torno a la Leishmaniasis.

Alcanzar un 90% de creencias adecuadas acerca de la enfermedad en los participantes.

Mejorar las prácticas y actitudes adecuadas hasta alcanzar un 85%.

Que el acceso, utilidad y comprensión de la información de manera adecuada sea de un 75%.

Posteriormente se diseñó el logo de la campaña “*Entre todo lo lograremos Caracolí sin Leishmaniasis*”, con el cual se motivó a la autoeficacia de aplicar las medidas preventivas que favorecían la reproducción del vector de la Leishmaniasis como son:

1. Mantén la vivienda libre de basura
2. Recoger las hojas que caen de los arboles
3. No mantengas vegetación al interior de la vivienda
4. Mantén podados los árboles que rodean la vivienda
5. Protege puertas y ventanas con angeo
6. Usa toldos para dormir
7. Usa ropa cubierta y repelente en las horas de máxima actividad
8. Lleva los caninos a revisión veterinaria
9. Pinta con cal las paredes de los arboles
10. Pinta con cal las paredes y tronco de los arboles
11. Fumiga la vivienda y sus alrededores
12. Poda los árboles que rodean la vivienda.



### 3.11.2 Fase de Intervención

Con el diagnóstico obtenido surgió el siguiente programa educativo, que constó de nueve ciclos, el cual se puso en marcha con cada uno de los grupos focales en el programa, basado en estrategias lúdico pedagógicas, ya que los participantes mediante este tipo de metodología les facilita el aprendizaje, lográndose el cumplimiento de los objetivos propuestos, haciendo uso de los espacios brindando en la comunidad y en las institución educativa fue posible llevar a cabo una serie de actividades, con una duración aproximada de 22 horas, desarrolladas los días Martes, Miércoles, Jueves y Viernes, durante un periodo de tres meses, desarrollado en los siguientes ciclos:

**Ciclo I. Conocimientos Básicos sobre la Leishmaniasis**

Constituye el taller inicial de la capacitación. Comprende los aspectos elementales a conocer sobre leishmaniasis, permite a través de ese primer encuentro, mejorar la información y formación de los participantes, el objetivo propuesto en este ciclo fue indagar en el conocimiento y el tema se abordó bajo el Título Conociéndonos y explorando en el saber.

**Ciclo II. Identificando el vector, Habitación y su ciclo de vida**

El objetivo de este ciclo fue Indagar el nivel de conocimiento de la muestra, con respecto a la Leishmaniasis, el cual se abordó bajo el Lema “Que Sabemos sobre la Leishmaniasis”.

**Ciclo III. Principales Reservorio de la Leishmania y los Mecanismos de Transmisión.**

Bajo el Lema “Ey soy la Leishmaniasis ven y conóceme” se desarrolló el tercer ciclo el cual tuvo por objetivo, que los estudiantes identificaran el vector y los diferentes reservorios.

**Ciclo IV. Periodo de Incubación de la enfermedad según su clasificación y transmisibilidad**

En éste ciclo se destaca la importancia de los mecanismos de transmisión y ciclo de vida del vector, lo cual es desarrollado bajo el título “picando picando del perrito nos va contagiando”

**Ciclo V. Factores de Riesgo.**

Los grupos focales identificaran los diferentes factores de riesgo que responsables de la Leishmaniasis, este es abordado realizando un conversatorio que lleva por título “Yo no me Arriesgo”

**Ciclo VI. Factores Protectores.**

El objetivo perseguido en este ciclo es dar a conocer los factores protectores para prevenir la Leishmaniasis, mediante un concurso de carteleras y un socio drama es desarrollado la temática titulada “Mejor prevenir que lamentar”

**Ciclo VII. Clínica de la Leishmaniasis.**

Con la frase “A la Leishmaniasis hay que conocer” y tomando como apoyo una conferencia ilustrada se buscó lograr que los estudiantes identificaran las clases de Leishmaniasis que existen.

**Ciclo VIII. Signos, Síntomas**

En este ciclo mediante una lluvia de ideas y una conferencia ilustrada, se pretendió que los participantes identificaran los signos y síntomas de la Leishmaniasis, temática que se abordó bajo el lema “Bzzz alerta con las señales”

### **Ciclo IX. Tratamiento de la Leishmaniasis**

Con el desarrollo de este ciclo a través de una mesa redonda y juego didáctico, se les explicó a los estudiantes como es el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis tema que se tituló “Diagnosticando y Tratando la Leishmaniasis vamos tratando”

Con la Fase de Implementación, se dio la interacción con las familias y la aplicación de la estrategia metodológica definida, en los encuentros, las personas participaron, preguntaron, resolvieron, compartieron, explicaron y evaluaron los problemas y las posibles soluciones, en esta perspectiva se concibe al individuo como agente activo de su propio conocimiento, construye significados y representa la realidad de acuerdo con sus experiencias, vivencias, y está en permanente interacción con los otros. Esta fase se desarrolló bajo el lema “*Entre todo lo lograremos Caracolí sin Leishmaniasis*”, donde se realizó un programa educativo para potenciar la reducción de factores de riesgos y el control vectorial de la leishmaniasis, en el corregimiento de Caracolí zona rural de Carmen de Bolívar 2019, que tuvo como máximo fin que la población acogiera, participara y adoptara factores protectores y evitar de esta manera que las familias se enfermen. Para ello se conformaron dos grupos focales organizados de la siguiente manera: estudiantes de grado decimo de la institución educativa de caracolí, con encuentros los días jueves en el horario de 8:10 a.m. a 9:00 a.m. y viernes en el horario de 9:10 a.m. a 10:00 a.m. Con relación al grupo conformado por comunidad los encuentros tuvieron lugar los días martes y miércoles de 10:30 a.m. hasta 11:30 a.m., el tiempo de duración del programa educativo fue de tres meses, que iniciaron el 09 de julio y terminaron con la realización de una movilización social el día 25 de octubre del año en curso.

La metodología del programa educativo, se basó en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que plantea que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social, al observar a los otros, la gente adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. Aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder, y actúa de acuerdo con lo que cree que debe esperar como resultado de sus actos.

Siguiendo con las actividades propuesta en el programa educativo se llevó a cabo la realización de un festival canino, el cual fue posible gracias a los procesos de articulación logrados entre los diferentes actores del sistema general de seguridad social, comercio y comunidad. El desarrollo de éste contó con la participación de los Médicos Veterinarios de la Secretaria de Salud Departamental, La ESE Centro de Salud Giovanni Cristini y de algunas agropecuarias presentes en el municipio, de igual forma hizo presencia el equipo funcional del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis de la Secretaria de Salud Departamental, el equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud Municipal y personal de la ESE Centro de Salud Giovanni Cristini, quienes brindaron apoyo logístico, así mismo se vincularon las emisoras y canales locales comunitarios, es de resaltar la participación de la armada nacional quien se vinculó activamente en la animación del evento. En cuanto a los Caninos las Actividades realizadas fueron:

- Revisión general a los caninos Desparasitación:
- Aplicación de Multivitamínicos
- Vacunación Antirrábica

- Charla sobre tenencia responsable, rabia canina y Leishmaniasis enfatizando sobre los factores de riesgo y protectores.
- Presentación Folclórica por parte de los estudiantes de la Institución Educativa Caracolí.
- Premiación a los caninos.

Es importante resaltar que la atención brindada fue a 100 caninos, de los cuales solo 60 fueron vacunados contra la rabia, ya que para recibir este biológico uno de los criterios de vacunación era la edad y muchos caninos eran menores de cuatro meses.

