

MED
FOSIS
H632P
1999.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

MAESTRIA EN GESTION EDUCATIVA

**PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA EN
CHAGAS**

Tesis para optar el grado
académico de Maestría en
Gestión Educativa

MED
1999
H632p

Tesista: Lic. MARY I. HIDALGO SANCHEZ

Tutora: Dra. C. VIRGINIA M. SIERRA LOMBARDÍA

Cochabamba - Bolivia

1999

3104
NUEVO INVENTARIO
FAC. MEDICINA U.M.S.S.
No. 004795
11 de Febrero de 2000

INDICE

Introducción	1
Significación social	7
Aporte teórico	8
CAPITULO I	
EL CHAGAS UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA	
1.1. Antecedentes del Mal de Chagas en Bolivia ..	9
1.2. Prevalencia del Chagas en Cochabamba y áreas periurbanas	10
1.3. Características de la población de la zona sud	16
1.3.1. Idioma y procedencia social	18
1.3.2. Características socioeconómicas	19
1.3.3. Niveles de educación hasta el bachillerato de grupos etéreos de la zona sud.	20
1.4. Programas de control del vector del chagas ..	22
1.5. Programas de control del vector en otros países	28
CAPITULO II	
UN MODELO EN EDUCACION SANITARIA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	
2.1 Objetivo del programa	35

2.1.1.	Hábitos de vida de la población	36
2.1.2.	Prevención del mal de chagas	37
2.1.3.	Servicios de Salud	39
2.2.	El mensaje como contenido	40
2.3.	La comunicación audiovisual como método en Educación Sanitaria	47
2.3.1.	El proceso enseñanza aprendizaje de los niños a través de la Comunicación	49
2.4.	El dibujo animado como medio de comunicación	52
2.4.1.	El niño como televidente	54
2.5.	El lenguaje de estructura racional simple y la imagen identificada con su cultura como forma de comunicación en el niño	56
2.5.1.	El lenguaje oral del niño	58
2.5.2.	El lenguaje visual del niño	60
2.6.	La recepción del mensaje a través del método de comunicación audiovisual, los dibujos animados como medio y un lenguaje de estructura racional simple con una imagen identificada con su cultura como forma.....	63

CAPITULO III

PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

3.1.	Objetivo	69
3.2.	Contenidos	70
3.3.	Método	84
3.4.	Formas de enseñanza	84

3.5.	Medios	84
3.6.	Recursos	84
3.7.	Evaluación	85
	Conclusiones	86
	Recomendaciones	86
	Bibliografía	89

Anexos

1. Datos epidemiológicos para las áreas endémicas de Bolivia
2. Entrevista diagnóstica sobre la enfermedad de chagas
3. Gráficas sobre la evaluación de la entrevista diagnóstica de la enfermedad de Chagas
4. Gráficas sobre la evaluación de la entrevista diagnóstica de la tenencia y utilización de medios de comunicación
5. Instrumento de evaluación
6. Figuras del guión
7. Gráfica de la relación dialéctica holística de un modelo de educación sanitaria
8. Ficha resumen

INTRODUCCIÓN

En 1909 Carlos Chagas fue quien identificó tanto al vector como al parásito del triatomino que provoca la enfermedad. En 1930 ya se tuvo datos que esta afección endémica se extendía desde el Río Grande al norte del continente americano hasta el paralelo 40 al sur, o sea desde Illinois (Estados Unidos), hasta Curicó, (Chile) y Chubut, (Argentina). Actualmente se tiene datos que casi 90 millones de personas, es decir el 25% de la población total del continente americano, se encuentra en riesgo de contraer la enfermedad, de los cuales unos 16 millones están infectados (son seropositivos) y el 34% de estos (alrededor de 5 millones) se hallan clínicamente enfermos). La mayoría de las personas no se dan cuenta que están infectadas y después de 10 ó 20 años muchos manifiestan lesiones severas al corazón, intestino o sistema nervioso. Esta enfermedad en algunos países se encuentra 400 veces más que la enfermedad de Hepatitis o el virus del HIV como es el caso de Chile. (Mauther y Maguregui 1999:12)

Según el Banco Mundial, en Latinoamérica la enfermedad del Chagas es, económicamente hablando, más importante que todas las enfermedades parasitarias juntas, incluyendo paludismo, leishmaniasis y onchocercosis. (Ramsey 1998:15)

La enfermedad de Chagas es una zoonosis difundida ampliamente en varios departamentos de clima cálido de Bolivia, esta enfermedad endémica es producida por el protozoario flagelado, *Trypanosoma cruzi* y transmitida al hombre principalmente por un insecto vector de la familia de los triatomíneos (vinchucas).

La mortalidad infantil en Bolivia por Chagas agudo es de 26 a 46 %. En Cochabamba existe elevados índices de infestación de vinchucas, en zonas rurales el porcentaje es entre 70-100, y en zonas periurbanas estos índices están entre 40 - 60%. En la zona sud de Cochabamba la infestación por vinchucas llega inclusive hasta el 80%. La presencia de la vinchuca domiciliaria se debe a problemas socio económicos, culturales, del medio ambiente y sobre todo por carencia de educación

sanitaria. Estos factores son altamente gravitantes para la presencia y distribución de *Triatoma infestans* más conocida en nuestro medio como vinchuca. Otro factor relevante a considerar es un marcado movimiento migratorio campo - ciudad, donde la gente a través de sus bultos trasladan a dicho insecto.

Por lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente problema:

El elevado porcentaje de niños infectados con mal de Chagas en la población periurbana de la zona sud de la ciudad de Cochabamba.

La población desconoce el riesgo que significa la presencia de la vinchuca en sus casas, incluso algunos pobladores la consideran como signo de buena suerte. Para la población resulta difícil asociar una picadura por una vinchuca, con una enfermedad que se manifestará después de 5 a 20 años, la cual provoca lesiones graves en órganos como el corazón, provocando inclusive una