



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS DIRIGIDO A LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD DE BAJO  
BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA,  
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE.  
AGOSTO – SEPTIEMBRE 2018.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMO REQUISITO PARA OBTENER EL  
GRADO DE MAESTRIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

CASTILLO ORTEGA, MITZI MARIANETH

8-742-1135

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL**  
**PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE ENFERMERÍA.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: CASTILLO ORTEGA, MITZI MARIANETH.

CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL: 8-742-1135.

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAESTRA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

TEMA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA LEISHMANIASIS DIRIGIDO A LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA, PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE, AGOSTO – SEPTIEMBRE 2018.”

RESUMEN EJECUTIVO

Según el Programa Educativo para la Prevención y control de la Leishmaniasis dirigido a diez (10) Líderes de la Comunidad de Bajo Bonito del Corregimiento El Cacao, Distrito de Capira, Provincia de Panamá Oeste, Agosto - Septiembre 2018, tiene el objetivo de instruir a los residentes de la comunidad acerca de la creación de espacios saludables para la prevención de la Leishmaniasis, promoviendo la participación efectiva e interdisciplinaria que permita modificar aquellas conductas hábitos y costumbres que ponen en riesgo la salud.

18/4/2023

ST

Obsequio del Autor

La primera parte es el diagnóstico y análisis de necesidades para identificar la problemática a intervenir, la segunda parte corresponde a la planificación y diseño de los componentes del plan de acción, en la tercera parte se ejecutaron las actividades del plan propuesto y en la cuarta parte se evaluaron las intervenciones realizadas y los productos obtenidos.

NOMBRE DEL DIRECTOR O ASESOR DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRECTOR O ASESOR DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

APROBADO POR EL COORDINADOR (A) DEL PROGRAMA

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

APROBADO POR EL DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO DE LA  
UNIDAD ACADÉMICA

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
POSTGRADO

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE NECESIDADES PARA IDENTIFICAR LA PROBLEMÁTICA A INTERVENIR.....	14
1.1. Descripción de la problemática a intervenir .....	14
1.2. Antecedentes .....	17
1.3. Justificación .....	23
1.4. Fundamentación teórica .....	25
1.5. Formulación de la problemática .....	28
1.6. Objetivos .....	28
1.6.1. Objetivo General.....	28
1.6.2. Objetivos Específicos .....	28
1.7. Supuestos.....	29
1.8. Fuentes de información .....	30
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN .....	31
2.1. Tipo de estudio .....	31
2.2. Población .....	32
2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
2.4. Período de inicio y finalización.....	32
2.5. Unidad de análisis .....	32
2.6. Beneficiarios .....	33
2.7. Métodos de recolección de datos .....	33
2.8. Técnicas e instrumentos .....	34
2.9. Intervención propuesta .....	35
2.10. Aspectos Bioéticos, Éticos y Legales .....	35
2.11. Cronograma.....	37
2.12. Implementación del proyecto de intervención.....	40
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	43
3.1. Visitas domiciliarias .....	43
3.2. Encuesta.....	46
3.3. Pruebas de evaluación .....	62
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN .....	72
LIMITACIONES .....	80

CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
ANEXOS.....	89
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	90
ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LAS IDENTIDADES .....	93
ANEXO 3. HOJA DE COTEJO DE VISITA DOMICILIARIA .....	96
ANEXO 4. CUESTIONARIO .....	98
ANEXO 5. PROGRAMA EDUCATIVO PROPUESTO .....	102
ANEXO 6. PRE-TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE ENTORNOS SALUDABLES Y SU IMPORTANCIA.....	106
ANEXO 7. POS-TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE ENTORNOS SALUDABLES Y SU IMPORTANCIA.....	109
ANEXO 8. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN .....	112
ANEXO 9. PRESUPUESTO .....	115
ANEXO 10. EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES Y RESULTADOS ESPERADOS.....	120
ANEXO 11. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA Y RESULTADOS OBTENIDOS.....	123
ANEXO 12. POS- TEST DE SASTIFACCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN .....	125
ANEXO 13. FOTOGRAFÍAS.....	128
ANEXO 14. GUÍA DE ENTORNO SALUDABLE.....	136

ANEXO 15. SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN.....	144
ANEXO 16. CARTAS AVALES DE APROBACIÓN .....	147

## ÍNDICE DE CUADROS

PÁGINA

CUADRO N°1.	VIVIENDAS VISITADAS EN LA COMUNIDAD BAJO BONITO, SEGÚN LAS CONDICIONES DE SANEAMIENTO IDENTIFICADAS. AÑO: 2018.....	43
CUADRO N°2.	VIVIENDAS VISITADAS EN LA COMUNIDAD BAJO BONITO, SEGÚN LAS CONDICIONES DE SANEAMIENTO IDENTIFICADAS. AÑO: 2018. (CONTINUACIÓN).....	44
CUADRO N°3.	LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO POR EDAD Y SEXO. AÑO: 2018.....	46
CUADRO N°4.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO. AÑO: 2018.....	47
CUADRO N°5.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN LA OCUPACIÓN Y EL INGRESO MENSUAL. AÑO: 2018.....	48
CUADRO N°6.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL CONCEPTO DE "BEJUCO". AÑO: 2018.....	49
CUADRO N°7.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN OTRA DENOMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO "BEJUCO". AÑO: 2018.....	50
CUADRO N°8.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE TRANSMITE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	51

CUADRO N°9.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE PRESENTA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	53
CUADRO N°10.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE TRATA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	54
CUADRO N°11.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	55
CUADRO N°12.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN ADÓNDE SE DEBE ACUDIR AL PADECER LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	57
CUADRO N°13.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN A QUIÉN LE DA MÁS LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.....	58
CUADRO N°14.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN QUIÉN SE ENCARGA DE BUSCAR ATENCIÓN PARA EL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA. AÑO: 2018.....	59
CUADRO N°15	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN QUIÉN CUIDA AL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA. AÑO: 2018.....	61
CUADRO N°16.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN RESULTADOS DEL PRE Y POS-TEST SOBRE QUÉ ES ENTORNO. AÑO: 2018.....	62
CUADRO N°17.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN RESULTADOS DEL PRE Y POS-TEST SOBRE QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES. AÑO: 2018.....	64



CUADRO N°18.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL CONCEPTO DE VIVIENDA SALUDABLE. AÑO: 2018.....	65
CUADRO N°19.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN LA IMPORTANCIA DE INTERACTUAR EN UN ENTORNO SALUDABLE. AÑO: 2018 .....	67
CUADRO N°20.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES. AÑO: 2018.....	68

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

### PÁGINAS

GRÁFICA N°1.	LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO. AÑO 2018 .....	47
GRÁFICA N°2.	¿QUÉ CONOCE USTED COMO "BEJUCO"? .....	49
GRÁFICA N°3.	¿CON CUÁL OTRO NOMBRE SE CONOCE EL BEJUCO? .....	50
GRÁFICA N°4.	¿CÓMO SE TRANSMITE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	52
GRÁFICA N°5.	¿CÓMO SE PRESENTA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	53
GRÁFICA N°6.	¿CÓMO SE TRATA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	54
GRÁFICA N°7.	¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	56
GRÁFICA N°8.	¿ADÓNDE SE DEBE ACUDIR AL PACEDER LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	57
GRÁFICA N°9.	¿A QUIÉN LE DA MÁS LEISHMANIASIS CUTÁNEA? .....	58
GRÁFICA N°10.	CUANDO ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE ENFERMA ¿QUIÉN SE ENCARGA DE BUSCAR ATENCIÓN? .....	60
GRAFICA N°11.	CUANDO ALGUIEN DE LA CASA SE ENFERMA ¿QUIÉN CUIDA AL ENFERMO? .....	61
GRÁFICA N°12.	¿QUÉ ES EL ENTORNO? .....	63

GRÁFICA N°13.	¿QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES?.....	64
GRÁFICA N°14.	¿QUÉ ES VIVIENDA SALUDABLE?.....	66
GRÁFICA N°15.	¿POR QUÉ ES IMPORTANTE INTERACTUAR EN ENTORNOS SALUDABLES? .....	67
GRÁFICA N°16.	¿SIENDO LÍDER COMUNITARIO CÓMO PODRÍA CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES EN SU COMUNIDAD?.....	69

## INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de Salud (2017) 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. Aproximadamente, el 95% de los casos de Leishmaniasis cutánea se producen en América.

En 2016, el Ministerio de Salud en el documento titulado "Perfil de Salud de Panamá de 2016", señala que en Panamá la forma predominante de esta enfermedad es la leishmaniasis cutánea. Desde el 2001, no menos de tres mil nuevos casos de leishmaniasis son diagnosticados por año. Es por ello que en el país se han llevado a cabo estudios sobre la leishmaniasis desde hace más de 100 años, siendo el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) uno de los principales organismos de investigación. (Nilipour, 2016).

Según Nilipour (2016) las comunidades montañosas de Capira están consideradas por el Ministerio de Salud como zonas endémicas de Leishmaniasis desde el 2001. Bajo Bonito es una comunidad rural que pertenece al corregimiento del Cacao, distrito de Capira, provincia de Panamá Oeste. Según los registros de Epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste del Ministerio de Salud, hasta julio de 2017 en Bajo Bonito se han reportado 14 casos de Leishmaniasis. (Montenegro, 2016).

Ante los problemas sociales, económicos y de acceso a la salud que enfrenta esta comunidad, requiere que se lleven a cabo intervenciones que les ayuden a prevenir y controlar esta enfermedad.

Por lo tanto, este proyecto de intervención consistió en un Programa Educativo para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios, con el propósito de educarlos, y a través de ellos, educar a los residentes de Bajo Bonito acerca de la Leishmaniasis y su prevención, mediante una participación efectiva e interdisciplinaria que permita promover conductas, hábitos y costumbres que propicien ambientes saludables.

Este documento presenta la descripción del proyecto de intervención, el diagnóstico y análisis de necesidades de la comunidad Bajo Bonito, algunos antecedentes nacionales e internacionales sobre el tema de la prevención y el control de la Leishmaniasis Cutánea, su justificación, política, líneas de acción y los objetivos.

Además, se describe el proceso de planificación y diseño de los componentes del plan de acción del programa educativo, el tipo de estudio, los métodos de recolección de datos, las técnicas e instrumentos, los aspectos bioéticos, éticos y legales; así como el diseño de la intervención y los resultados esperados.

## CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE NECESIDADES PARA IDENTIFICAR LA PROBLEMÁTICA A INTERVENIR

### 1.1. Descripción de la problemática a intervenir

Bajo Bonito es una comunidad rural que pertenece al corregimiento El Cacao del distrito de Capira, provincia de Panamá Oeste. Tiene una población de aproximadamente 373 habitantes y 90 familias, según el censo de 2010 de la Contraloría General de La República. Está compuesta por población no indígena, principalmente, campesinos que provienen de diferentes provincias de la República, entre ellas: Los Santos, Coclé y Veraguas. Esta comunidad está localizada, geográficamente a 21,8 km de Capira.

Es una comunidad de difícil acceso con caminos y barrancos. Sus habitantes se transportan, principalmente, a caballo o caminando. El servicio de transporte en vehículos de doble tracción no es diario, ni continuo. Del Cacao a la Comunidad de Bajo Bonito se necesitan camionetas de doble tracción.

Cuentan con el Centro Básico General de Bajo Bonito de educación primaria y premedia, sin embargo, de acuerdo a datos censales de 2010 de la Contraloría General de La República, el 6,99% de la población es analfabeta. Esta comunidad presenta una diversidad de problemas sociales que les impide desarrollarse plenamente. Su índice de pobreza general (pobreza y pobreza extrema) es de 36.4%, según el último informe del Ministerio de Economía y Finanzas, denominado: "Pobreza y Desigualdad en Panamá, Mapas a nivel de Distritos y Corregimientos de 2015".

Muchas de las viviendas presentan condiciones críticas que son un reflejo de la situación de pobreza que enfrentan las familias. Están construidas a ras de suelo con material del área (madera y pencas); los pisos, por lo general, son de tierra; sólo algunas están hechas con zinc, bloques y cemento; 45.8% no cuentan con servicio sanitario.

La mayor parte de las casas tienen letrinas y muy pocas tienen tanque séptico y sistema de tuberías. Sus habitantes tienen un acueducto rural, no cuentan con servicio de electricidad.

Uno de los principales problemas de salud de esta comunidad es que está considerada como una de las zonas endémicas de Leishmaniasis Cutánea desde 2001 por el Ministerio de Salud (Graell, 2014). En Bajo Bonito se registraron dos casos de Leishmaniasis en el 2016 y en 2017, se habían reportado 14 casos, según los registros del Ministerio de Salud, Departamento de Control de Vectores de la Región de Salud de Panamá Oeste.

Los pobladores afectados tienen dificultades para recibir atención de salud. Al menos 15 puestos y subcentros de salud permanecen cerrados, a espera de ser reabiertos hasta el 2017 (Graell, 2014). Generalmente, los pacientes tienen que acudir al Centro de Salud de El Cacao y al Centro de Salud de Capira Cabecera, pero el costo del transporte es B/.1.50, siendo un gasto importante, considerando que se trata de población de escasos recursos económicos. La atención de salud está disponible sólo de lunes a viernes, interrumpiéndose el tratamiento los fines de semana. El abandono del tratamiento de la dosis de Glucantime del día es algo común, especialmente cuando las dosis pasan de 20, según lo manifestó el Dr. Ismael Vergara, Subdirector Regional de Salud de Panamá Oeste. (Montenegro, 2016).