Dentro de las actividades realizadas se llevó a cabo la instalación de 230 toldos, fumigación con Hudson y desratización en las viviendas de los participantes del programa, los días 03, 04, 05, 06, 10, 11, 17 y 18 de octubre del 2019, es importante resaltar que estas actividades fue posible realizarlas a través de los procesos de articulación y gestión, con la secretaria de salud departamental, específicamente con el líder de la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles Dr., Ramiro Pereira Lentino y la Dra. Ana María Bustillo coordinadora del programa de E.T.V. y Zoonosis, a los cuales se les socializó desde la fase de sensibilización el diagnóstico inicial, donde se evidenció que existía población que no tenía toldos o en su defecto se encontraban dañados, la infestación de *Lutzomia* adulta era abundante y presencia de ratas silvestres que irrumpían en las viviendas, para llevar a cabo estas acciones fueron comisionados los técnicos del área de la salud de la secretaria de salud departamental, con lo cual se logró una exitosa intervención.

Continuando con las actividades programadas se realizó una movilización social en el corregimiento de Caracolí, a fin de estimular el empoderamiento y la motivación de la comunidad la cual tuvo como lema: “Entre todo lo lograremos Caracolí sin Leishmaniasis”. Durante la realización de esta actividad se contó con: carteleras, globos, pitos, grupo folclórico, música y un animador el cual ambientó la movilización social.

Es importante resaltar que para lograr la motivación, información y comunicación sobre los diferentes eventos realizados se utilizaron las estrategias de comunicación descritas a continuación:

- Perifoneo
- Cuñas Radiales
- Voz a Voz
- Pancartas Motivacionales

De igual forma se realizó una fase de seguimiento, donde se aplicó una ficha de seguimiento, en la cual se detectaron y analizaron factores de riesgos en las diferentes viviendas de las personas que participaron en el programa educativo. Es importante resaltar que a cada estudiante se le asignó la tarea de aplicar el instrumento en mención a cinco (5) familias cercanas a su vecindario, cabe destacar que a estos estudiantes se les realizó entrenamiento previo, con la finalidad de darles adiestramiento y de esta manera pudieran aplicarla a las familias seleccionadas por ellos, esta actividad contó con el acompañamiento del equipo profesional y técnico de la secretaria de salud municipal.

El objetivo de preparar a los jóvenes fue de convertirlos en líderes centinelas y a su vez fueran formador de formadores, toda vez que el fin perseguido por el grupo investigador es que este programa educativo perdure en el tiempo.

Para el cierre del programa educativo se realizó una integración que tuvo lugar en el estadero el cacique el día 30 de octubre de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., donde los asistentes fueron los miembros de la comunidad que hicieron parte del programa educativo, durante este momento los participantes tuvieron la oportunidad de intercambiar experiencias exitosas, creencias y tabúes que tenían en torno al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así mismo compartieron los conocimientos aprendidos durante este proceso. Durante este tiempo los asistentes tuvieron la oportunidad de integrarse a través de actividades lúdicas, concursos, rifas y finalizó esta jornada con un almuerzo.

### **3.11.3 Fase de Evaluación.**

En aras de evaluar los cambios conductuales de la población intervenida, se aplicó la encuesta epidemiológica pos intervención, la cual tuvo lugar los días 21, 22, 23 y 24 de Octubre del 2019, así mismo se verificó que la población intervenida le estuviera dando buen uso a los toldos instalados y en los casos que se observó que habían fallas en el uso se reeducó. Las herramientas y metodologías de evaluación serán las mismas que se usaron durante la realización del diagnóstico. En esta etapa se documentó todo el proceso y se consolidó en un informe final de la intervención. Es importante resaltar que los resultados se contrastaron con el diagnóstico inicial y la evaluación intermedia para identificar si la situación siguió igual o existen cambios de

importancia y qué mediante el ejercicio de lecciones aprendidas con el equipo, comunidad e instituciones fue posible evidenciar los logros, dificultades y falencias del programa.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Resultados sociodemográficos

Tabla 1  
*Características de la vivienda (pisos)*

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Material de los pisos de la vivienda	Tierra	44	66.7
	Cemento	22	33.3
	Total	66	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo a los resultados de la tabla es muy común que los habitantes de los corregimientos utilicen pisos de tierra con batidos, esto favorece al desarrollo de la Leishmaniasis por servir de hábitat al alud, jején o Lutzomia, que es la transmisora de la afección, convirtiéndose en uno de los factores de riesgo. Apenas una tercera parte tienen pisos de cemento y ninguno tiene pisos de cerámica, lo cual se explica por los bajos ingresos económicos de los jefes de familia.

Tabla 2  
*Características de la vivienda (Paredes)*

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Material de las paredes de las viviendas	Bahareque	13	19.7
	Tabla	34	51.5
	Bolsa	14	21.2
	Fique	1	1.5
	Ladrillo	4	6.1
	Total	66	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 3 se observa que es muy bajo el porcentaje de casas con paredes de ladrillo. Hay dos factores principales para este hecho: el factor económico y el arraigo cultural. Tradicionalmente

en los corregimientos de esta zona, se utiliza principalmente las rejillas o bahareque como paredes, seguidos del uso de tablas y en condiciones precarias de bolsas, fiques u otros materiales. Al igual que los pisos de tierra, este tipo de paredes se constituye en un hábitat favorecedor del alud o jején convirtiéndose en un factor de riesgo para la Leishmaniasis.

Tabla 3  
Servicios domiciliarios

Variable	Sí lo tiene		No lo tiene	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Agua potable	0	0	66	100%
Alcantarillado	0	0	66	100%
Energía eléctrica	64	97%	2	3%
Gas natural	0	0	66	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Es evidente en la tabla 3 que el corregimiento Caracolí, únicamente cuenta con luz eléctrica. Los demás servicios públicos no son ofrecidos a la comunidad, es una de las características de los corregimientos en general, no contar con estos servicios. Lo anterior conlleva a que la comunidad tenga condiciones de salubridad muy precarias. Las aguas negras, residuales y demás desechos sólidos son expuestos en cañadas, huecos, arroyos, etc. que luego afectan los puntos naturales de recolección de agua para el servicio doméstico y humano. Cabe señalar que algunos habitantes utilizan para su consumo el agua lluvia recolectada de los techos y también agua tomada de pozos, ojos de agua, arrollo, etc. a la que no se le da el suficiente tratamiento para su optimización.

Tabla 4  
Edad de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Grupos de Edad	14 a 24 años	48	72.7
	25 a 35 años	14	21.2
	36 a 46 años	3	4.5
	47 años y mas	1	1.5
	Total	66	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la tabla 4 que casi el total de la población en estudio (94%) tiene edad inferior a 35 años, lo cual es explicable si se tiene en cuenta que en el estudio participaron 20 estudiantes de décimo grado y por otra parte, en su mayoría fueron mujeres jóvenes las que aceptaron el llamado a participar en la capacitación.

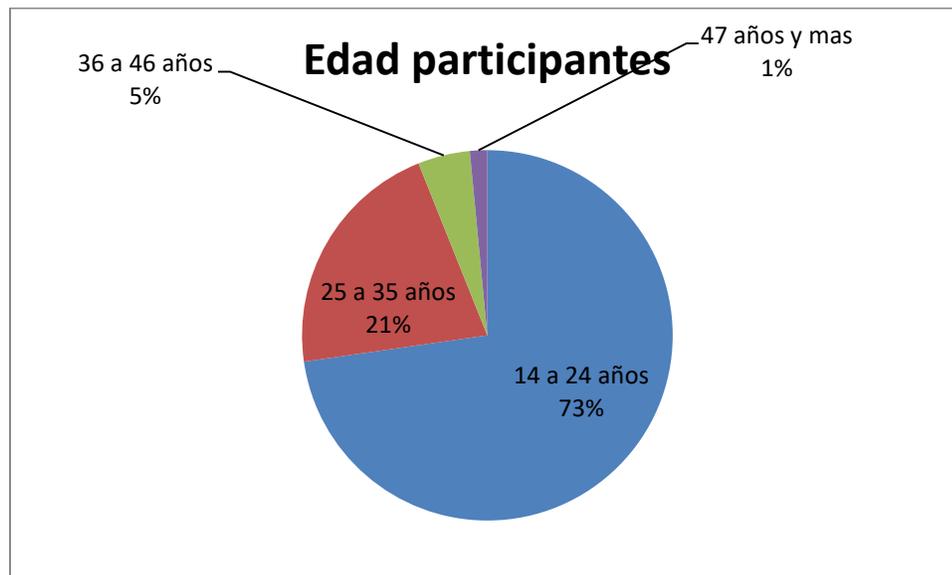


Figura No 01

Tabla 5  
Género de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Género	Mujer	56	84.8
	Hombre	10	15.2
	<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración Propia.