El Ministerio de Salud mediante la Resolución N° 2283 de 21 de octubre de 2016 adoptó una "Guía para el Abordaje Integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015" para el personal de las instituciones de salud pública. La misma contiene una descripción de los aspectos generales de la Leishmaniasis y guías de manejo.

La Guía para el Abordaje Integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015 también contiene protocolos y procedimientos de epidemiología, diagnóstico, manejo clínico y tratamiento del paciente, vigilancia entomológica, control de vectores, información, educación y comunicación para la prevención y control.

No obstante, la escasez de recursos, las dificultades de acceso y transporte, la falta de electricidad, los factores sociales, económicos, culturales que intervienen y las necesidades y problemas locales, dificultan su cumplimiento. Ello conlleva a la desinformación sobre qué es, el modo de transmisión y el tratamiento de la Leishmaniasis. Los pacientes suelen abandonar el tratamiento, se automedican, o no asisten a buscar atención médica lo que dificulta su prevención, tratamiento y control.

El conocimiento de la enfermedad de algunos de los afectados se limita a que es una afección transmitida por una chitra, que ha picado al mono perezoso, o que se encuentra en un bejuco y es transmitida a las personas por la picadura de una chitra, que estuvo "picando el bejuco" (Valdez, 2006). Por lo que se deduce que las estrategias implementadas hasta el momento se han dirigido más a la prevención secundaria, siendo pocas las intervenciones a nivel de prevención primaria. La educación y la promoción para la salud son esporádicas y con una planificación débil por la escasez de promotores de salud y la dificultad en el acceso a la comunidad sobre todo en época lluviosa.



Lo anteriormente expuesto, motiva a la necesidad de implementar un programa educativo que involucre a los líderes comunitarios, a las autoridades locales, y a las instituciones encargadas de velar por la calidad de vida y el bienestar social de la población.

La promoción de la salud ineficiente es una de las debilidades más críticas en el abordaje actual de la Leishmaniasis en la comunidad de Bajo Bonito. Ante ello, urge fortalecer este elemento tan importante de la atención primaria de salud, apostando por la intersectorialidad, la interinstitucionalidad y el empoderamiento local, hacia un objetivo común para dar una respuesta real a la población afectada que contemple no sólo la clínica de la enfermedad, que es muy importante, sino las características sociales y culturales locales para promover entornos y ambientes saludables y disminuir la proliferación de esta enfermedad.

## 1.2. Antecedentes

Los casos de Leishmaniasis en Panamá, según Lourdes García, epidemióloga del Ministerio de Salud, son atribuibles a la frecuente incursión de las personas a los bosques en busca de leña para realizar labores agrícolas, y aún más, para la construcción de viviendas permanentes. (Valdez, 2006).

En el período del 2000 al 2010 se reportaron 23, 914 casos de Leishmaniasis cutánea, siendo el año con mayor número de casos el 2006 (3,774) con una tasa de 114,9 y las regiones con mayor riesgo de enfermar ese año fueron las de Bocas del Toro, Coclé, Panamá Metro y Panamá Oeste con una tasa por 100.000 habitantes de 681.3, 399.9, 308.8 y 247.1, respectivamente. Las implicaciones que presentan estas tasas en la salud pública es que el insecto está en el 87% de las regiones de salud del país. (Ministerio de Salud, 2016).

Desde el 2001, no menos de tres mil nuevos casos de leishmaniasis son diagnosticados por año; proviniendo el 90% de los casos de zonas endémicas en las provincias de Bocas del Toro, Coclé, Panamá Oeste, Colón y Panamá Este. Entre el 2010 y 2015 en la provincia de Panamá Oeste se han registrado 1,557 casos de Leishmaniasis, siendo la mayoría de ellos en el distrito de Capira. El 2011, fue el año en que mayor número de casos se registraron, con un total de 522. (Montenegro, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud (2017), la leishmaniasis cutánea es la forma más frecuente de Leishmaniasis que produce lesiones en las zonas expuestas del cuerpo, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave.

Esta enfermedad es causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, que cuenta con más de 20 especies diferentes y se transmite a los humanos por la picadura de flebótomos hembra infectados. Se conocen más de 90 especies transmisoras de *Leishmania*. La enfermedad se presenta en tres formas principales: visceral (la forma más grave de la enfermedad), cutánea y mucocutánea. (OMS, 2017).

Las Leishmaniasis siguen siendo una de las enfermedades más desatendidas en todo el mundo que afectan predominantemente a los más pobres sobre todo en los países en desarrollo. Se estima que hay 350 millones de personas en riesgo de contraerla, y cada año se producen entre 700, 000 y un millón de nuevos casos y entre 20, 000 y 30, 000 defunciones. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los principales factores de riesgo responden a deficiencias de saneamiento de los hogares, la deforestación, la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas. (OMS, 2017).

En las Américas, las leishmaniasis siguen siendo un problema de salud pública debido a su magnitud y complejidad clínica, biológica y epidemiológica. Aproximadamente, el 95% de los casos de Leishmaniasis cutánea se producen en las Américas. (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2017).

Al consultar la literatura, se encontraron diversos proyectos nacionales e internacionales relacionados a la prevención y control de la Leishmaniasis. En el país se han llevado a cabo estudios sobre la leishmaniasis desde hace más de 100 años, siendo el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) uno de los principales organismos de investigación. "Para los antiguos investigadores del ICGES, las chitras fueron objeto de estudios desde el primer reporte de leishmaniasis en 1910", según la entomóloga del ICGES, Anayansi Valderrama, (citado en Nilipour, 2016).

En el contexto internacional, un proyecto publicado en el 2010 titulado: "Asociación entre la incidencia de leishmaniosis cutánea y el índice de desarrollo humano y sus componentes en cuatro estados endémicos de Venezuela" señala que los principales efectos de la Leishmaniosis en las regiones endémicas se relacionan con las consecuencias psicosociales y los costos económicos tanto para el sistema de salud estatal como para el paciente y la familia. (Benítez, Cárdenas, Harter Griep y otros, 2010).

Por ello, debe enfatizarse en la importancia de mejorar las condiciones socioeconómicas para modificar significativamente el comportamiento epidemiológico de la enfermedad en forma positiva así como las condiciones de vida, y tomar en cuenta los conocimientos, creencias, y prácticas de la población para el estudio de la Leishmaniosis e incorporar la participación de la comunidad activamente en las intervenciones para crear estrategias particulares más efectivas y permanentes en el tiempo.

Recalcan que la comunidad debe conocer su propia realidad y que la educación es fundamental en la prevención y control de la leishmaniasis, porque aporta los conocimientos básicos sobre las medidas de salud que deben desarrollar los habitantes de regiones endémicas. (Benítez, Cárdenas, Harter Griep y otros, 2010).

Un proyecto de investigación titulado "Tratamientos tradicionales utilizados en un área endémica de leishmaniasis cutánea en el Perú" se realizó en el 2012, en la comunidad de Pichupampa, concluyó que de los 254 habitantes censados, 41,7% (106/254) refirieron haber tenido Leishmaniasis Cutánea y de ellos solo la mitad acudieron a un centro de salud. 76/106 (71,7%) usaron algún tratamiento tradicional como primera medida entre éstas: la aplicación tópica de plantas: hierbas, hojas, flores, etc., seguida por la terapia de quemadura con productos químicos, cáusticas que queman la lesión y la aplicación de sustancias calientes. Se encontró que la costumbre más popular es la aplicación de limón con sal. Sólo 23,6% (25/106) acudieron a un centro de salud sin manipular sus lesiones. (Dancuart, Llanos-Cuentas, Pineda-Reyes, 2012).

En este estudio también se observó, además, que la mayoría de veces el varón es el jefe de familia, sin embargo, la persona que toma la decisión del manejo ante la enfermedad suele ser la mujer (madre de familia). Estos hallazgos hacen notar con claridad a quiénes debe ir dirigida la intervención educativa. Un alto porcentaje de personas potencialmente infectadas por Leishmaniasis cutánea manipulan y tratan sus lesiones con métodos tradicionales antes de acudir a un centro de salud, lo que podría interferir con el diagnóstico y efectividad del programa de tratamiento implementado por el Ministerio de Salud. (Dancuart, Llanos-Cuentas, Pineda-Reyes, 2012).

En un informe titulado: "Sociología de la Leishmaniasis en Trujillo, Área Andina de Venezuela. Mérida, Venezuela, de 2014", del Dr. Benito Díaz, presenta los resultados de un proyecto donde se analizaron los factores sociodemográficos y las consecuencias psicosociales de la Leishmaniasis.

Sus resultados indicaron que la enfermedad tuvo importantes consecuencias psicosociales y económicas, entre éstas gastos directos (transporte y tratamiento) e indirectos (tiempo laboral perdido). Los cambios conductuales más frecuentemente reportados fueron evitar: beber alcohol, rayos solares, suciedad en la lesión, luz de luna, irse tarde a la cama, la actividad sexual. Otro cambio conductual fue el uso complementario de tratamientos tradicionales (mientras eran tratados por la medicina moderna), a fin de acelerar el proceso curativo. (Díaz, 2014).

Además, en el estudio, 94,6% de los pacientes reportó haber recibido apoyo familiar para enfrentar las consecuencias de la enfermedad, a través de ayuda a limpiar la lesión, compañía al centro asistencial, visitas, regalos de frutas, entrega de materiales para la curación, apoyo económico, entre otros. Este hecho contribuyó a reducir las consecuencias psicosociales de la enfermedad. (Díaz, 2014).

En el contexto nacional, desde hace más de 100 años se han llevado a cabo estudios sobre la leishmaniasis, y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) es uno de los principales organismos de investigación. (Nilipour, 2016).

Uno de estos estudios, se titula: "Implementación de medidas novedosas para control de leishmaniasis: modelo holístico, cooperación interinstitucional y prototipo hacia un plan nacional", fue realizado durante el período 2010-2011. (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2014).

Los resultados de este estudio señalan que se evidencia un subregistro de la Leishmaniasis mayor del 50% en regiones montañosas y rurales del país y una subestimación real de la enfermedad poblaciones más pobres y desprotegidas del medio rural y con menor acceso a los servicios de salud, son las más afectadas. (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2014).

Pese a ello y a los múltiples estudios enfocados en conocer la epidemiología de esta enfermedad en el país, no existe un programa sistemático nacional para el control de la leishmaniasis. La mayoría de los esfuerzos van orientados al tratamiento y diagnóstico de la enfermedad, más que a su control. (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2014).

Otro de los proyectos nacionales consultados, y uno de los más importantes realizados en América es el “Estudio clínico aleatorizado doble ciego sobre la Farmacocinética, la Seguridad, y la Eficacia de WR 279,396 (Crema Tópica de Paromomicina + Gentamicina) y Crema Tópica de Paromomicina para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Panamá”, realizada por el Doctor Néstor Sosa y los coinvestigadores: Franz Barnes, Juan Miguel Pascale, Ana Jiménez, Azael Saldaña, Aracelis Miranda, Kadir González, Zeuz Capitán-Barrios y Vanessa Almengor, del Instituto Conmemorativo Gorgas durante el 2010-2011. Dicha investigación fue efectuada en tres etapas y contó con el apoyo financiero del Instituto Walter Reed de Estados Unidos de América (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2014).

El objetivo principal de Sosa, Barnes, Pascale, Jiménez, Saldaña, Miranda, González, Capitán-Barrios y Almengor (2014) fue determinar un nuevo tratamiento en crema para la Leishmaniasis cutánea, cuyo componente base es la Paromomicina. (Nilipour, 2016).

La Paromomicina es un antibiótico que presenta actividad contra este parásito, puesto que el tratamiento utilizado con inyecciones es muy doloroso y puede producir efectos adversos en el hígado, corazón o páncreas. Además, deben ser aplicadas por más de 20 días seguidos. (Nilipour, 2016).

Los resultados de este estudio de Crema Tópica de Paromomicina para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Panamá, realizado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud en 2014 fueron presentados en noviembre de 2016, señalando que el producto tuvo un mejor resultado en los niños con un 93% de curación y en las demás personas de 80% con respecto al 60 y el 70% logrado con el tratamiento inyectable. Esta crema facilitaría el tratamiento en zonas donde no siempre hay personal de salud y en áreas de difícil acceso.

Otra ventaja es que su costo sería menor al inyectable y podría ser aplicado por el propio paciente debidamente instruido y bajo supervisión médica. Esta investigación será publicada en artículos científicos y espera obtener los permisos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), los reguladores de Europa y el Ministerio de Salud para que sea patentada y que pueda comercializarse, lo que tomaría dos años más. (Del Moral, 2016).

### 1.3. Justificación

Según el Ministerio de Salud, Departamento de Control de Vectores de la Región de Salud de Panamá Oeste (2017) los registros indican que en la comunidad de Bajo Bonito se han presentado 14 casos de Leishmaniasis Cutánea de 2016 a 2017.

Estos casos registrados en los últimos años y las dificultades que enfrentan los pobladores para acceder a servicios de atención de salud, prevención y promoción de la salud, me motivaron como futura especialista en Atención Primaria de Salud a investigar y desarrollar un Programa Educativo para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios.

Lo novedoso de la aplicación de esta propuesta educativa es el enfoque hacia la participación de los líderes comunitarios como agentes de cambio en la comunidad.

El programa abordó la promoción de la salud desde una perspectiva distinta, considerando las características sociales, económicas y culturales de la comunidad, haciendo énfasis en la participación activa de los líderes de la comunidad como promotores de ambientes saludables, y en su responsabilidad social como actores y partícipes de la atención primaria en salud.