En el estudio participaron mayor cantidad de mujeres que hombres, aunque ambos géneros están expuestos a contraer la Leishmaniasis. La razón es que por ser zona rural, en la mayoría de los casos, los hombres están ocupados en las labores del campo y no cuentan con el suficiente tiempo para participar en las actividades de capacitación y por otra parte, son las amas de casa quienes están al cuidado de las personas afectadas.

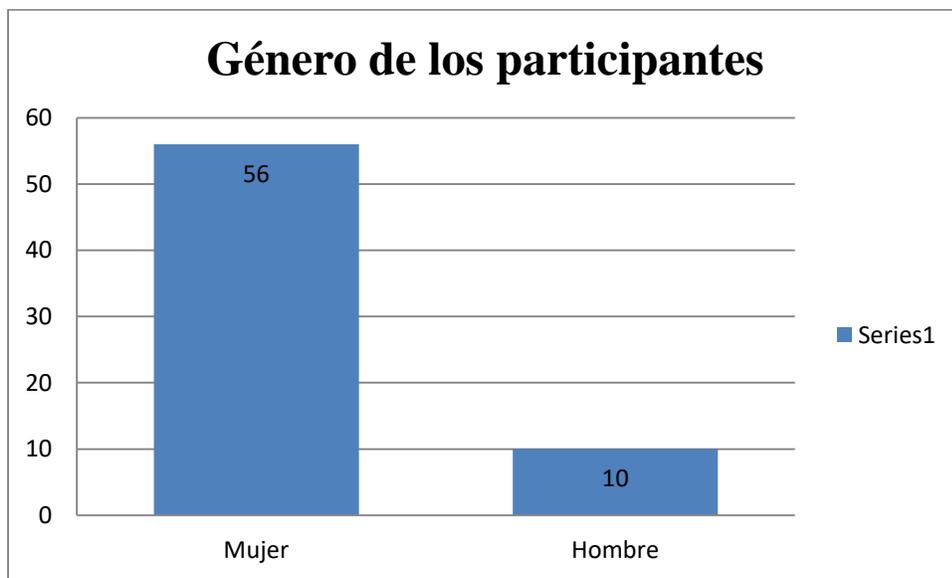


Figura 2.

Tabla 6  
Ocupación de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación de los participantes	Desempleado	7	10.6
	Ama de casa	28	42.4
	estudiante	28	42.4
	Trabajador independiente	2	3.0
	Empleado estatal	1	1.5
	Total	66	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Es de notar que el 85% de los participantes son estudiantes o amas de casa, esto a razón de que se eligieron las unidades de análisis que tuvieran disposición de tiempo y voluntad para participar en el estudio. Los jefes de familia por lo general se dedican a actividades del campo y trabajo informal.

Tabla 7  
Nivel de educación de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Educación de los Estudiantes	Ninguno	1	1.5
	Primaria	9	13.6
	Secundaria	53	80.3
	Superior	3	4.5
	Total	66	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Con respecto al nivel de instrucción, es de destacar que un alto porcentaje alcance estudios de secundaria. Este dato es de esperarse puesto que un 35% son estudiantes de décimo grado y otro 35% son personas jóvenes que, a pesar de vivir en una zona rural, han tenido la oportunidad de cursar secundaria dado que no es necesario trasladarse a la cabecera municipal, porque el

corregimiento tiene una institución que brinda estudios básicos hasta 11° y además se desarrollan programas de validación los fines de semana desde hacen varios años.

## 4.2 Resultados de acuerdo a los objetivos específicos de investigación

### 4.2.1 Factores de riesgo ambientales

Tabla 8

*Factores ambientales de riesgo. Estudiantes 10°*

Variable	Antes		Después		Totales	McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Riesgo Ambiental						8,0	0,004	47,1%
Inadecuado	10	38,5%	8	30,8%	18			
Adecuado	16	61,5%	18	69,2%	34			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

En el grupo de estudiante de 10° con respecto al riesgo ambiental se observa que el test de McNemar muestra una variación significativa en los participantes entre el antes y el después, con un coeficiente de variación que arroja un porcentaje de 47.1%

Tabla 9

*Factores ambientales de riesgo. Comunidad*

Variable	Antes		Después		Totales	McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	24	60,0%	9	22,5%	33	7,0	0,008	29,8%
Adecuado	16	40,0%	31	77,5%	47			
Total	40	100,0%	40	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

La variación de cambio arrojada por el test de McNemar muestra que los participantes de la comunidad tuvieron un cambio significativo en el antes y el después con un coeficiente de variación de 29,8%.

#### 4.2.2 Percepción del Riesgo

Tabla 10

*Percepción del riesgo, estudiantes 10°*

	Antes		Después		Total	McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	20	76,9%	3	11,5%	23	3,0	0,08	20,7%
Adecuado	6	23,1%	23	88,5%	29			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

A pesar que en este grupo el coeficiente de variación arroja un porcentaje de cambio de 20,7% en los participantes después de la intervención, el test de McNemar no muestra diferencias significativas en los individuos antes y después de esta.

Tabla 11

*Percepción del riesgo, comunidad*

	Antes		Después			McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%	Total			
Inadecuado	21	52,5%	4	10,0%	25	15,0	0.00	54,5%
Adecuado	19	47,5%	36	90,0%	55			
Total	40	100,0%	40	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Con relación a la percepción del riesgo el grupo integrado por participantes de la comunidad muestran un coeficiente de variación que arroja un porcentaje de 54,5% y el test de McNemar

muestra que hubo una variación significativa entre el antes y el después de la intervención educativa

#### 4.2.3 Conocimientos acerca de la Leishmaniasis

Tabla 12

*Conocimientos Leishmaniasis. Estudiantes 10°*

	Antes		Después			McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	13	50,0%	0	0,0%	13	13,0	0,00	66,7%
Adecuado	13	50,0%	26	100,0%	39			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Los estudiantes de 10° muestra un coeficiente de variación de 66,7% y el test de McNemar muestra una variación significativa en cuanto al nivel de conocimiento de los participantes entre el antes y el después.

Tabla 13

*Conocimientos Leishmaniasis. Comunidad*

	Antes		Después		Total	McNemar	P -valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	29	72,5%	5	12,5%	34	6,0	0,014	26,1%
Adecuado	11	27,5%	35	87,5%	46			
Total	40	100,0%	40	100,0%				

Fuente: Fuente: Elaboración Propia.

Los participantes de la comunidad muestran un coeficiente de variación de 26,1% y el test de McNemar muestra una variación significativa en cuanto al nivel de conocimiento de los participantes entre el antes y el después.

#### 4.2.4 Creencias acerca de la Leishmaniasis

Tabla 14

*Creencias a cerca de la leishmaniasis estudiantes de 10°*

	Antes		Después		Total	McNemar	P – valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	16	61,5%	0	0,0%	16	10,0	0,00	55,6%
Adecuado	10	38,5%	26	100,0%	36			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el test de McNemar arroja una variación de cambio significativa de los estudiantes de 10° entre el antes y el después con relación a las creencias con un coeficiente de variación de 55,6%.

Tabla 15

*Creencias a cerca de la leishmaniasis comunidad*

	Antes		Después		Total	McNemar	P – valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	19	47,5%	6	14,3%	25	17,0	0,00	56,1%
Adecuado	21	52,5%	36	85,7%	57			
Total	40	100,0%	42	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el test de McNemar arroja una variación de cambio significativa de los participantes del entre el antes y el después con relación a las creencias con un coeficiente de variación de 56,1%.

#### 4.2.5 Prácticas y Actitudes

Tabla 16  
*Prácticas y actitudes estudiantes 10°*

	Antes		Después			McNemar	P – valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	10	38,5%	0	0,0%	10	16,0	0,00	76,2%
Adecuado	16	61,5%	26	100,0%	42			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Con relación a las prácticas y actitudes de los estudiantes el test de McNemar arroja un significativo cambio entre el antes y después con un coeficiente de variación de 76,2%

Tabla 17  
*Prácticas y actitudes comunidad*

	Antes		Después			McNemar	P – valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	17	42,5%	7	17,5%	24	16,0	0,00	57,1%
Adecuado	23	57,5%	33	82,5%	56			
Total	40	100,0%	40	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

Con relación a los cambios en las prácticas y actitudes de los participantes de la comunidad el test de McNemar arroja un significativo cambio entre el antes y después con un coeficiente de variación de 57,1%

#### 4.2.6 Acceso, Utilidad y Comprensión de la Información

Tabla 18

Acceso utilidad y comprensión de la información estudiantes de 10°

	Antes		Después		Total	McNemar	P – valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	22	84,6%	3	11,5 %	25	1,0	0,317	7,4%
Adecuado	4	15,4%	23	88,5 %	27			
Total	26	100,0%	26	100,0%				

Fuente: Elaboración Propia.

A pesar que en este grupo el coeficiente de variación arroja un porcentaje de cambio de 7,4 % en los participantes después de la intervención, el test de McNemar no muestra diferencias significativas en los individuos antes y después de esta.

Tabla 19

Acceso utilidad y comprensión de la información comunidad

	Antes		Después		Total	McNemar	P - valor	Coeficiente de Variación
	N	%	N	%				
Inadecuado	18	45,0%	4	10,0%	22	18,0	0,00	62,1%
Adecuado	22	55,0%	36	90,0%	58			
Total	40	100,0%	40	100,0 %				

Fuente: Elaboración Propia.

El test de McNemar aplicado a los integrantes de la comunidad muestran cambios significativos entre el antes y después y un coeficiente de variación de 62,1%

#### 4.2.7 Cambios en la adopción de medidas de control

Tabla 20

Cambios en la adopción de medidas de control con respecto a la media

	Media pretest	Media pos test	Variación (puntos)
Factores de riesgo ambientales	44.5	42	1.5
Percepción al riesgo	15.2	24.6	9.4
Conocimientos acerca de la Leishmaniasis	18.1	32.1	14
Creencias acerca de la Leishmaniasis	7.2	10.9	3.7
Prácticas (actitudes) frente a la Leishmaniasis	24	31.2	7.2
Acceso, utilidad y comprensión de la información	12	18.9	6.9

Fuente: Elaboración Propia.

Las variaciones en las puntuaciones con relación a la adopción de medidas de control de la Leishmaniasis, sufrieron variaciones considerables tal como se muestra en la tabla 7. Es notorio que la variable cuya media tuvo mayor incremento fue la del conocimiento, seguida de la percepción del riesgo, prácticas y, acceso, utilidad y comprensión de la información. La puntuación media que sufre menor variación es la de factores ambientales, dado que los factores más significativos son inmodificables.

#### 4.3 Pruebas de Hipótesis

Las pruebas de hipótesis se realizan utilizando el test de McNemar para un nivel de significancia del 5%. La regla de decisión es:

- a.  $P - \text{valor} < 0.05$  se acepta  $H_1$  y se rechaza  $H_0$
- b.  $P - \text{valor} > 0.05$  se acepta  $H_0$  y se rechaza  $H_1$

## Prueba de hipótesis

H1a. Los integrantes del grupo de intervención reportarán un significativo incremento de medidas de control y viviendas con reducción de factores de riesgos favorable al desarrollo de la leishmaniasis

H2n. Los integrantes del grupo de intervención reportarán una inapreciable aplicación de medidas de control y de viviendas con reducción de factores de riesgos favorable al desarrollo de la leishmaniasis

*Tabla 21.*  
*Prueba de McNemar*

	Valor	Significación exacta (2 caras)
Prueba de McNemar	10.23	,001 <sup>a</sup>
N de casos válidos	66	
a. Distribución binomial utilizada.		

Fuente: SPS

Se observa en la tabla 8 que el p – valor es menor que 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alternativa y es rechazada la hipótesis nula. Lo anterior significa que a un nivel de significancia del 5%, el programa educativo programa educativo para potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de El Carmen de Bolívar 2019

#### 4.4. Discusión

Los hallazgos de la presente investigación permiten confirmar que antes de la intervención un 50% de la población en estudio estaba expuesta a riesgos de contraer la Leishmaniasis, situación que se explica dado a que son habitantes de la zona rural, en esto se coincide con los estudios realizados por Padilla et al. Quien en sus estudios confirma que este evento es una condición endemo-epidémicas persistente y predomina en las zonas rurales y que además presenta una conducta epidemiológica creciente. Por otra parte, expresa que la constancia, la aparición y la reaparición de las enfermedades importantes transmitidas por vectores son la consecuencia de una complicada, aguda y dinámica interacción de procesos sociales, económicos, políticos, culturales y biológicos que forja numerosos niveles de vulnerabilidad y receptividad; por tal razón tienen que mejorarse los procesos conducentes a reforzar el manejo integral de los procesos y aumentar las acciones preventivas (9).

Haciendo referencia a los resultados obtenidos en cuanto a la efectividad del programa “Entre todos lo lograremos Caracolí sin Leishmaniasis” fundamentado en la Teoría Social Cognitiva y estrategia COMBI, se puede considerar que generó cambios positivos en los participantes tal como sucedió con los estudios llevados a cabo por la Universidad de Córdoba, en la que también se presentaron aumentos significativos sobre el conocimiento de la malaria entre el pre test y post-intervención de facilitadores. En esa investigación, los intervenidos tuvieron mayor conocimiento sobre viveros usaban más el toldillo, no se medicaron ellos mismos y reportaron un menor número de incidentes de malaria, tal como sucede con la población del presente estudio en cuanto al conocimiento y actitudes frente a la Leishmaniasis.

Asimismo, hay una variación en cuanto a los resultados obtenidos en la investigación con respecto a los manejados por la Secretaría de Salud Municipal, tal como sucede en los estudios realizados por Cortes A. en los que refiere que los datos oficiales no están acordes a la realidad encontrada en campo, y que la incidencia y mortalidad debido a la Leishmaniasis Visceral son más altos. En cuanto a los datos de conocimiento sobre transmisión, factores de riesgo y tratamiento de la Leishmaniasis, también se encuentran semejanzas a lo dicho por Cortés A. quien encontró evidencia que la población en estudio conoce las *Lutzomyias* y el papel de estas en la transmisión de la leishmaniasis, saben de qué se trata la enfermedad e identifican a dónde dirigirse si sospecha que un niño tiene Leishmaniasis; no obstante, un porcentaje se auto médica y no sabe usar el tratamiento.

Por otra parte, se determina en la presente investigación que los factores de riesgo de contraer Leishmaniasis están en sintonía con los expuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes destacan varios factores relacionados con la enfermedad, entre ellos principalmente los factores socioeconómicos, ambientales, sistemas de salud y responsabilidad del Estado, actitudes frente a la afección. Documenta la OMS que la pobreza hace notable el riesgo de sufrir Leishmaniasis. Una casa en malas condiciones, un mal saneamiento (carencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado destapado) pueden fomentar el desarrollo en los que se creían y reposan los flebótomos y crecer en cuanto al acceso a la comunidad. Los flebótomos se ven atraídos por el hacinamiento, debido a que constituye una gran fuente de ingesta de sangre. Las pautas de conducta humano (tales como, dormir en el exterior o en el piso) también es posible que acreciente el riesgo. Usar mosquiteros tratados previamente con insecticidas rebaja el riesgo que hay.