Este proyecto de intervención fue de gran utilidad para los beneficiados, porque les proporcionó los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para prevenir y controlar la Leishmaniasis en su entorno.

Los aportes de esta propuesta estuvieron dirigidos a la implementación por primera vez de un programa educativo de salud comunitaria para la prevención y control de la Leishmaniasis y a la promoción de entornos saludables en la comunidad Bajo Bonito, incorporando a los líderes locales.

El impacto y la relevancia social de este proyecto fueron a nivel comunitario al promover el empoderamiento y la sensibilización preventiva desde los líderes hacia sus liderados.



A través de este proyecto también se promovió en el ámbito comunitario la responsabilidad del autocuidado de la salud y la creación de ambientes saludables para minimizar los factores de riesgo de la Leishmaniasis Cutánea.

A nivel de la Región de Salud de Panamá Oeste fue de gran beneficio al ser un proyecto de intervención orientado a desarrollar estrategias de prevención comunitarias participativas para la disminución de la incidencia de Leishmaniasis cutánea, bajo la coordinación institucional del Ministerio de Salud (Departamento de Control de Vectores) a nivel local.

#### 1.4. Fundamentación teórica

Este proyecto de intervención se fundamentó en el área de Enfermería de Atención Primaria de Salud de prevención y promoción de la salud, por tratarse de un programa educativo para la prevención y el control de la leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios.

El modelo de Enfermería que fundamentó este proyecto de intervención es el Modelo McGill de Moyra Allen (1980). Este modelo establece como principal postulado los cuidados de enfermería y la promoción de la salud (Barros, Faginas y Sipion, 2013). Este Modelo de Moyra Allen se aplicó en este programa de intervención, a través de las actividades educativas dirigidas a los líderes comunitarios de Bajo Bonito, para que fuesen facilitadores a los pobladores; tomando como referencia el enunciado teórico que señala que el aprendizaje se produce mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y está condicionado con la capacidad del propio individuo y la comunidad. (Barros, Faginas y Sipion, 2013).

El proyecto de intervención educativa buscaba transmitir conocimientos para la prevención de la Leishmaniasis y la creación de ambientes saludables por parte de la comunidad.

Las políticas y líneas de acción nacionales que se consideraron para el abordaje de este proyecto de intervención incluyen dos políticas de salud, una guía nacional y dos planes de acción regional de salud. La primera de ellas es la Política N°3 con su línea de acción de implementación, seguimiento, vigilancia y control de normas y guías de atención para cada una de las enfermedades desatendidas, contenida en el documento Política de Salud de la República de Panamá 2016-2025 del Ministerio de Salud.

La segunda es la Política N°5 Vigilar y controlar los factores determinantes de la salud para la reducción de riesgos, amenazas y daños a la salud públicas. (Ministerio de Salud, 2016).

También, se consideró la “Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015” aprobada mediante la Resolución N° 2283 del Ministerio de Salud del 21 de octubre de 2016, que tiene como propósito brindar al profesional de la salud un instrumento técnico para la prevención, diagnóstico adecuado y oportuno, control, vigilancia, manejo terapéutico y monitoreo en el abordaje integral de la Leishmaniasis.

Con relación a las políticas internacionales se tomó como fundamento el “Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022” de la Organización Panamericana de la Salud, el cual fue elaborado a partir de los lineamientos y directrices del Programa Global de Leishmaniasis de la Organización Mundial de la Salud- OMS, adecuados a las características epidemiológicas y aspectos específicos a la Región de las Américas.

Las acciones se enfocaron al diagnóstico temprano, el tratamiento y seguimiento adecuados de las personas afectadas y la vigilancia, prevención y control de los casos humanos, de los vectores y de los reservorios, cuando se requiere.

Otra de las políticas internacionales de referencia fue el “Plan de Acción de la Leishmaniasis de las Américas 2017-2022” que consolida las principales líneas de acción para fortalecer la vigilancia y control de la enfermedad en la región. Esta respuesta requiere la participación de la comunidad en el control de vectores, el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y la implementación de intervenciones innovadoras de eficacia demostrada.

Se tomaron como referencia las líneas de investigación homologadas de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Dirección de Investigación de la Universidad de Panamá: Enfermedades Transmisibles y Salud Pública, Práctica en Enfermería, Prevención Primaria, Educación Ambiental, Salud Pública, Ambiente y Sociedad.

Las áreas de enfermería de atención primaria de esta propuesta educativa corresponden a la prevención, al promover medidas preventivas individuales, familiares y colectivas y vigilancia epidemiológica; a la promoción al informar a la comunidad las medidas de protección adecuadas de acuerdo a la caracterización del foco de transmisión y al tratamiento en el ámbito del cuidado y atención de Enfermería oportunos.

## 1.5. Formulación de la problemática

Ante las situaciones expuestas surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los factores que influyen en la incidencia de la Leishmaniasis Cutánea en la comunidad Bajo Bonito, corregimiento El Cacao, distrito de Capira de agosto a septiembre de 2018?
- ¿La implementación de un Programa Educativo para la prevención de la Leishmaniasis y la promoción de entornos saludables contribuirá a desarrollar y potenciar las competencias necesarias en los dirigentes de la comunidad para que sean agentes multiplicadores?

## 1.6. Objetivos

### 1.6.1. Objetivo General

- Implementar un programa educativo para la prevención de la leishmaniasis y la promoción de entornos saludables dirigido a diez (10) líderes comunitarios de Bajo Bonito del corregimiento El Cacao, Distrito de Capira, Provincia Panamá Oeste, agosto-septiembre 2018.

### 1.6.2. Objetivos Específicos

- Reconocer los factores de riesgo de la alta prevalencia de Leishmaniasis Cutánea en la comunidad Bajo Bonito, corregimiento de El Cacao, distrito de Capira.
- Determinar la prevalencia de la Leishmaniasis Cutánea en Bajo Bonito.

- Definir los factores intervinientes en la prevalencia de la Leishmaniasis Cutánea en la comunidad Bajo Bonito.
- Identificar el nivel de conocimiento de los líderes comunitarios en Bajo Bonito con respecto a la Leishmaniasis, su prevención y control.
- Implementar un proyecto de intervención educativo para la prevención y de la leishmaniasis cutánea y la promoción de entornos saludables, dirigido a los líderes comunitarios de Bajo Bonito.

#### 1.7. Supuestos

- La implementación del programa educativo tendrá un impacto en la reducción de la incidencia de Leishmaniasis Cutánea en la comunidad Bajo Bonito del corregimiento El Cacao, distrito Capira, provincia de Panamá Oeste.
- Los líderes comunitarios de Bajo Bonito aplicarán medidas para la prevención de la Leishmaniasis Cutánea y mantener su entorno saludable.
- Los líderes sensibilizados serán agentes multiplicadores en sus familias y la comunidad, para reducir la incidencia de Leishmaniasis Cutánea.

## 1.8. Fuentes de información

Para desarrollar este programa de intervención se consultaron fuentes primarias secundarias y terciarias. Las fuentes secundarias revisadas incluyen: libros, actas de conferencias, planes gubernamentales nacionales, informes científicos y técnicos, libros, y periódicos nacionales, una enciclopedia y una síntesis documental del "Proceso de organización y planificación realizado por comunidades agrupadas en los comités locales de la subcuenca del río Ciri Grande" presentado en el "Plan de Acción Inmediata Subcuenca del Río Ciri Grande", con el liderazgo de la Autoridad del Canal de Panamá (ACP) y coordinado por la Comisión Interinstitucional de la Cuenca Hidrográfica del Canal de Panamá (CICH).

Las fuentes terciarias consultadas fueron tres revistas electrónicas y páginas de internet de la Organización Mundial de la Salud, de los proyectos de intervención y un archivo documental explicativo.

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

### 2.1. Tipo de estudio

**Paradigma:** Fue un estudio con enfoque cualitativo. Se analizaron las características socioeconómicas de los líderes comunitarios de Bajo Bonito, los conocimientos y las prácticas sobre la Leishmaniasis, los factores de riesgo y las necesidades en orden de prioridad y que pueden ser intervenidos para obtener entornos de vida más saludables.

**Diseño:** Es una investigación no experimental, transversal que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar la situación de salud y salud ambiental comunitaria sin manipular las variables de estudio, y efectuado en un período de tiempo determinado.

**Tipo:** Es de tipo descriptivo, porque buscaba identificar y caracterizar los conocimientos y las prácticas de los líderes comunitarios de Bajo Bonito sobre la leishmaniasis, el entorno saludable y el rol que desempeñan como líderes de la comunidad.

## 2.2. Población

La población la conformaron diez (10) líderes comunitarios de Bajo Bonito.

## 2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión a considerar fueron

- Ser un líder comunitario en Bajo Bonito.
- Haber manifestado el interés de participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron

- No ser un líder comunitario en Bajo Bonito.
- No haber manifestado el interés de participar en el estudio.

## 2.4. Período de inicio y finalización

El período de inicio fue agosto de 2018 y de finalización fue septiembre de 2018.

## 2.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió a los diez (10) líderes comunitarios de Bajo Bonito. Las variables de estudio incluyeron

- Factores sociodemográficos: edad, sexo, nivel educativo, ocupación e ingreso mensual.
- Conocimiento de la enfermedad: qué es, modo de transmisión, sintomatología, tratamiento, prevención, prevalencia, atención de salud, responsabilidad familiar en la atención del afectado.
- Factores de riesgo y factores protectores dentro de la vivienda y sus alrededores.



- Perspectiva comunitaria la situación de la incidencia de Leishmaniasis Cutánea, con énfasis en los factores determinantes de la salud.
- Planeación local para la creación de entornos saludables como estrategia de prevención.

## 2.6. Beneficiarios

Los beneficiados directos fueron diez (10) líderes comunitarios de Bajo Bonito del corregimiento El Cacao, distrito de Capira, provincia de Panamá Oeste. Los beneficiados participaron de la encuesta, visitas domiciliarias orientativas y una exposición educativa. Además, recibieron una Guía Educativa de Entorno Saludable.

Los beneficiarios indirectos fueron los 373 residentes y las 90 familias que residen en la comunidad de Bajo Bonito, quienes recibirán sesiones de aprendizaje sobre la prevención de la Leishmaniasis Cutánea y la creación de entornos saludables, por parte de los líderes comunitarios participantes del proyecto de intervención.

## 2.7. Métodos de recolección de datos

Los métodos de recolección de datos para este proyecto de intervención incluyeron la recopilación documental y visitas domiciliarias para identificar factores de riesgo de Leishmaniasis Cutánea y orientar sobre medidas de prevención.

## 2.8. Técnicas e instrumentos

Las técnicas aplicadas en este proyecto de intervención incluyeron

- Observación directa: consistió en observar atentamente durante las visitas domiciliarias casa por casa y sus alrededores para identificar los factores de riesgo y favorecedores de salud, ecológicos y ambientales para posteriormente, anotar, registrar y analizar la información obtenida.
- Encuesta: técnica que permitió la recopilación de información entre los líderes de la comunidad acerca de las prácticas de prevención y tratamiento de Leishmaniasis Cutánea acostumbradas.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos en este programa educativo fueron los siguientes

- Hoja de Cotejo para la visita domiciliaria.
- Cuestionario de 15 preguntas para las encuestas a los líderes comunitarios, relacionadas a la prevención de la Leishmaniasis Cutánea. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud Instituto Colombiano de Medicina Tropical Servicio Seccional de Salud del Chocó. (s.f.). Encuesta sobre conocimientos y prácticas acerca de la leishmaniasis cutánea en comunidades del Departamento del Chocó, Colombia.

## 2.9. Intervención propuesta

La intervención propuesta consistió en diseñar, implementar y evaluar los resultados de un proyecto educativo para la prevención de la leishmaniasis cutánea y promoción de entornos saludables, dirigido a los líderes comunitarios de la comunidad Bajo Bonito, corregimiento El Cacao, distrito de Capira, provincia de Panamá Oeste.

La intervención tuvo como responsable a Mitzi Castillo, Licenciada en Enfermería, estudiante de la Universidad de Panamá en Maestría en Atención Primaria de Salud. Esta intervención tuvo lugar en las residencias de los líderes comunitarios y en la escuela de la comunidad.

Para este proyecto se programaron cuatro (4) actividades dirigidas a los líderes comunitarios de la comunidad Bajo Bonito, tomando como fundamento las necesidades identificadas en orden de prioridad.

Estas actividades contemplaban: Visitas domiciliarias, una encuesta, una exposición sobre entornos saludables y su importancia y la elaboración y distribución de una Guía Educativa de Entorno Saludable.

## 2.10. Aspectos Bioéticos, Éticos y Legales

Este proyecto de intervención contempló los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia. Consideró el consentimiento informado, la confidencialidad de los participantes, ya que no se divulgó información sobre la identidad de los participantes, por lo cual se solicitó la firma de una declaración de confidencialidad y no divulgación de identidades de cada uno de los participantes del proyecto de intervención.

Los beneficios potenciales superan la consideración de los riesgos, porque es un estudio descriptivo que no realizó análisis experimentales en seres humanos ni en animales, ya que tenía como propósito reducir la incidencia de Leishmaniasis, a través de procesos educativos sobre medidas de prevención y control aplicadas a los líderes comunitarios. Sus resultados beneficiaron tanto a los líderes comunitarios como a sus familiares y al resto de los residentes de la comunidad Bajo Bonito.

Se solicitó por escrito la autorización para la realización del proyecto al Director Regional de Salud de Panamá Oeste. Los participantes fueron informados del proyecto mediante un consentimiento informado para que avalaran su participación. Los participantes podían renunciar a participar del proyecto cuando así lo considerasen conveniente.

Este programa tuvo como fundamentos legales éticos y bioéticos la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 que aprueba los derechos y las obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre informada y establece las garantías de respeto a las personas respecto a intervenciones médicas con fines terapéuticos o de investigación.

Igualmente, se rigió por lo establecido en el Reglamento del Sistema de Investigación de la Universidad de Panamá de 2012 y los principios establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 19 de octubre de 2005. Estos principios son: dignidad humana y derechos humanos, beneficios y efectos nocivos, autonomía y responsabilidad individual, consentimiento, personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento, respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, privacidad y confidencialidad, igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, solidaridad y cooperación, responsabilidad social y salud, aprovechamiento compartido de los beneficios.

2.11. Cronograma

Etapas	Actividades	Año 2017																			
		Mes/Semana																			
		JUL				AGO				SEP				OCT				NOV			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Primera: Diagnóstico y análisis de las necesidades para identificar la problemática a intervenir.	1. Descripción de la problemática a intervenir		x																		
	2. Revisión de la literatura.		x																		
	3. Objetivos Generales y Específicos		x																		
	4. Justificación del proyecto		x																		
	5. Formulación de la problemática a intervenir		x																		
Segunda: Planificación y diseño de los componentes del plan de acción.	1. Descripción de la metodología a desarrollar para el proyecto de intervención.			x																	
	2. Revisión del protocolo ante la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería.			x		x		x		x		x		x		x		x		x	

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

**CRONOGRAMA (CONTINUACIÓN)**

Etapas	Actividades	Año 2018																																	
		Mes/Semana																																	
		ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Planificación y diseño de los componentes del plan de acción.	(Continuación) Revisión del protocolo ante la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería.		x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x															
	3. Revisión del protocolo ante la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería.																																		
	4. Revisión del protocolo y registro ante la Dirección General de la Salud Pública del MINSA.																																		
	5. Revisión del protocolo ante el Comité de Bioética de la Investigación de la UP.																																		

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

**CRONOGRAMA (CONTINUACIÓN)**

<b>Etapas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Año 2018</b>							
		<b>Mes/Semana</b>							
		<b>AGO</b>				<b>SEP</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Tercera: Ejecución de las acciones del plan propuesto.	1. Realizar visitas domiciliarias		x						
	2. Aplicar encuesta.		x						
	3. Desarrollar una Guía Educativa de Entorno Saludable.				x				
	4. Realizar una exposición sobre entornos saludables y su importancia para la comunidad.					x			
Cuarta: Evaluación formativa del resultado	Pre-test de conocimiento sobre entornos saludables y su importancia.					x			
Evaluación sumativa del resultado	Post-test de conocimiento sobre entornos saludables y su importancia.					x			
	Post-test de satisfacción y percepción del plan de acción.					x			

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

## 2.12. Implementación del proyecto de intervención

Cada una de las actividades del plan de acción del proyecto de intervención fue realizada satisfactoriamente del 15 de agosto al 3 de septiembre de 2018. Para el traslado hacia la comunidad Bajo Bonito, se contó con la colaboración del Director Regional de Control de Vectores de la Región de Salud de Panamá Oeste del Ministerio de Salud.

El primer día: 15 de agosto de 2018, se efectuaron las visitas domiciliarias de los 10 líderes comunitarios utilizando la Hoja de Cotejo de Visita Domiciliaria (Ver Anexo N°3). Se identificaron aquellas condiciones desfavorables que propiciaban la proliferación de vectores de Leishmaniasis dentro de la vivienda y sus alrededores. Se visitó el área de cultivos de la comunidad y la escuela. Se orientó a los moradores sobre la importancia de mantener las áreas limpias para evitar la proliferación de chitras, durante el recorrido. También, se orientó al personal docente de la escuela Bajo Bonito. Se tomaron fotografías.

El día 15 de agosto de 2018, también se aplicó una encuesta a los 10 líderes comunitarios con el objetivo de recabar información de los líderes comunitarios sobre aspectos sociodemográficos y relacionados a la Leishmaniasis Cutánea. Se utilizó como instrumento un cuestionario de 15 preguntas (Ver Anexo N°4).

Del 28 al 31 de agosto de 2018 se diseñó la Guía de Entorno Saludable (Ver Anexo N°14), con el propósito de fomentar el aprendizaje sobre el entorno saludable y su importancia para la prevención de la Leishmaniasis Cutánea y mejorar la calidad de vida en la comunidad. Contenía información escrita e imágenes ilustrativas sobre qué es la Leishmaniasis Cutánea, la descripción del vector y dónde habita, modo de transmisión, cómo reconocer la picadura del vector y cómo prevenirla. Igualmente, en ella se definió que entorno, qué es un entorno saludable, cómo es una vivienda saludable, su importancia para la salud y el



aporte de los líderes comunitarios en la creación de entornos saludables. Esta Guía fue impresa para ser distribuida a los 10 líderes comunitarios el día 3 de septiembre de 2018 durante la exposición sobre entornos saludables.

El 3 de septiembre de 2018 se efectuó la exposición “Entornos saludables es calidad de vida”, con la participación de los líderes comunitarios y el Director Regional de Control de Vectores de la Región de Salud de Panamá Oeste del Ministerio de Salud. Se utilizaron recursos didácticos digitales y otros materiales. Se distribuyeron diez Guías de Entorno Saludable.

A continuación se presenta la ejecución de las acciones del proyecto de intervención, la fecha de realización, los resultados esperados, los indicadores y los resultados obtenidos.

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

Necesidad identificada en orden de prioridad	Ejecución de las acciones a realizar en la intervención	Fecha de realización	Resultados Esperados	Indicadores	Resultados obtenidos
Desconocimiento sobre prevención de la Leishmaniasis cutánea en los líderes comunitarios de Bajo Bonito del Cacao de Capira.	Realizar visitas domiciliarias.	15 de agosto de 2018	100% de las viviendas serán visitadas.	%= No. de viviendas visitadas/10 viviendas programadas x 100	10 viviendas visitadas/10 viviendas programadas x 100 = 100%
				%= No. de viviendas con condiciones de anidación de vectores/10 viviendas programadas x 100	%= 10/10 viviendas programadas x 100= 100%
	Aplicar una encuesta.	15 de agosto de 2018	100% de los líderes comunitarios serán encuestados.	% = No. de encuestados/10 líderes comunitarios x 100	10 líderes comunitarios encuestados/10 líderes comunitarios x 100= 100%
Deficientes condiciones de saneamiento de las viviendas y los alrededores para evitar la anidación de los vectores en la comunidad de Bajo Bonito del Cacao de Capira.	Desarrollar una Guía de Entorno Saludable.	28- 31 de agosto de 2018	100% de las guías serán distribuidas a los líderes comunitarios.	%= No. de guías distribuidas/ 10 guías programadas para distribuir x 100	10 guías distribuidas/10 guías programadas para distribuir x 100= 100%
	Realizar una exposición sobre entornos saludables y su importancia para la comunidad.	3 de septiembre de 2018.	100% de los líderes comunitarios asistirán y participaran con interés en la exposición.	%= No. de asistentes a la exposición/ 10 líderes comunitarios invitados x 100	10 líderes comunitarios asistieron a la exposición/ 10 líderes comunitarios invitados x 100= 100%

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

## CAPÍTULO III. RESULTADOS

### 3.1. Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias se efectuaron con el propósito de identificar condiciones que propicien o minimicen la proliferación de flebótomos transmisores de la leishmaniasis cutánea. En el Cuadro N°1 se presentan los resultados obtenidos en las visitas a los diez (10) domicilios en la comunidad de Bajo Bonito.

**CUADRO N°1: VIVIENDAS VISITADAS EN LA COMUNIDAD BAJO BONITO, SEGÚN LAS CONDICIONES DE SANEAMIENTO IDENTIFICADAS. AÑO: 2018.**

<b>Condiciones identificadas</b>	<b>No. de viviendas con respuestas afirmativas</b>	<b>No. de viviendas con respuestas negativas</b>	<b>Total de viviendas visitadas</b>
1. Las ventanas de la vivienda tienen mallas protectoras.	0	10	10
2. Las puertas de la vivienda tienen mallas protectoras.	0	10	10
3. Se mantiene limpio el peridomicilio de hierbas, maleza, hojarasca y basura, materiales y objetos acumulados.	6	4	10
4. Se mantiene limpio el interior.	10	0	10
5. Existe vegetación muy frondosa alrededor de la vivienda.	10	0	10
6. Se observa presencia de aguas estancadas.	3	7	10
7. Los dormitorios tienen mosquitero.	0	10	10
8. Existen mascotas (perros, gatos, loros, pericos, otros) en la vivienda.	10	0	10
9. Las mascotas permanecen en el exterior de la vivienda.	6	4	10
10. Se le realiza control veterinario a las mascotas anual.	2	8	10

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

CUADRO N°2: VIVIENDAS VISITADAS EN LA COMUNIDAD BAJO BONITO, SEGÚN LAS CONDICIONES DE SANEAMIENTO IDENTIFICADAS. AÑO: 2018. (CONTINUACIÓN)

Condiciones identificadas	No. de viviendas con respuestas afirmativas	No. de viviendas con respuestas negativas	Total de viviendas visitadas
11. Existen gallineros en la vivienda	7	3	10
12. Se observan los gallineros limpios	2	5	10
13. Se han acercado animales silvestres como osos perezosos, zorras u otros al peridomicilio.	6	4	10
14. Existen en la vivienda proliferación de chitras y mosquitos	5	5	10
15. Algún residente de la vivienda se dedica a tareas agrícolas o forestales.	6	4	10
16. El trabajador (a) agrícola o forestal utiliza camisa manga larga, pantalón largo y medias largas para trabajar.	6	4	10
17. El trabajador agrícola o forestal se aplica repelente para trabajar.	0	10	10
18. Algún residente de la vivienda ha presentado signos o síntomas de Leishmaniasis o bejuco (granos, úlceras en la piel de tonalidad rojiza que pueden o no doler).	10	0	10
19. Algún residente de la vivienda ha padecido de Leishmaniasis o bejuco.	10	0	10

Fuente: Castillo, Mitzi (2018).

La comunidad de Bajo Bonito es una zona con vegetación muy frondosa y como se observa en el Cuadro N°2, se identificaron viviendas que no mantenían el peridomicilio limpio de hierbas, maleza y hojarasca.

Los residentes respondieron que han visto animales silvestres como: armadillos, perezosos, monos y zarigüeyas silvestres cerca a sus domicilios. Además, todas las viviendas visitadas tenían mascotas perros, gatos, loros y pericos.

Algunas de las viviendas tenían las mascotas fuera de la vivienda, en otras podían entrar y salir de la vivienda. Ocho de diez, viviendas no le realizan control veterinario anual a las mascotas. La mayoría de las viviendas tenían cría de gallinas y la mayoría de ellas no tenían los gallineros limpios.

La comunidad de Bajo Bonito por sus características boscosa es una zona con proliferación de chitras y mosquitos, por lo que es vigilada y controlada por las autoridades de salud. Los residentes deben aplicar medidas personales y comunitarias para prevenir la reproducción de las chitras, sin embargo, se observó durante las visitas domiciliarias que las ventanas y puertas de las viviendas no tenían mallas protectoras y los dormitorios no tenían mosquitero.

En seis de las diez viviendas visitadas alguno de sus residentes se dedicaba a tareas agrícolas. Al preguntar si los residentes que se dedicaban a tareas agrícolas utilizaban camisa manga larga, pantalón largo y medias largas para trabajar como medidas de prevención, seis de diez sí lo hacen. No obstante, los agricultores no se aplicaban repelente para trabajar.

Al preguntar durante las visitas si algún residente de la vivienda había presentado signos o síntomas de Leishmaniasis (granos, úlceras en la piel), manifestaron que siete adultos y 2 niños habían presentado Leishmaniasis cutánea y se le observaron las cicatrices. Al momento de las visitas domiciliarias, se recibió información de un infante que se encontraba hospitalizado por Leishmaniasis cutánea.

En general, las condiciones de saneamiento de los domicilios inspeccionados durante las visitas presentaron características propicias para la reproducción del flebótomo transmisor de la Leishmaniasis.

### 3.2. Encuesta

Con el objetivo de recabar información sobre aspectos sociodemográficos y relacionados a la Leishmaniasis Cutánea en la comunidad Bajo Bonito se les aplicó un cuestionario de 15 preguntas a los 10 líderes comunitarios. Los resultados obtenidos y su análisis se presentan a continuación.

CUADRO N°3. LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO POR EDAD Y SEXO. AÑO: 2018.

	Edad	Sexo
Total	10	10
Líder #1	42	F
Líder #2	50	M
Líder #3	52	F
Líder #4	23	F
Líder #5	30	F
Líder #6	29	F
Líder #7	38	F
Líder #8	45	F
Líder #9	51	M
Líder#10	43	M

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Preguntas No. 1 y 2 de la Encuesta.

La población participante del proyecto de intervención corresponde a diez líderes comunitarios de Bajo Bonito. Como lo indica el Cuadro N°3, el 70% son lideresas jóvenes entre los 23 a 30 años. Las mujeres de la comunidad de Bajo Bonito encuestadas, además de ser madres y amas de casa, son emprendedoras, trabajan la tierra, crían animales y se esfuerzan por llevar el sustento a sus hogares.