Es de notar que las características socioeconómicas nombradas por la OMS asociadas al contagio con Leishmaniasis, son muy parecidas a las detectadas en la población objeto de la presente investigación. También, los determinantes ambientales que incluyen aspectos como acceso a servicios públicos, condiciones del agua de consumo, condiciones del suelo; alcantarillado, exposición y disposición de las basuras, disposición de las excretas, ubicación de la vivienda entre rural o urbana, condiciones de la vivienda, etc. encontrados, son factores ambientales que favorecen al contagio de la enfermedad. Cabe destacar que en el informe de la OMS y en presente trabajo de investigación, se consideran como factores de riesgo a contraer la Leishmaniasis, la actitud de las personas, la desatención por parte de los entes del Estado y el desconocimiento de los factores de riesgo asociados a la afección.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones

Al término de la presente investigación se puede concluir que el Programa educativo “Entre todos podemos Caracolí sin Leishmaniasis”, basado en la teoría Social Cognitiva y estrategia COMBI, es efectivo para disminuir los factores de riesgo ambientales y aumentar la percepción del riesgo asociados al contagio con Leishmaniasis, puesto que hubo una diferencia significativa entre lo encontrado en el pretest y lo encontrado en el postest.

Además, se corroboró la efectividad del Programa “Entre todos podemos Caracolí sin Leishmaniasis” en lo que se refiere a conocimientos adquiridos, prácticas, actitudes asumidas por los participantes frente a la Leishmaniasis y el acceso, utilidad y comprensión de la información relacionada con la enfermedad.

En lo que respecta a las condiciones para el contagio con Leishmaniasis, se concluye que, debido al contexto en el que se llevó a cabo la investigación, hay un alto riesgo para contraer la afección, considerando para ello los factores socioeconómicos, ambientales, cognitivos, actitudinales y responsabilidad del Estado.

## RECOMENDACIONES

- Replicar programas de este tipo en los corregimientos aledaños, dado que estos poseen las mismas características geográficas, sociodemográficas, culturales y similares usos y costumbres, lo cual contribuyen que sus características epidemiológicas sean afines.
- Continuar con el programa educativo, ampliando la cobertura estudiantil en la institución educativa de Caracolí, con la finalidad continuar los procesos de formación y convertir a los jóvenes en líderes centinelas.
- Expandir el programa educativo, con la finalidad de abarcar la población que no participó en el presente programa y que también se encuentra en alto riesgo de contraer Leishmaniasis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. Informe Epidemiológico de la Américas sobre Leishmaniasis [Internet]. OMS – OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org>.
2. Gallo DE, Dra. Schueg L, Álvarez Ch, Varela R, Di Vasto G. Manifestaciones oftalmológicas de la leishmaniasis: reporte de un caso. AMC 2016; 20 (3): 315-321
3. Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento Leishmaniasis, hasta el periodo epidemiológico XIII Colombia, 2017. Bogotá, D.C.: Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador/Eventos/Informesdeevento/LEISHMANIASIS%202017.pdf>
4. OMS, Serie de Informes Técnicos 949. Control de las leishmaniasis. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el Control de las Leishmaniasis, Ginebra, 22 a 26 de marzo de 2010
5. Santamaría E, Ponce N, Zipa Y , Ferro C. Presencia en el peridomicilio de vectores infectados con *Leishmania (Viannia) panamensis* en dos focos endémicos en el occidente de Boyacá, Piedemonte del Valle del Magdalena Medio, Colombia: Biomédica; 2006.
6. Margaret Paternina-Gómez, Yirys Díaz-Olmos, Luis Enrique Paternina, Eduar Elías Bejarano, alta prevalencia de infección por *Leishmania* (kinetoplastidae: trypanosomatidae) en perros del norte de Colombia <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/780/2294>

7. Acosta L. Epidemiología de la leishmaniosis canina en la ciudad de Posadas, misiones, Argentina. [Tesis doctoral] 2013. Universidad San Juan de Alicante, España. Disponible en <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1333/1/A9R31DF.pdf>
8. Boletín Epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Bolívar, Hasta el Periodo epidemiológico No 12 del 2018. SIVIGILA.
9. Cortes, A. Evaluación eco epidemiológica de Leishmaniasis visceral y cutánea en El Carmen de Bolívar para diseñar una estrategia de control integral. Cartagena, Colombia; 2008.
10. Patiño S, Salazar L, Tovar C, Vélez I. Aspectos socio epidemiológicos y culturales de la Leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, Córdoba, Colombia: Salud Colectiva; 2017.
11. Padilla, J. Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 1990-2016. Biomédica; 2017.
12. Alvarado B, Gómez E, Serra M, Carvajal R, Carrasquilla G. Evaluación de una estrategia educativa en malaria aplicada en localidades rurales del pacifico Colombia: Biomédica. 2006.
13. Organización Mundial de la Salud. Leishmaniosis Centro de prensa Nota descriptiva del 14 de marzo de 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/leishmaniasi>
14. Blanco, D. Ostiguín, R. Aristizabal, G. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. En revista Enfermería Universitaria. Vol. 8. Octubre – Diciembre. México; 2011.
15. Carta de Ottawa (1986).

16. García M. Aproximaciones Conceptuales para Diferenciar Promoción de la Salud de la Prevención de la Enfermedad. Avances en Enfermería.
17. Pérez M, et al. Manual para la Educación en Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 2006.
18. Restrepo H, Llanes G, Contreras A, Rocabado F, Gross S, Suárez Y. La experiencia de OPS/OMS en América Latina con los municipios saludables. Madrid: OPS;1995.
19. Golfín J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev. Panam Salud Pública. 2007.
20. Medina A. “Taxonomía Educativa Integradora como Estrategia Didáctica para la Planificación Instruccional”. Universidad de Carabobo. Venezuela. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educación/revista/a2n20/2-20-2.pdf>
21. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS 2017. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org>.
22. Castaña Rojas L, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En Ochoa Soto R. Promoción de salud. Cuba: CNPES; 1997.
23. Cerqueira M. La participación social. Estrategias en la promoción de la salud. Washington DC: OPS/OMS; 1998.
24. La teoría social cognitiva – Kopher’s Blog-Wordpress.com  
<https://kopher’s.wordpress.com/2011/07/24/la-teoría-social-cognitiva/>
25. Relevancia de la estrategia COMBI para el manejo de la Enfermedades Transmitidas por Vectores. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Relevancia-de-la-estrategía-COMBI-para-el-manejo-de-las-enfermedades-transmitidas-por-vectores.aspx>

26. Resolución WHA 60.13 del 2007 Asamblea Mundial de la Salud; esfuerzos para fortalecer las acciones de vigilancia y control de las Leishmaniasis.
27. CD49.R19. Organización Panamericana de la Salud. 2009.
28. Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas CD55/15
29. Ley 100 de 1193. [Internet]. Bogotá, D.C.: Disponible en:  
[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)
30. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000 [Internet]. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud; 2000 Disponible en:  
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007 [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección; 2007 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2257 de 2011 [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2011. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2257-2011.pdf>.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>.

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion-0429-2016.pdf [Internet].  
Disponibile en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion0429-2016.pdf>.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. [Internet]. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>.
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. [Internet]. [citado 02 de Agosto de 2018]. Disponible en:  
<https://www.minisalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolución-3280-de-2018.pdf>.
37. Municipio de El Carmen de Bolívar. Plan de Desarrollo Municipal 2016 -2019: Puro Pueblo: Un gobierno con Equidad hacia la Paz; 2016.
38. Capitulo II Metodología de Bruns y Grover  
[Catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lef/flores\\_orellano\\_g/capitulo II.pdf](http://Catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/flores_orellano_g/capitulo%20II.pdf)
39. Modelo Análisis consenso cultural de Romney et al.  
[Pagines.uab.cat/joseluismolina/site/pagines.uab.cat/consesus\\_analysis\\_spanish.pdf](http://Pagines.uab.cat/joseluismolina/site/pagines.uab.cat/consesus_analysis_spanish.pdf).