Hoy en día el rol de las mujeres en la sociedad como facilitadoras, promotoras y agentes de cambio en diversos contextos de la vida en sociedad es cada vez más común. Hay que aprovechar sus fortalezas para incentivarlas a organizarse y participar en la búsqueda y el aporte de soluciones a las necesidades de sus comunidades.

En el Cuadro N°4 se observa la distribución de los líderes comunitarios encuestados, según el nivel educativo.

CUADRO N°4. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO. AÑO: 2018.

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Primario	0	0
Premedia	4	40
Media	3	30
Universitario	3	30

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 3 de la Encuesta.

GRÁFICA N°1. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO. AÑO 2018.



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 3 de la Encuesta.

El 40% de los líderes comunitarios tienen un nivel educativo pre-medio (Primer Ciclo), el 30% tiene educación secundaria y el otro 30% restante, nivel universitario. El nivel educativo como factor social se requiere considerarlo en el proceso de planificación del proyecto de intervención, ya que puede favorecer o dificultar la ejecución del proyecto si es de índole educativo. No obstante, siempre

es posible la aplicación de alternativas didácticas y la adaptación de los contenidos a las características de la población beneficiaria.

La encuesta permitió conocer la distribución de los líderes comunitarios, según la ocupación y el ingreso mensual aproximado. La comunidad Bajo Bonito es una zona montañosa de buen clima en el corregimiento El Cacao en Capira, donde sus residentes son generalmente agricultores.

CUADRO N°5. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN LA OCUPACIÓN Y EL INGRESO MENSUAL. AÑO: 2018.

	Ocupación	Ingreso mensual en B/.
Total	10	-
Líder #1	Funcionario	400 - 600
Líder #2	Agropecuaria	150- 250
Líder #3	Docente	>600
Líder #4	Estudiante	Ninguno
Líder #5	Ama de casa	Ninguno
Líder #6	Buscando empleo	Ninguno
Líder #7	Buscando empleo	Ninguno
Líder #8	Agropecuaria	< 400
Líder #9	Agropecuaria	300
Líder#10	Agropecuaria	<400

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Preguntas No. 4 y 5 de la Encuesta.

El Cuadro N°5 indica que el 40% de los líderes comunitarios se dedica a las actividades agropecuarias, con un ingreso mensual bajo menor a B/. 400.00. El 20% busca empleo. El 40% de los líderes comunitarios no tienen un ingreso mensual fijo.

Las condiciones económicas de los residentes de Bajo Bonito indican que existen muchas necesidades sociales. Es una comunidad distante, que requiere de mayor atención por parte de las autoridades y organizaciones civiles sobre todo en lo que se refiere a la atención primaria de salud, promoción y educación para la salud y participación comunitaria.



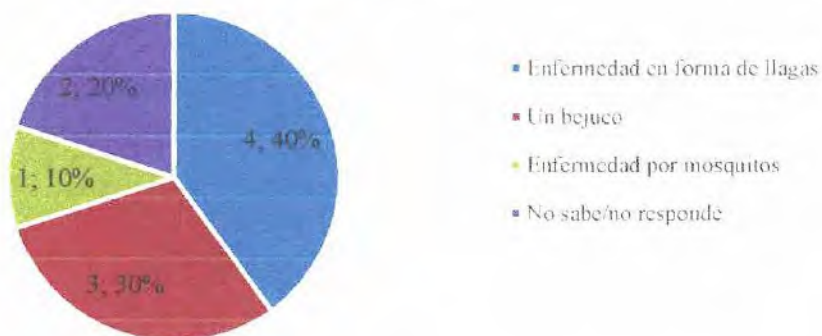
El Cuadro N°6 señala cómo definen o conocen los líderes comunitarios la enfermedad denominada comúnmente “Bejuco”.

CUADRO N°6. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL CONCEPTO DE “BEJUCO”. AÑO: 2018.

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Enfermedad en forma de llagas	4	40
Un bejuco	3	30
Enfermedad por mosquitos	1	10
No sabe/No responde	2	20

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 6 de la Encuesta.

GRÁFICA N°2 ¿QUÉ CONOCE USTED COMO “BEJUCO”?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 6 de la Encuesta.

El 40% de los encuestados respondió que el “Bejuco” es una enfermedad en forma de llagas. El 30% considera que es un bejuco, el 10% que es un padecimiento transmitido por mosquitos y el 20% no sabe o no respondió.

Para promover la prevención de la Leishmaniasis cutánea o cualquier otro padecimiento es importante que la población conozca de qué se trata, con qué nombres se le conoce. Lo que no se conoce, difícilmente se puede prevenir.

Es importante enfatizar la prevención, pero sin dejar de lado las características principales del padecimiento que se pretende controlar o evitar.

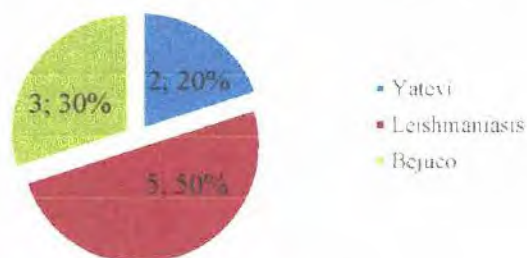
En el Cuadro N°7 los líderes comunitarios expresan con qué otro nombre conocen a la Leishmaniasis cutánea.

**CUADRO N°7. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN OTRA DENOMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO “BEJUCO”. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Yateví	2	20
Leishmaniasis	5	50
Bejuco	3	30

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 7 de la Encuesta.

**GRAFICA N°3 ¿CON CUÁL OTRO NOMBRE SE CONOCE EL BEJUCO?**



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 7 de la Encuesta.

El 50% conoce al “bejuco” como Leishmaniasis, también otros lo conocen como Yateví (20%). La Leishmaniasis cutánea es un padecimiento con presencia en el corregimiento El Cacao de Capira y en áreas de Bocas del Toro y Darién.

Para la planificación del proceso de educación para la salud se precisa conocer las diferentes denominaciones de la Leishmaniasis. Ello contribuye a que los pobladores identifiquen el padecimiento y sepan cómo identificarlo correctamente. Algo que por simple e irrelevante que parezca, es necesario abordarlo al momento de planificar las actividades preventivas. Mientras más información tengan los pobladores, mejor será el abordaje que se le dará a la enfermedad, en cuanto al diagnóstico y tratamiento oportuno. No es suficiente promover la creación de entornos saludables, y dejar de lado las características principales de la enfermedad que queremos prevenir.

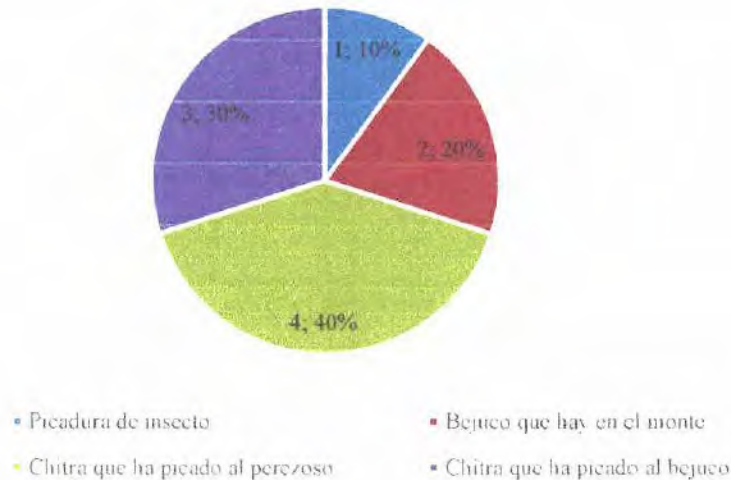
La Leishmaniasis es una enfermedad que se transmite por la picadura de un flebótomo conocido como chitra. En el Cuadro N°8 se presentan los resultados obtenidos en la encuesta con respecto a ¿cómo se transmite?

**CUADRO N°8. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE TRANSMITE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Picadura de insecto	1	10
Chitra que ha picado al perezoso	4	40
Bejuco que hay en el monte	2	20
Chitra que ha picado al bejuco	3	30

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 8 de la Encuesta.

GRÁFICA N°4. ¿CÓMO SE TRANSMITE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 8 de la Encuesta.

El 40% de los líderes comunitarios encuestados respondieron que la Leishmaniasis cutánea se transmite por una chitra que ha picado al perezoso. El 30% considera que se transmite por una chitra que ha picado al bejuco y el otro 20% por un bejuco que hay en el monte. A pesar de que la mayoría de los líderes conoce que se transmite por un vector que ha picado a un reservorio infectado, el 60% no tiene claro el modo de transmisión.

La Leishmaniasis cutánea infecta al huésped susceptible por la inoculación de un vector, que es un flebótomo hembra o chitra (*Lutzomyia*) y que previamente ha ingerido sangre de un reservorio silvestre infectado con los parásitos, en este caso podría ser el perezoso, el mono, la zarigüeya, el armadillo, etc. Informar a los líderes comunitarios sobre el mecanismo de transmisión de la Leishmaniasis contribuye a que la aplicación de las medidas de prevención, control y eliminación sea más eficaz.

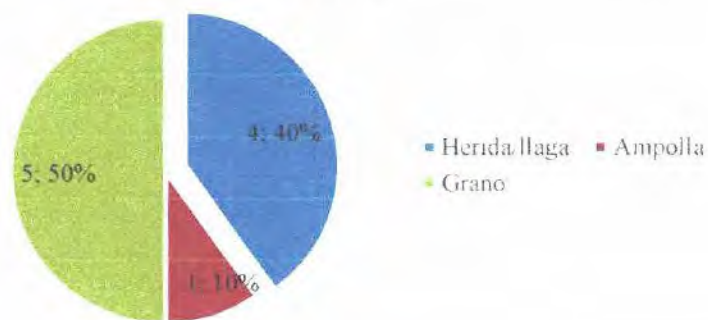
En la encuesta también se les preguntó a los líderes comunitarios si conocían ¿cómo se presenta la enfermedad?

**CUADRO N°9. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE PRESENTA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Herida/llaga	4	40
Ampolla	1	10
Grano	5	50

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 9 de la Encuesta.

**GRÁFICA N°5 ¿COMO SE PRESENTA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA?**



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 9 de la Encuesta.

La mayoría de los encuestados considera que la Leishmaniasis cutánea se presenta en forma de grano en la piel. El 40% respondió que se presenta en forma de herida o llaga. El 10% como una ampolla. La leishmaniasis cutánea, tal como su nombre lo dice afecta la piel y empieza a aparecer donde inoculó el flebotomo. Se inicia en forma de úlcera redondeada, de borde elevado y bien definido, cubierta por una costra amarillenta que al desprenderse revela un fondo de tejido de granulación limpio.

A partir de los 7 días se agranda de forma irregular y se necrosa en el centro convirtiéndose en una úlcera, generalmente indolora. Hay dos tipos localizada o difusa. Si los pobladores de zonas endémicas como Bajo Bonito no saben reconocer los signos de la enfermedad se pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento. En las actividades de educación es esencial que los líderes enseñen a los pobladores a identificar la picadura de la chitra para que sean atendidos lo más pronto posible.

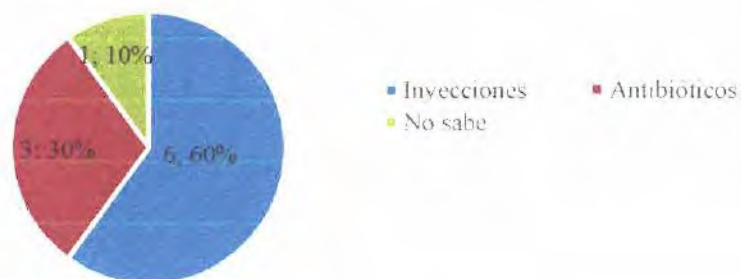
En el Cuadro N°10 se exponen las respuestas de los líderes comunitarios participantes del proyecto de intervención acerca de si conocen cómo se trata la Leishmaniasis cutánea.

**CUADRO N°10. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE TRATA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Inyecciones	6	60
Antibióticos	3	30
No sabe	1	10

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 10 de la Encuesta.

**GRAFICA N°6 ¿CÓMO SE TRATA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA?**



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 10 de la Encuesta.

Como se observa en la Gráfica N°6 el 60% de los líderes comunitarios de Bajo Bonito consideran que se debe tratar la Leishmaniasis cutánea con inyecciones, lo cual es correcto. El 30% respondió que con antibióticos y el 10% no sabe cuál es su tratamiento.

Según la Comisión Técnica Nacional para la Prevención y el Control de la Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis y otras enfermedades infecciosas desatendidas del Ministerio de Salud (2013), el antimonio de meglumina es el medicamento de elección en el tratamiento de la Leishmaniasis cutánea y el Glucantime el único producto registrado en Panamá con aprobación de las vías de administración intramuscular e intravenosa.

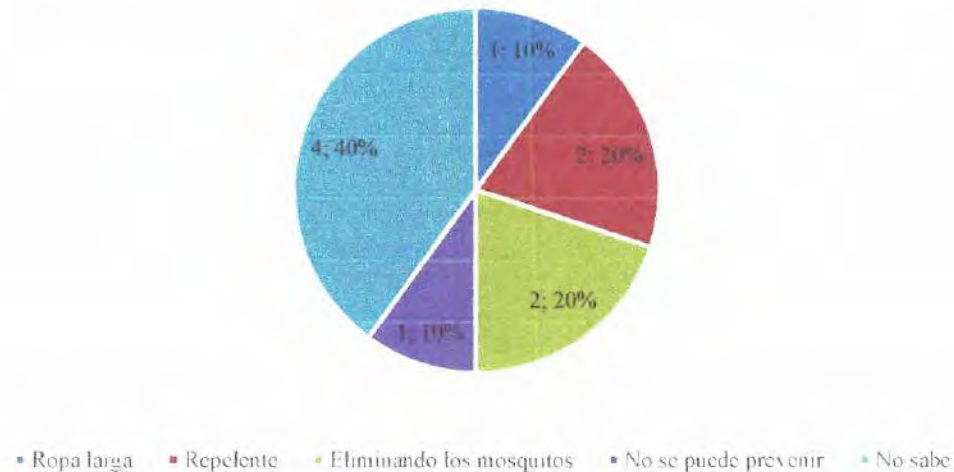
Otra de las preguntas de la encuesta fue ¿cómo se puede prevenir? En el Cuadro N°11 se presentan los resultados obtenidos.

**CUADRO N°11. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Ropa larga	1	10
Repelente	2	20
Eliminando los mosquitos	2	20
No se puede prevenir	1	10
No sabe	4	40

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 11 de la Encuesta.

GRÁFICA N°7 ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 11 de la Encuesta.

El 40% considera que la mejor medida de prevención es utilizar ropa larga cuando se trabaja en las zonas boscosas, el 20% mencionó el uso de repelente, el otro 20% eliminando los mosquitos o chitras, el 10% considera que no se puede prevenir y el otro 10% no sabe cómo puede prevenirse.

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad prevenible. Existen diversas medidas preventivas a nivel familiar y comunitario. El proyecto de intervención contempla informar y educar a los líderes comunitarios sobre éstas medidas preventivas, para que a su vez éstos puedan comunicarlas y promoverlas al resto de los pobladores.

En el Cuadro N°12 se observan las respuestas de los líderes comunitarios ante la interrogante ¿A quién se debe acudir cuando se tiene Leishmaniasis cutánea?

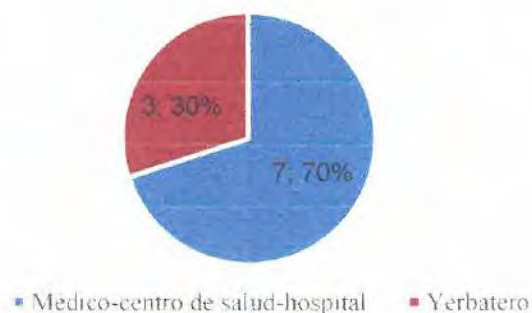


CUADRO N°12. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN ADÓNDE SE DEBE ACUDIR AL PADECER LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Médico-Centro de salud	7	70
Yerbatero	3	30

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 12 de la Encuesta.

GRAFICA N°8 ¿ADONDE SE DEBE ACUDIR AL PADECER LEISHMANIASIS CUTÁNEA?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 12 de la Encuesta.

El 70% de los encuestados respondieron que en caso de presentar Leishmaniasis cutánea los afectados deben acudir al médico y al centro de salud, mientras que el 30% restante considera que pueden utilizar medicina alternativa natural.

En comunidades apartadas, con bajo nivel educativo y socioeconómico, con características culturales basadas en las creencias y tradiciones del pueblo, los afectados y familiares recurren a los curanderos, naturistas y botánicos o a remedios caseros para tratar la enfermedad. Lo más indicado ante sospecha de Leishmaniasis cutánea es acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.

Es necesario sensibilizar a los líderes comunitarios para que exhorten a los pobladores a acudir inmediatamente al centro de salud para que reciben la atención médica oportunamente y reducir el riesgo de complicaciones.

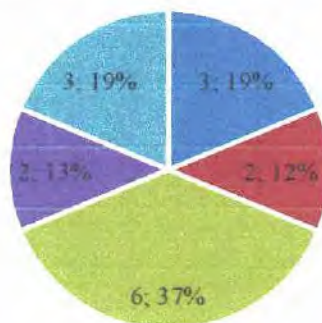
El Cuadro N°13 muestra los resultados de la pregunta ¿a quién le da con mayor frecuencia la Leishmaniasis cutánea?

CUADRO N°13. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN A QUIÉN LE DA MÁS LEISHMANIASIS CUTÁNEA. AÑO: 2018.

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Hombres	3	19
Mujeres	2	12
Niños	6	37
Ancianos	2	13
No sabe/no responde	3	19

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 13 de la Encuesta.

GRÁFICA N°9 ¿A QUIÉN LE DA MÁS LEISHMANIASIS CUTÁNEA?



■ Hombres ■ Mujeres ■ Niños ■ Ancianos ■ No sabe/no responde

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 13 de la Encuesta.

Los resultados obtenidos son homogéneos. El 37% considera que los niños son el grupo más vulnerable a presentar la Leishmaniasis. El 19% opina que es más frecuente en los hombres, mientras que el 13% en los ancianos y el 12% en las mujeres.

Según datos estadísticos del Departamento de Epidemiología Nacional, para el año 2014 se reportaron en la población menor de 19 años, un total de 662 casos de Leishmaniasis cutánea, correspondiendo al sexo masculino el 52% de estos casos y con un predominio en el grupo etario menor de 5 años.

Por lo tanto, las madres y abuelas son grupos sensitivos a considerar en las intervenciones de promoción de la salud y de prevención de la Leishmaniasis que se vayan a realizar en la comunidad Bajo Bonito.

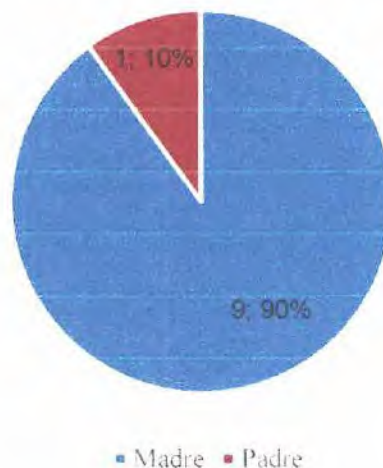
La encuesta, también recabó información sobre en quién recae la responsabilidad de buscar la atención de salud en el seno familiar cuando existe un enfermo con Leishmaniasis cutánea. El objetivo era conocer el abordaje familiar y saber a qué grupos orientar la intervención educativa.

**CUADRO N°14. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN QUIÉN SE ENCARGA DE BUSCAR ATENCIÓN PARA EL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA. AÑO: 2018.**

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Madre	9	90
Padre	1	10

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 14 de la Encuesta.

GRÁFICA N°10 ¿QUIÉN SE ENCARGA DE BUSCAR ATENCIÓN PARA EL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 14 de la Encuesta.

El 90% de los líderes comunitarios de la comunidad Bajo Bonito respondió que la responsabilidad de buscar atención de salud en las familias, generalmente, es de la madre. Siendo los niños, el grupo más vulnerable a la Leishmaniasis cutánea en esta zona, se deduce que las actividades educativas deben estar dirigidas a toda la población expuesta a factores de riesgo, pero especialmente a las madres y docentes, para de esta manera suministrarles toda la información posible acerca de las medidas de prevención y el abordaje de la Leishmaniasis.

Al preguntarles a los líderes comunitarios sobre en quién recae la responsabilidad del cuidado de los enfermos por Leishmaniasis en los hogares, la Gráfica N°11 nos indica que todos respondieron que en la madre. Este resultado complementa lo analizado en el Cuadro N°14 donde se concluye que la responsabilidad de buscar la atención de salud dentro del hogar corresponde también a la madre.

CUADRO N°15. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN QUIÉN CUIDA AL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA. AÑO: 2018.

	Número	Porcentaje
Total	10	100
Madre	10	100
Padre	0	0
Abuelos	0	0
Hermanos	0	0
Otro	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 15 de la Encuesta.

GRAFICA N°11 ¿QUIÉN CUIDA AL ENFERMO DE LEISHMANIASIS EN LA FAMILIA?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 15 de la Encuesta.

Al ser las madres, las que generalmente asumen la responsabilidad de buscar atención de salud y realizar los cuidados pertinentes a los afectados por Leishmaniasis cutánea en la comunidad, se puede rescatar que las mujeres tienen un rol esencial en el abordaje de la prevención y el control de la Leishmaniasis cutánea en la comunidad Bajo Bonito, y quizás en las otras comunidades consideradas como zonas endémicas.

Las actividades de educación para la salud dentro del contexto comunitario deben ser dirigidas a toda la población, pero con mayor énfasis en el ámbito familiar, tomando en cuenta el rol de la mujer. Las mujeres son las primeras agentes promotoras de la salud comunitaria dentro de sus hogares.

### 3.3. Pruebas de evaluación

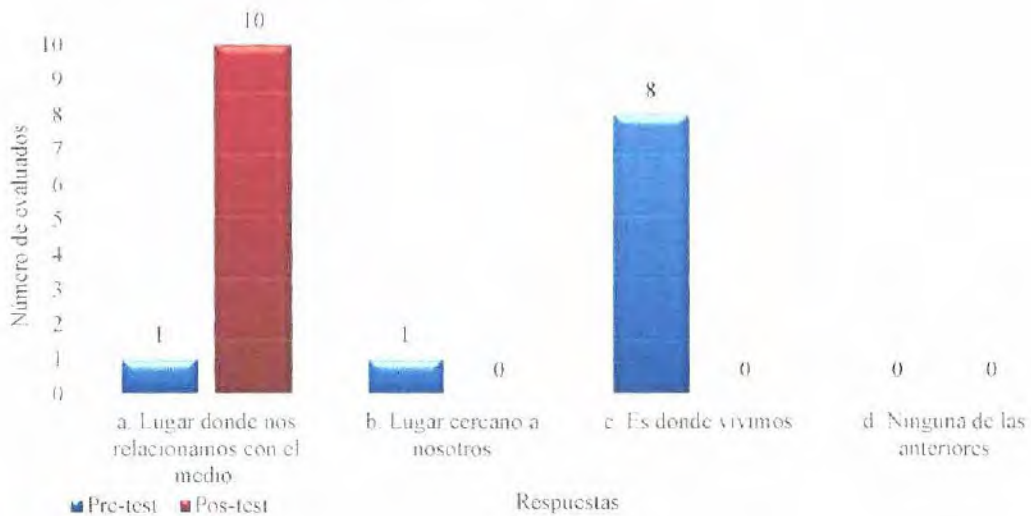
El Programa Educativo para la Prevención y Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios de Bajo Bonito involucró una exposición sobre entornos saludables y su importancia, y fue dirigido a diez (10) líderes comunitarios. Con la finalidad de evaluar los resultados del proyecto, se aplicó una prueba diagnóstica o pre-test para medir el conocimiento y percepción de esta población objetivo acerca de los entornos saludables y su importancia para la comunidad previamente a la exposición. Igualmente, se aplicó una prueba sumativa o pos-test sobre lo tratado en la exposición para comparar ambos resultados.

**CUADRO N°16. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN RESULTADOS DEL PRE Y POS-TEST SOBRE QUÉ ES ENTORNO. AÑO: 2018.**

	Pre-test		Pos-test	
	N	%	N	%
Total	10	100	10	100
<b>Respuestas</b>				
a. Lugar donde los relacionamos con el medio (Respuesta correcta)	1	10	10	100
b. Lugar cercano a nosotros	1	10	0	0
c. Es donde vivimos	8	80	0	0
d. Ninguna de las anteriores	0	0	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 1 del Test de Evaluación.

GRÁFICA N°12 ¿QUÉ ES ENTORNO?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 1 del Test de Evaluación.

El entorno es el lugar donde las personas se relacionan con el medio que los rodea, es decir, donde las personas interactúan activamente con el medio, el espacio físico, biológico, social, ecosistema, comunidad y con los demás; y donde los individuos crean y/o solucionan problemas relacionados con la salud.

La Gráfica N°12 indica que en el pre-test las respuestas seleccionadas por los líderes comunitarios fueron incorrectas. No obstante, en la prueba sumativa posterior, se observa que el 100% de los líderes comunitarios respondieron correctamente (opción a).

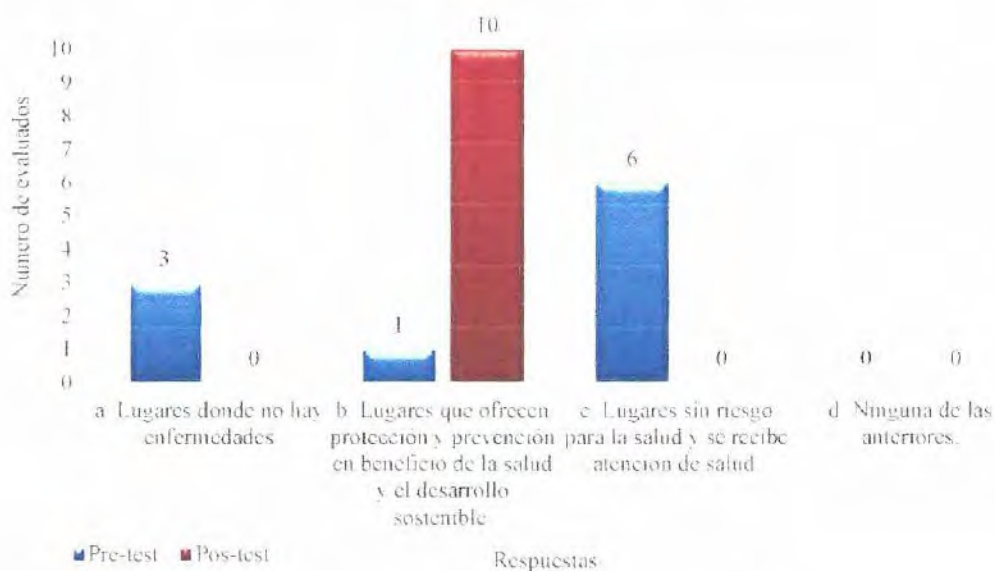
En el Cuadro N°17 se observan la distribución de las respuestas de los líderes comunitarios a la pregunta qué es entorno saludable en el test de evaluación.