## ANEXOS

### 1. Consentimiento informado

PROGRAMA EDUCATIVO ENMARCADO EN LA TEORÍA SOCIAL COGNITIVA Y ESTRATEGIA COMBI: SU EFECTIVIDAD EN LA REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LA LEISHMANIOSIS EN CARACOLÍ, ZONA RURAL DE EL CARMEN DE BOLÍVAR 2019

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER SUJETO DE INVESTIGACION

**DESCRIPCION:** La presente investigación es realizada por las Estudiantes de Maestría en salud pública de la Universidad de Sucre, Mónica Muñoz Méndez, Rosalba Torres Fonseca, como requisito para obtener el título de Magister en Salud Pública. El objetivo principal es evaluar la efectividad de un programa educativo enmarcado en la teoría social cognitiva y la estrategia COMBI para reducir los factores de riesgo de la Leishmaniasis en la población objetivo..

**BENEFICIOS:** Su participación en esta investigación es de suma importancia dado a que permite desarrollar estrategias que mejoren las prácticas preventivas y de control contra la Leishmaniasis y por consiguiente mejorar la calidad de vida de usted y de los habitantes del corregimiento de Caracolí.

**RIESGO:** El principal riesgo es la perdida de confidencialidad por parte de los demás participantes en las dinámicas de grupo. Este riesgo tratará de disminuirse al pedir el compromiso a todos los participantes de guardar la confidencialidad de lo que se diga o se opine en el grupo.

**DERECHOS DEL PARTICIPANTE:** Si usted ha leído este documento y ha decidido ser partícipe de esta investigación, tenga en cuenta que:

- Su participación es voluntaria.
- Usted tiene derecho a retirar su consentimiento y no participar en el estudio, sin que se genere castigo o pérdida de los beneficios obtenidos.
- Usted tiene derecho a no responder alguna pregunta.

**CONFIDENCIALIDAD:** Se ampara bajo la Resolución N° 008430 de 1993 los datos del participante serán confidenciales y serán revisados por el personal investigativo. Posteriormente los resultados del estudio se publicaran con fines académicos donde no se incluirán datos personales.

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

FIRMAS:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

## 2. Instrumentos (pre test y pos test)

	Universidad de Sucre Maestría en Salud Pública Intervención Educativa en Leishmaniasis	Página 1 de 7
Fecha:	aaa    mm    dd <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	Encuesta No. <input style="width: 50px;" type="text"/>
Información Sociodemográfica		

### 1. Datos Geográficos

G1. Departamento:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	G2. Region:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	G3. Municipio:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
G4. Direccion:	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
G5. Area:	Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Dispersa	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	G6. Vereda:	Caracolí	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>

### 2. Datos de la vivienda y Hogar

V1. Tipo de vivienda:	Propia	<input style="width: 30px;" type="text"/>	V2. Material de los Pisos:	Tierra	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	Arrendada	<input style="width: 30px;" type="text"/>		Madera burda	<input style="width: 30px;" type="text"/>
				Cemento	<input style="width: 30px;" type="text"/>
				Baldosa	<input style="width: 30px;" type="text"/>
V3. Servicios Públicos	No	Si	V4. No. de personas que habitan la vivienda:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
V31. Agua potable:	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	V5. No. de hogares que habitan la vivienda:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
V32. Alcantarillado:	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>			
V33. Energía Eléctrica:	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>			
V34. Gas Natural:	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>			

### 3. Datos del Encuestado

E1. Nombre del encuestado:	<input style="width: 600px;" type="text"/>
----------------------------	--

E2.Sexo:	Femenino	<input type="text" value="0"/>	E3.Ocupacion:	Desempleado	<input type="text" value="0"/>
	Masculino	<input type="text" value="1"/>		Trabajador sin remuneración	<input type="text" value="1"/>
E4.Edad (Años)	<input type="text"/>			Ayudante sin remuneración	<input type="text" value="2"/>
				Jornalero de peón	<input type="text" value="3"/>
				Trabajador de finca	<input type="text" value="4"/>
				Empleado doméstico	<input type="text" value="5"/>
E5.Estado Civil:	No en pareja	<input type="text" value="0"/>		Trabajador independiente	<input type="text" value="6"/>
	En pareja	<input type="text" value="1"/>		Profesional Independiente	<input type="text" value="7"/>
E6.Nivel Educativo:	Ninguno	<input type="text" value="0"/>		Empleado estatal	<input type="text" value="8"/>
	Primaria	<input type="text" value="1"/>		Ama de Casa	<input type="text" value="9"/>
	Secundaria	<input type="text" value="2"/>	Patrón	<input type="text" value="10"/>	
	Superior	<input type="text" value="3"/>			
E7.Estrato:	No clasificado	<input type="text" value="0"/>	E8.Etnia:	No étnico	<input type="text" value="0"/>
	Bajo	<input type="text" value="1"/>		Indígena	<input type="text" value="1"/>
	Medio	<input type="text" value="2"/>		Gitano	<input type="text" value="2"/>
	Alto	<input type="text" value="3"/>		Afrodescendiente	<input type="text" value="3"/>
E9.Ha sido diagnosticado con Leishmaniasis:	No	<input type="text" value="0"/>	Si	<input type="text" value="1"/>	

	Universidad de Sucre Maestría en Salud Pública Intervención Educativa en Leishmaniasis		Pagina 2 de 7					
	Fecha: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 40px; text-align: center;">aaaa</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">mm</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">dd</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	aaaa	mm	dd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Encuesta No. <input style="width: 150px;" type="text"/>
aaaa	mm	dd						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Factores de Riesgo Ambientales e Institucional								
Factor a Evaluar	Puntuación							

	1	2	3	4	5
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R1. Vegetación en la zona que rodea a la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R2. Vegetación en el interior de la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R3. Focos de basura acumulada al interior de la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R4. Presencia de flebótomos en la zona cercana a la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R5. Reportes de picaduras de flebótomos (Jehen) en el último año en habitantes de la vivienda.					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R6. Presencia de perros en la vivienda					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R7. Irrupciones de Zarigüeyas (Zorra chucha) a la vivienda en el último año.					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R8. Irrupciones de Perezosos a la vivienda en el último año.					

	Nunca	Casi nunca	En determinadas épocas	Casi todos los días	Todos los días
R9. Presencia de Roedores en la vivienda					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R10. Reporte de casos de Leishmaniasis en habitantes de la vivienda en el último año.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R11. ¿Considera usted que el personal de salud ha tenido contacto suficiente con ustedes (estudiantes y comunidad) para que tengan un conocimiento suficiente sobre la enfermedad y medidas para eliminar los criaderos del vector?					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R12. ¿Considera usted que la motivación dada por el personal de salud ha servido para eliminar los criaderos del vector en la comunidad?					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R13. ¿Las entidades de salud le realizan visitas?					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R14. ¿Le es entregado el medicamento para la Leishmaniasis?					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R15. ¿Le es útil el tratamiento					

entregado?					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R16.¿Con qué frecuencia acuden a los servicios de salud?					
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres
R17.¿Ha participado usted en las actividades que han desarrollado las instituciones de salud para la prevención y control de la Leishmaniasis?					



Universidad de Sucre  
Maestría en Salud Pública

Página  
3 de 7

Intervención Educativa en Leishmaniasis

Intervención Educativa en Leishmaniasis

<b>Fecha:</b>	aaaa	mm	dd	Encuesta No.	
---------------	------	----	----	--------------	--

Percepción del Riesgo

Factor a Evaluar	Puntuación				
	1	2	3	4	5
PR.1 ¿Considera que la enfermedad de la leishmaniasis, es un riesgo para usted, familia y comunidad?	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante

PR.2 ¿Considera que tener vegetación dentro de la vivienda los pone en riesgo de contraer leishmaniasis?	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
PR.3 ¿Considera que tener vegetación dentro de la vivienda los pone en riesgo de contraer leishmaniasis?	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
PR.4 ¿Considera que el personal de salud ha tenido contacto suficiente con ustedes para que tengan un conocimiento suficiente sobre la enfermedad y medidas para eliminar los criaderos del vector?	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
PR.5 ¿Considera que la motivación dada por el personal de salud ha servido para eliminar los criaderos del vector?	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
PR.6 ¿Las entidades de salud realizan visitas?					