CUADRO N°17. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN RESULTADOS DEL PRE Y POS-TEST SOBRE QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES. AÑO: 2018.

	Pre-test		Pos-test	
	N	%	N	%
Total	10	100	10	100
Respuestas				
a. Lugares donde no hay enfermedades	3	30	0	0
b. Lugares que ofrecen protección y prevención en beneficio de la salud y el desarrollo sostenible. (Respuesta correcta)	1	10	10	100
c. Lugares sin riesgo para la salud donde se recibe atención de salud	6	60	0	0
d. Ninguna de las anteriores	0	0	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No. 2 del Test de Evaluación.

GRÁFICA N°13 ¿QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 2 del Test de Evaluación.



Con respecto a qué son los entornos saludables, en la prueba diagnóstica solo el 10% respondió correctamente (opción b) que son lugares que ofrecen a las personas protección y prevención en beneficio de la salud.

Posteriormente, a la exposición se aplicó la prueba sumativa y ésta reflejó que todos los asistentes reconsideraron su respuesta y contestaron correctamente a la pregunta, señalando que los entornos saludables son aquellos entornos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, previniendo, controlando los riesgos y promoviendo la salud, el bienestar y el desarrollo sostenible de los pueblos.

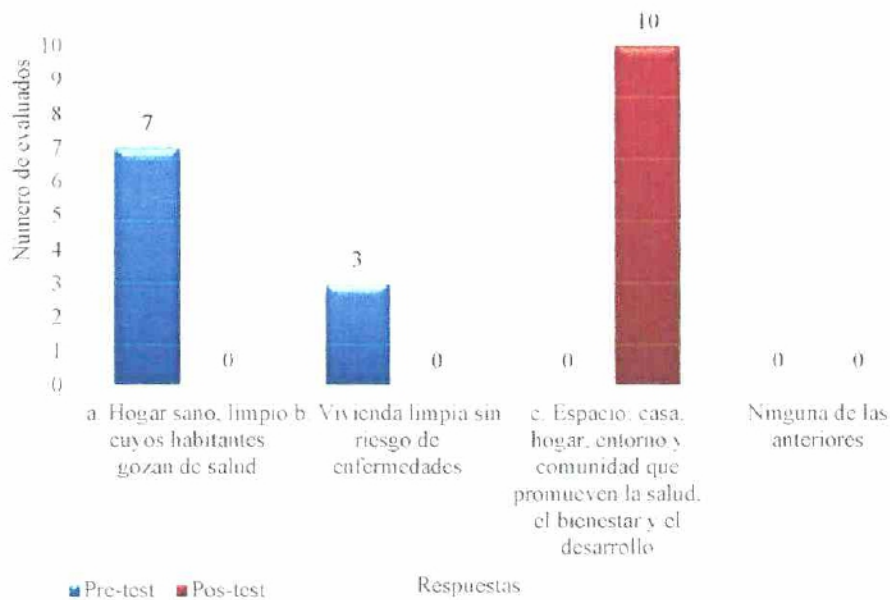
El Cuadro N° 18 presenta los resultados del pre-test y el pos-test sobre qué es una vivienda saludable.

CUADRO N°18. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN EL CONCEPTO DE VIVIENDA SALUDABLE. AÑO: 2018.

	Pre-test		Pos-test	
	N	%	N	%
Total	10	100	10	100
<b>Respuestas</b>				
a. Hogar sano, limpio cuyos habitantes gozan de salud.	7	70	0	0
b. Vivienda limpia sin riesgo de enfermedades.	3	30	0	0
c. Espacio: casa, hogar, entorno y comunidad que promueven la salud, el bienestar y el desarrollo (Respuesta correcta).	0	0	10	100
d. Ninguna de las anteriores.	0	0	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 3 del Pres-test de Evaluación.

GRÁFICA N°14 ¿QUÉ ES VIVIENDA SALUDABLE?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 3 del Test de Evaluación.

En la prueba diagnóstica ninguno de los participantes al programa educativo respondió correctamente (opción c). Una vivienda saludable no es sólo un hogar limpio. Es un espacio que incluye: la casa (lugar físico donde reside el individuo), el hogar (grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el entorno (el ambiente físico inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (los vecinos) con factores de riesgo prevenibles y controlados y características que promueven la salud y el bienestar.

En la prueba posterior a la exposición, el 100% de los participantes respondieron correctamente, lo que indica que los conceptos que se les presentaron a los asistentes fueron comprendidos satisfactoriamente.

El Cuadro N°19 hace referencia a la cuarta pregunta de las pruebas de evaluación diagnóstica y sumativa de la exposición sobre entornos saludables ¿Por qué es importante interactuar en entornos saludables?

CUADRO N°19. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN LA IMPORTANCIA DE INTERACTUAR EN UN ENTORNO SALUDABLE. AÑO: 2018.

	Pre-test		Pos-test	
	N	%	N	%
Total	10	100	10	100
<b>Respuestas</b>				
a. Logramos vivir mejor.	4	40	0	0
b. Mantenemos la salud y el bienestar en beneficio personal, familiar y comunitario (Respuesta correcta).	4	40	10	100
c. Evitamos enfermedades y problema que afectan la calidad de vida.	4	40	0	0
d. Ninguna de las anteriores	0	0	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 4 del Test de Evaluación.

GRÁFICA N°15 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE INTERACTUAR EN ENTORNOS SALUDABLES?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 4 del Test de Evaluación.

Como se observa en la Gráfica N°15, sólo el 20% de la población beneficiaria del proyecto de intervención educativo respondió correctamente (opción b) en la prueba diagnóstica. Es importante interactuar en entornos saludables porque nos permite lograr la reducción del riesgo a la salud, la promoción de factores protectores de la salud y el bienestar, además de fomentar oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles para toda la comunidad. En la prueba sumativa el 100% respondió correctamente.

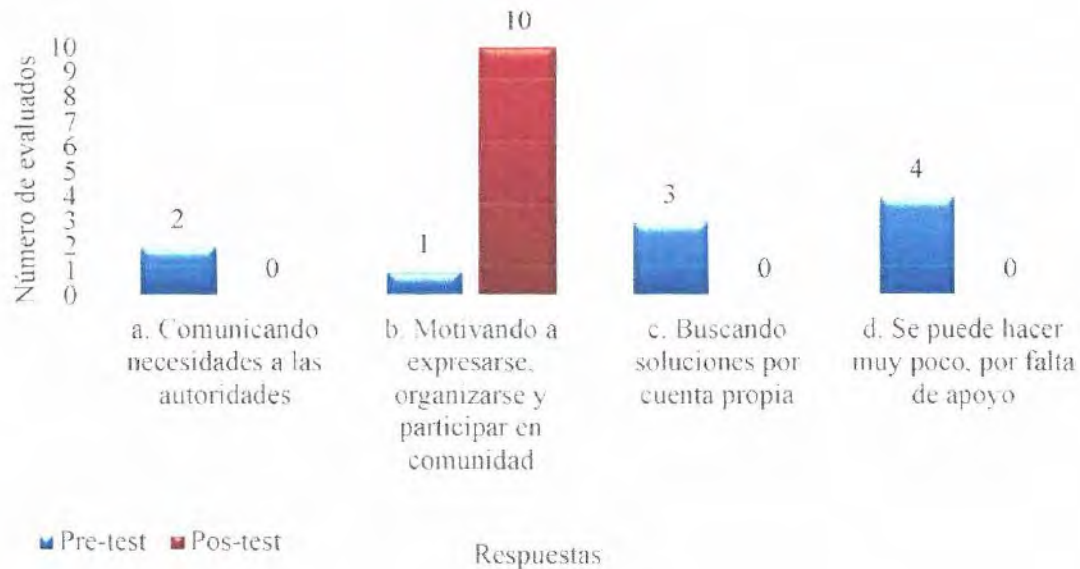
En el Cuadro N°20 se presentan los resultados a la pregunta con mayor aporte de ideas de la evaluación del proyecto de intervención ¿Siendo líder comunitario cómo podría contribuir a crear entornos saludables en su comunidad?

CUADRO N°20. LÍDERES COMUNITARIOS DE BAJO BONITO, SEGÚN CÓMO CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES. AÑO: 2018.

	Pre-test		Pos-test	
	N	%	N	%
Total	10	100	10	100
Respuestas				
a. Comunicando necesidades a las autoridades.	2	20	0	0
b. Motivando a expresarse, organizarse y participar en comunidad (Respuesta correcta).	1	10	10	100
c. Buscando soluciones por cuenta propia.	3	30	0	0
d. Se puede hacer muy poco, por falta de apoyo.	4	40	0	0

Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 5 del Test de Evaluación.

GRÁFICA N°16 ¿CÓMO CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES?



Fuente: Castillo, Mitzi (2018). Pregunta No 5 del Pres-test de Evaluación.

En las pruebas tanto diagnóstica como sumativa se les presentaron cuatro opciones de respuesta a los líderes comunitarios. En esta pregunta en particular no se formularon respuestas correctas o incorrectas, sino opciones con puntos de vista diferenciados con respecto a las posibilidades de actuación.

La opción de respuesta que se buscaba obtener para fomentar la prevención desde la participación de los actores sociales en la comunidad, partiendo de los líderes comunitarios era la opción b. "Motivando a los residentes a expresar sus necesidades, organizarse y participar en actividades que promuevan a vivir de manera saludable, en coordinación con las autoridades locales."

La respuesta a. "Comunicando a las autoridades locales de las necesidades existentes y solicitar que las solucionen" estaba inmersa en la opción b.

El 40% de los líderes comunitarios en el pre-test respondieron la opción c que señala que ante la falta de recursos, lo que pueden hacer como líderes comunitarios es muy poco. Esta respuesta no escapa a la realidad existente en las comunidades apartadas y de bajos recursos como Bajo Bonito, no obstante, este proyecto buscaba incentivar a los líderes comunitarios a idear iniciativas de cooperación y participación a pesar de las dificultades y precariedades existentes en la comunidad.

Finalmente, luego de culminar satisfactoriamente el programa educativo con la exposición y distribución de la guía, en el pos-test el 100% de los líderes respondieron la opción b, estuvieron de acuerdo con la respuesta con mayor enfoque hacia la prevención que se buscaba obtener.

Por otro lado, la evaluación sumativa, también incluyó la aplicación una prueba de satisfacción del plan de acción a los líderes comunitarios de la comunidad Bajo Bonito para conocer sus opiniones acerca de las actividades del proyecto de intervención entre ellas: las visitas domiciliarias, la encuesta, la exposición sobre entornos saludables y la distribución de la guía.

La prueba de satisfacción contempló 10 aspectos a evaluar: la organización del plan de acción del proyecto de intervención, la convocatoria a los líderes comunitarios, la participación de los líderes comunitarios, las visitas domiciliarias y la encuesta, entre otros aspectos.

Los diez líderes comunitarios participantes del proyecto de intervención calificaron como excelente la organización del proyecto, la convocatoria, la participación, las visitas domiciliarias y la encuesta.

Esta percepción indica que los líderes son un eslabón importante en la promoción de la salud comunitaria y que si son tomados en cuenta en los proyectos, se sienten valorados y se suman a los esfuerzos y a las iniciativas que se realicen para el beneficio de sus comunidades.

Con respecto la opinión de los líderes comunitarios con referencia a otras actividades del plan de acción del proyecto de intervención, los diez líderes comunitarios consideraron que la Guía Educativa sobre Ambiente Saludable distribuida fue excelente, así como la exposición sobre ambientes saludables y su importancia para la comunidad.

De igual manera, opinaron que la dinámica utilizada y los recursos didácticos fueron excelentes. En general, la población beneficiaria se manifestó y observó muy satisfecha y motivada con el proyecto de intervención ejecutado en la comunidad Bajo Bonito.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Para la implementación del proyecto de intervención educativo fue necesario reconocer los factores de riesgo, determinar la prevalencia de la Leishmaniasis en la comunidad Bajo Bonito e identificar el nivel de conocimiento de los líderes comunitarios con respecto a la Leishmaniasis, su prevención y control. Para lograr estos objetivos se realizaron recorridos en la comunidad, visitas a los domicilios de los líderes comunitarios, se interactuó con algunos pobladores y se aplicó una encuesta.

En las visitas domiciliarias se reconocieron como principales factores de riesgo: que la comunidad está rodeada de bosques y las áreas del peridomicilio tenían hierbas, maleza, hojarasca y crías de animales. Los residentes manifestaron que han visto animales silvestres como: armadillos, perezosos, monos y zarigüeyas silvestres cerca a sus domicilios.

Los factores identificados en las visitas domiciliarias en Bajo Bonito corresponden a lo señalado por Patiño-Londoño, Salazar, Tovar Acero y Vélez Bernal (2017), quienes señalan que el hábitat de preferencia del vector de la leishmaniasis es el peridomicilio. La OMS (2017), en este sentido, también señala que los principales factores de riesgo de la Leishmaniasis responden a deficiencias de saneamiento de los hogares, la deforestación, la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas. De igual manera, Valdez (2006) menciona como factores de riesgo de Leishmaniasis, la frecuente incursión de las personas a los bosques para construir sus viviendas y realizar labores agrícolas.