Universidad de Sucre  
Maestría en Salud Pública  
Intervención Educativa en Leishmaniasis

Pagina  
4 de 7

Fecha:	aaaa	mm	dd		Encuesta No.	
--------	------	----	----	--	--------------	--

Conocimientos acerca de la Enfermedad

Factor a Evaluar	Puntuación				
	1	2	3	4	5
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C1.Sabe qué es Leishmaniasis.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C2.Conoce cómo se transmite.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C3.Identifica al insecto que la transmite.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C4.Conoce dónde habita el insecto transmisor.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C5.Sabe cómo se diagnostica la enfermedad.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente

				conocimientos	
C6. Conoce cómo se trata la enfermedad.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C7. Sabe cómo acceder al tratamiento de la enfermedad.					
	No sabe	Tiene nociones	Conoce parcialmente	Tiene alto nivel de conocimientos	Conoce totalmente
C8. Conoce cómo se previene el contagio de la enfermedad.					



Universidad de Sucre  
Maestría en Salud Pública

Página  
5 de 7

Intervención Educativa en Leishmaniasis

Fecha:	aaaa	mm	dd	Encuesta No.	
Creencias					
Factor a Evaluar	Puntuación				
	1	2	3	4	5
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R1. Vegetación en la zona que rodea a la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R2. Vegetación en el interior de la vivienda.					
	Ninguno	Escaso	Poco	Mucho	Abundante
R3. Focos de basura acumulada al interior de la vivienda.					



Universidad de Sucre  
Maestría en Salud Pública  
Intervención Educativa en Leishmaniasis

Pagina  
6 de 7

**Fecha:**                      aaaa                      mm                      dd                      Encuesta No.                     

Actitudes y Practicas tomadas frente a la Enfermedad					
Factor a Evaluar	Puntuación				
	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A1. Se responsabiliza de la prevención de la enfermedad.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A2. Usa barreras de protección en puertas y ventanas para evitar el ingreso de flebotomos.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A3. Usa toldillos para dormir.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A4. Mantiene la vivienda limpia.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A5. Usa repelentes contra insectos.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A6. Elimina ratas y ratones de la vivienda así como también sus madrigueras.					

	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A7. Lleva a mascotas (perros) a revisión veterinaria.					
	Nunca	Casi nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
A8. Evita la entrada a la vivienda de Zarigüeyas y Perezosos.					



Universidad de Sucre  
Maestría en Salud Pública  
Intervención Educativa en Leishmaniasis

Pagina  
7 de 7

Fecha:	aaaa	mm	dd		Encuesta No.	
<b>Acceso, Utilidad y Comprensión de la Información</b>						
<b>Factor a Evaluar</b>	<b>Puntuación</b>					
	1	2	3	4	5	
	Nunca	Casi Nunca	Aveces	Casi Siempre	Siempre	
AUC.1 ¿Ha tenido contacto con personas que han padecido la Leishmaniasis?						
	Nunca	Casi Nunca	Aveces	Casi Siempre	Siempre	
AUC.2 ¿Le ha sido útil el material educativo recibido por personal de salud?						
	Nunca	Casi Nunca	Aveces	Casi Siempre	Siempre	
AUC.3 ¿Ha tenido contacto con funcionarios de la salud?						





	los caninos														
13	Cubre los huecos existentes en paredes y pisos														

#### 4. Cartas de información y permisos.



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

El Carmen de Bolívar julio 10 de 2019.

**Sr. DAIRO DAVID TOREES OCHOA.**

**Rector institución educativa caracolí.**

Cordial saludo.

Por medio del presente le hacemos entrega de nuestra propuesta de trabajo de grado la cual apunta hacia la implementación de un programa educativo para potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la leishmaniasis en el corregimiento de Caracolí.

Para lo cual solicitamos su colaboración, pues de acuerdo a análisis realizados se pudo evidenciar que una forma de impactar en los hogares de la comunidad en mención sería convirtiendo a los jóvenes de décimo grado en líderes centinela, lo cual busca lograr cambios en las actitudes, prácticas y conductas de las personas en pro de reducir el riesgo de enfermar por Leishmaniasis.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

Atentamente.

**ROSALBA TORRES FONSECA.**

**MONICA MUÑOZ MENDEZ**

Aspirantes a magíster en Salud de la Universidad de Sucre



El Carmen de Bolívar 02 de Julio del 2019.

Sargento Deivi Santamaría.

Director emisora marina stereo.

Ref. Solicitud de espacio para programa radial y cuña publicitaria.

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted las aspirantes a obtener título de magister en salud publica Mónica Muñoz Méndez y Rosalba Torres Fonseca para solicitar su apoyo en la promoción de un programa educativo para potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar, dado que este corregimiento es uno de los que más casos de leishmaniasis visceral y cutánea aporta a nivel municipal, siendo el Carmen de Bolívar el que ocupa el primer lugar a nivel de nacional. Para el desarrollo del programa en mención es necesario realizar una convocatoria donde se invite e incentive a la comunidad a participar. Así mismo se solicita un espacio para realizar un programa radial donde los diferentes profesionales que hacen parte del equipo de salud pública de la secretaria de salud municipal y departamental se dirigirán a la comunidad para orientarlos en aspectos como factores de riesgo, de protección e identificación de caninos enfermos entre otros temas.

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente

ROSALBA TORRES FONSECA

MONICA MUÑOZ MENDEZ

Bacterióloga

Enfermera

El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 de 2019.

**Doctor  
LESTER  
Director UMATA**

**Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino**

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica Mónica Muñoz Méndez y Rosalba Torres Fonseca quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí;** es por ello que queremos contar con el apoyo de su dependencia en lo referente al recurso humano del Médico Veterinario, para que nos acompañe en las actividades que estaremos realizando como son:

- Vacunación Canina
- Revisión veterinaria a los caninos que participaran en el festival
- Entrega de desparasitantes y multivitamínicos

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 de 2019.

**Sargento Deivi Santamaría.**  
**Director emisora marina stereo.**

Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica Mónica Muñoz Méndez y Rosalba Torres Fonseca quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí;** es por ello que queremos contar con el apoyo de su institución en lo referente a la animación y recreación con:

- Animación para el evento
- Payasos
- Brinca - Brinca
- Juegos o Dinámicas para los asistentes

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

El Carmen De Bolívar, Septiembre 02 DE 2019.

**Doctor:**  
**RAMIRO PEREIRA LENTINO.**  
**Líder de la dimensión vida saludable y**  
**Enfermedades crónicas transmisibles.**  
**E. S. D.**

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica Mónica Muñoz Méndez y Rosalba Torres Fonseca quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar el apoyo de la secretaria de salud departamental con el recurso humano de dos médicos veterinarios, vacuna antirrábica, material educativo y toma de muestras para confirmar o descartar caninos enfermos.

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

Mónica Muñoz Méndez.  
Aspirante Mgs Salud Pública

Rosalba Torres Fonseca.  
Aspirante Mgs Salud Pública

El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 DE 2019.

**ALMACEN AGROPECUARIO  
GERMAN AGRO**

Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar con el apoyo de su establecimiento comercial en lo referente a:

- Desparasitaste
- Multivitamínicos
- Ancheta de Premiación

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 DE 2019.

**TIENDA DE MASCOTAS  
LOS PECES DE DAVID**

Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí;** es por ello que queremos contar con el apoyo de su establecimiento comercial en lo referente a:

- Desparasitaste
- Multivitamínicos
- Ancheta de Premiación

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 DE 2019.

**SEÑORES:**  
**AGROPECUARIA LA LLUVIA**

Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí;** es por ello que queremos contar con el apoyo de su establecimiento comercial en lo referente a:

- Desparasitaste
- Multivitamínicos
- Ancheta de Premiación

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



El Carmen De Bolívar, Septiembre 16 DE 2019.

**SEÑORA:  
MIKAELA GARCIA**

Ref. Solicitud Apoyo para la realización del Festival Canino

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de un **festival canino “mi perro no es mi mascota es mi familia.”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **27 de septiembre en el corregimiento de caracolí;** es por ello que queremos contar con el apoyo de su establecimiento comercial en lo referente a:

- Desparasitaste
- Multivitamínicos
- Ancheta de Premiación

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

El Carmen De Bolívar, Octubre 10 DE 2019.

**DOCTOR**  
**RENNY BARANDICA MANOTAS**  
**Gerente**  
**ESE CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI**

Ref. Solicitud Apoyo para Movilización Social

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de una **Movilización Social “Caracolí Libre de Leishmaniasis”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **viernes 25 de octubre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar con el apoyo de su institución de salud en lo referente a:

- Perifoneo
- Grupo Musical
- Sonido para ambientar la caminata
- Hidratación
- Vinculación de su equipo de trabajo en esta gran movilización social

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



El Carmen De Bolívar, Octubre 10 DE 2019.

**DOCTOR**  
**JAVIER LUNA GARCIA**  
**Secretario de Salud Municipal**

Ref. Solicitud Apoyo para Movilización Social

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de una **Movilización Social “Caracolí Libre de Leishmaniasis”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **viernes 25 de octubre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar con el apoyo de su institución de salud en lo referente a:

- Pasacalle
- Araña sobre factores de prevención y control de la Leishmaniasis
- Refrigerios para 100 personas
- Vinculación de todo su equipo de trabajo para esta gran movilización social

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



El Carmen De Bolívar, Octubre 10 DE 2019.

**DOCTOR**  
**RAFAEL GALLO PAREDES**  
**Alcalde Municipal**

Ref. Solicitud Apoyo para Movilización Social

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de una **Movilización Social “Caracolí Libre de Leishmaniasis”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **viernes 25 de octubre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar con el apoyo de su institución de salud en lo referente a:

- Grupo Musical para ambientar la caminata
- Refrigerios para 100 personas
- Vinculación de su equipo de gobierno para esta gran movilización social

En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**



El Carmen De Bolívar, Octubre 10 DE 2019.

**DOCTOR**  
**DAIRO TORRES**  
**Rector**  
**INSTITUCION EDUCATIVA CARACOLI**

Ref. Solicitud Apoyo para Movilización Social

Cordial saludo.

Por medio del presente nos dirigimos a usted, las aspirantes a obtener título de magister en salud publica **Mónica Muñoz Méndez** y **Rosalba Torres Fonseca** quienes como proyecto de grado estamos llevando a cabo la implementación de un programa educativo que busca potenciar la reducción de factores de riesgo y el control vectorial de la Leishmaniasis, en el corregimiento de caracolí zona rural de el Carmen de Bolívar. Es de resaltar que dentro de las actividades que hacen parte de dicho programa educativo esta la realización de una **Movilización Social “Caracolí Libre de Leishmaniasis”** Motivo por el cual solicitamos su apoyo.

La actividad en mención tendrá lugar el día **viernes 25 de octubre en el corregimiento de caracolí**; es por ello que queremos contar con el apoyo de su institución de salud en lo referente a:

- Contar con la presencia de los estudiantes de los grados 10 y 11
- Grupo folclórico de la institución que dignamente dirige

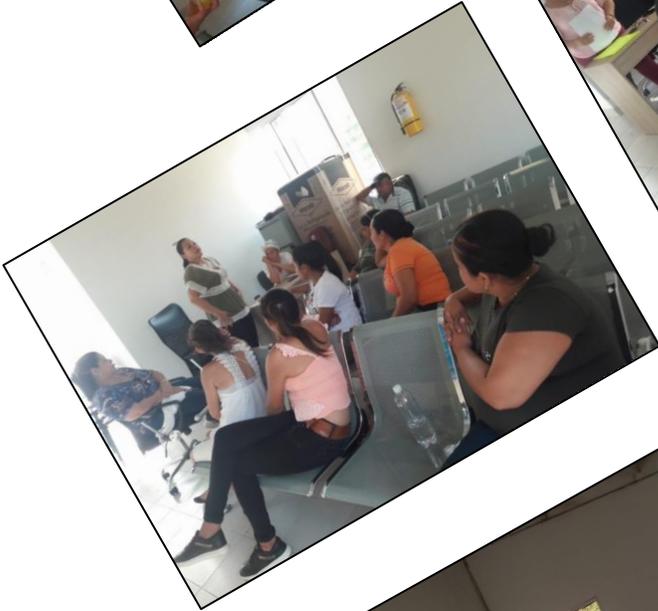
En espera de una pronta y positiva respuesta de su parte.

Atentamente.

**Mónica Muñoz Méndez.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

**Rosalba Torres Fonseca.**  
**Aspirante Mgs Salud Pública**

# CONVOCATORIA



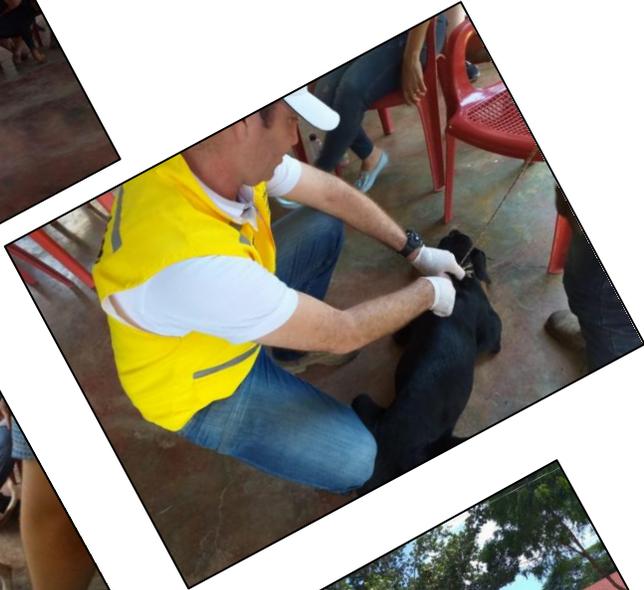
# ACTIVIDAD EDUCATIVA CON LA COMUNIDAD



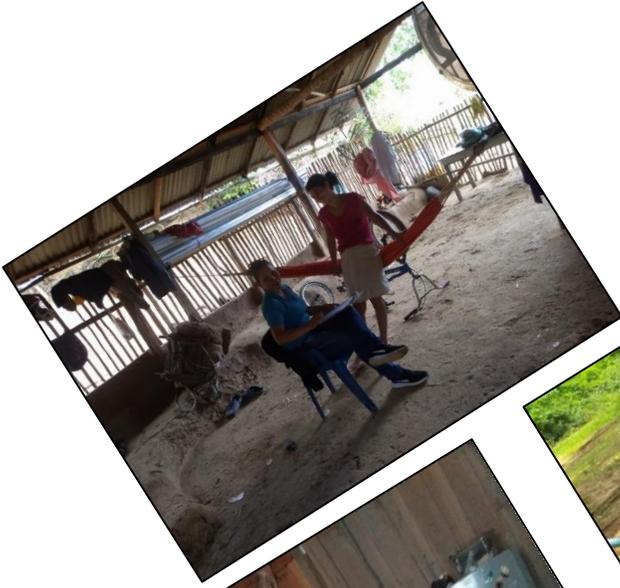
# ACTIVIDAD EDUCATIVA CON LOS ESTUDIANTES



# FESTIVAL CANINO CARACOLI 2019



# ACTIVIDAD DE CAMPO



## FUMIGACION E INSTALACION DE TOLDOS



# MOVILIZACION SOCIAL