Al analizar los factores sociodemográficos de los líderes comunitarios de Bajo Bonito, se conoció que el 70% son lideresas jóvenes entre los 23 a 30 años. El 90% de los líderes comunitarios de Bajo Bonito considera que la responsabilidad de buscar atención de salud y realizar los cuidados a los afectados por Leishmaniasis cutánea dentro de las familias es, generalmente, de las madres, por lo tanto, se deduce que las mujeres tienen un rol esencial en el abordaje de la prevención y el tratamiento de la Leishmaniasis Cutánea en esta comunidad.

Esta afirmación, coincide con lo señalado por Dancuart, Llanos-Cuentas, Pineda-Reyes (2012): "la mayoría de veces el varón es el jefe de familia, sin embargo, la persona que toma la decisión del manejo ante la enfermedad suele ser la mujer (madre de familia)." De igual manera, Giddens citado por Montesó Curto, Pilar (2014) afirma que: "en la gran mayoría de sociedades las mujeres se han venido dedicando prioritariamente al cuidado de los hijos y del hogar." (p.2).

Díaz (2014), afirma que el apoyo familiar para limpiar la lesión, dar compañía al centro asistencial, apoyo emocional, entre otros, es de gran importancia para el paciente y contribuye a enfrentar y reducir las consecuencias psicosociales de la Leishmaniasis.

Llanes, 2009 citado por Martínez (2011), al estudiar "el proceso de fortalecimiento comunitario desde la figura de la mujer líder, muestra la importancia de la mujer madre en los procesos de desarrollo social, y su incidencia, tanto en la configuración política local, como en la transformación del liderazgo tradicional en el ámbito social". (p.3).

Otro aspecto evaluado, a través de la encuesta fueron el nivel educativo, ocupación e ingresos. El 40% de los líderes comunitarios tienen un nivel educativo pre-medio (Primer Ciclo), el 30% tiene educación secundaria y el otro 30% restante, nivel universitario.

El 40% de los líderes comunitarios se dedica a las actividades agropecuarias y tienen un ingreso mensual bajo menor a B/. 400.00; mientras que el 20% buscaba empleo al momento del estudio.

El bajo nivel educativo y el bajo ingreso económico son considerados factores determinantes sociales de la salud. Se observó que Bajo Bonito es una comunidad rural de difícil acceso y escasos recursos, el único centro de salud se encuentra en El Cacao a 2 horas y media, aproximadamente, la carretera es parcial hasta un tramo y el transporte no es permanente. Estos factores dificultan que los afectados por Leishmaniasis reciban una adecuada atención de salud y que se desarrollen intervenciones de control, educación y promoción de la salud.

En este sentido, la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2007), señala que: "Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". (p.4).

Según, el modelo social de Dahlgren y Whitehead (1991) citado por Agrazal García (2012), la teoría ecológica social para la salud describe la relación individuo - entorno - enfermedad y los factores estructurales determinantes como: la vivienda, condiciones de trabajo, acceso a los servicios de salud, la educación, entre otros, y su influencia sobre la salud, la cual puede ser positiva o negativa.

Agrazal García (2012), explica la estrecha relación existente entre los factores de la educación, los ingresos económicos y la pobreza con las condiciones de salud. Menciona que los bajos ingresos económicos en una familia generan que sus miembros no puedan contar con una vivienda adecuada, con educación y alimentación que le permita mantener buenas condiciones de salud. Todos estos factores o determinantes generan condiciones precarias de salud.

Para Agrazal García (2012), la salud es un proceso social íntimamente ligado a otros determinantes sociales, y por ende requiere un abordaje social y que se contemplen políticas de salud integrales.

Por su parte, Benítez, Cárdenas, Harter Griep y otros (2010), recalcan que pese a factores determinantes como la pobreza y la desigualdad, la educación de la población es fundamental en la prevención y control de la leishmaniasis, porque aporta los conocimientos básicos sobre las medidas de salud que deben desarrollar los habitantes de regiones endémicas, con base en la realidad del entorno en que viven y los recursos que disponen.

Con respecto a la prevalencia de la Leishmaniasis en Bajo Bonito, al momento de la ejecución del proyecto educativo, siete adultos y dos niños habían presentado Leishmaniasis cutánea y se le observaron las cicatrices. Durante las visitas domiciliarias, se recibió información que un infante se encontraba hospitalizado por Leishmaniasis cutánea.

Esta información suministrada por los pobladores encuestados, tiene concordancia con lo señalado por Montenegro (2016), quien afirma que el Ministerio de Salud ha catalogado el distrito de Capira en Panamá Oeste como zona endémica de Leishmaniasis Cutánea. Entre el 2010 y 2015 se registraron 1,557 casos de Leishmaniasis en la provincia de Panamá Oeste, siendo la mayoría de ellos en el distrito de Capira. El 2011 fue el año con mayor número de casos registrados (522 casos). En 2017, se registraron 1053 casos de los cuales 65 eran de la provincia de Panamá Oeste. Hasta septiembre de 2018, se registraron en el distrito de Capira 80 casos nuevos de Leishmaniasis Cutánea, siendo los más afectados los niños y jóvenes.

A los líderes comunitarios se les realizaron preguntas en la encuesta para identificar su nivel de conocimiento con respecto a qué es la Leishmaniasis, su modo de transmisión, tratamiento y prevención. Popularmente, en la comunidad Bajo Bonito se le conoce a la Leishmaniasis como "Bejuco", también utilizan el término "Yateví". El 40% de los encuestados respondió que el "Bejuco" es una enfermedad en forma de llagas.

Valdez (2006), afirmó en su estudio que el conocimiento de la enfermedad de los afectados por Leishmaniasis, generalmente, se limita a que es una afección transmitida por una chitra que ha picado al perezoso, o que se encuentra en un bejuco y es transmitida a las personas por la picadura de una chitra, que estuvo "picando el bejuco".

Precisamente, el 30% de los encuestados en Bajo Bonito consideraba que la Leishmaniasis la transmitía un bejuco del monte, el 10% que es un padecimiento transmitido por mosquitos y el 20% no sabe o no respondió. El 60% no tiene claro el modo de transmisión. El 10% considera que no se puede prevenir y el otro 10% no sabe cómo puede prevenirse.

El conocimiento de los afectados suele ser limitado, como lo mencionó Valdez (2006), y esto se evidenció en los resultados de la encuesta, constituyéndose en un factor determinante y puede dificultar el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la prevención de la Leishmaniasis en la comunidad.

Tal como lo establece la OMS (1986), en la Carta de Ottawa como parte de las cinco funciones básicas y necesarias para producir salud, se menciona el desarrollo de aptitudes personales para la salud, a través de la promoción de la salud.

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida y para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente en que habita. Siendo el propósito primordial de este proyecto de intervención educativo.

Con referencia al tratamiento, el 70% de los encuestados respondió que en caso de presentar Leishmaniasis Cutánea los afectados deben acudir al médico y al centro de salud, mientras que el 30% restante considera que pueden utilizar medicina alternativa o natural.

Al respecto, Dancuart, Llanos-Cuentas, Pineda-Reyes (2012), obtuvieron en su estudio que de 106 censados que refirieron haber tenido Leishmaniasis Cutánea, solo el 50% acudió a un centro de salud y el 71.7% utilizaron algún tratamiento tradicional como primera medida.

Patiño-Londoño, Salazar, Tovar Acero y Vélez Bernal (2017), estudiaron la elección del tipo de medicina y al tipo de sistema de asistencia médica al que usualmente recurren las personas afectadas por Leishmaniasis Cutánea en comunidades en Colombia, identificando cuatro principales: los tratamientos tradicionales caseros, los tratamientos de curanderos y herbolarios tradicionales, el tratamiento biomédico y los tratamientos mixtos (biomédico y herbolario).

En su estudio Patiño-Londoño, Salazar, Tovar Acero y Vélez Bernal (2017), concluyeron que los tratamientos tradicionales caseros son más usados que el biomédico, siendo los familiares, principalmente las mujeres, las encargadas de suministrarlos.

Entre los productos mencionaron que se aplicaban directamente sobre la lesión: parafina caliente, aceite de motor, disolvente, thinner, Isodine con limón, gentamicina, ampicilina, rodajas frescas de tomate maduro; además de procedimientos térmicos sobre la lesión como por ejemplo, apoyar una cuchara metálica caliente al rojo vivo sobre la llaga o ubicar la llama de una vela frente a la llaga; lo más cercano posible. Los tratamientos curanderos fueron seleccionados por hombres, mientras que los tratamientos mixtos fueron aplicados por mujeres amas de casa y docentes. (Patiño-Londoño, Salazar, Tovar Acero y Vélez Bernal, 2017).

En el estudio realizado en Bajo Bonito no se profundizó en los tipos de tratamientos alternativos utilizados por los afectados de Leishmaniasis Cutánea, por lo cual, no es posible realizar comparaciones con los resultados de Patiño-Londoño, Salazar, Tovar Acero y Vélez Bernal (2017), sin embargo, el mejor tratamiento recomendado a los líderes y pobladores durante las orientaciones fue acudir tempranamente al centro de salud más cercano a recibir atención por profesionales de la salud idóneos, y así obtener curación segura y efectiva, a través del único tratamiento aprobado por el Ministerio de Salud.

No es tarea fácil lograr modificar las costumbres y creencias de la comunidad con respecto al abordaje de la Leishmaniasis Cutánea, su prevención, diagnóstico y tratamiento a corto plazo, no obstante, incorporar a los líderes comunitarios y docentes en el proceso de información y aprendizaje, a través de actividades educativas fue una alternativa viable, que con el apoyo y seguimiento de las autoridades y organismos de salud locales, puede contribuir a educar a la población y promover cambios importantes.

Precisamente, el enunciado teórico del Modelo McGill de Moyra Allen (1980) citado Barros, Faginas y Sipion (2013), señala que el aprendizaje se produce mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y está condicionado

con la capacidad del propio individuo y la comunidad. Es mediante las estrategias de la promoción de la salud que las comunidades pueden familiarizarse con las medidas de prevención y protección adecuadas de acuerdo a la caracterización del foco de transmisión de las enfermedades.

La OMS (1986), en la Carta de Ottawa destaca dentro de las cinco funciones básicas para producir salud, el desarrollo de entornos favorables impulsando a las personas a protegerse entre sí y cuidar de su ambiente, estimulando la creación de entornos saludables como responsabilidad y prioridad de todos.

Además, dentro de estas funciones de la promoción de la salud, la Carta de Ottawa fomenta el reforzamiento de la acción comunitaria mediante la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para generar soluciones de salud reales basadas en las necesidades particulares de la comunidad y habilidades y destrezas para conservar y mantener la salud.

## LIMITACIONES

1. Dificultad para el traslado hacia la comunidad Bajo Bonito sobre todo en la temporada lluviosa, por estar localizada en una zona montañosa y distante del distrito de Capira, con vías de acceso en mal estado que requiere vehículos de doble tracción.
2. Tiempo limitado para diseñar un programa educativo que abarcara más temas, metodologías y una mayor convocatoria, por la dificultad en el traslado hacia la comunidad en temporada lluviosa y acordar fechas y horarios que asegurasen la participación del mayor número de líderes comunitarios en las actividades y el apoyo de la regional de salud.
3. Recursos materiales y humanos limitados para darle seguimiento al proyecto y sus resultados a mediano y largo plazo.
4. Al ser consideradas las Leishmaniasis por la OMS-OPS como una "enfermedad desatendida", las experiencias con respecto a proyectos de intervención de salud comunitaria dirigidas hacia este padecimiento en la región y en el contexto nacional son muy limitadas, lo que dificultó el análisis comparativo y la discusión de los resultados obtenidos.



## CONCLUSIONES

1. Bajo Bonito es una comunidad rural, apartada y muy boscosa con factores de riesgo visibles para la proliferación de los flebótomos transmisores de la Leishmaniasis cutánea. Se observaron 7 adultos y 2 menores de edad con cicatrices de Leishmaniasis y un menor estaba hospitalizado por esta causa.
2. Los determinantes sociales de la salud como el bajo nivel socioeconómico, las tradiciones culturales arraigadas, la actividad económica agrícola predominante y un sistema de atención de salud precario son factores que contribuyen a que el riesgo de transmisión de la Leishmaniasis sea mayor.
3. Las visitas domiciliarias, la encuesta y la interacción con los residentes y líderes comunitarios reflejaron el rol de liderazgo de las mujeres dentro del seno familiar, el cual debe ser considerado como una fortaleza para desarrollar en ellas habilidades dirigidas hacia la prevención, promoción y educación para la salud en la comunidad.
4. La colaboración del Departamento de Control de Vectores de la Región de Salud de Panamá Oeste fue un apoyo importante y una demostración de que el éxito de las intervenciones comunitarias requiere de la cooperación entre los líderes comunitarios, las autoridades locales y la comunidad.
5. La convocatoria y la participación activa de los líderes comunitarios facilitó la apertura y la interacción con la comunidad. Tomar en cuenta a los líderes de las comunidades es una estrategia eficaz para intervenir en ellas.

6. La exposición "Entorno saludable es calidad de vida" y la entrega de la guía educativa proporcionaron información preventiva de utilidad a los líderes, quienes manifestaron gran interés en replicarla a los pobladores.
7. Este proyecto de intervención hizo posible la interacción e intercambio de experiencias entre los líderes comunitarios y la dirección de control de vectores de la región de salud de Panamá Oeste. Los líderes pudieron expresar las necesidades e inquietudes de los pobladores con respecto a los factores de riesgo, la Leishmaniasis Cutánea, su prevención y control.
8. Los líderes comunitarios participaron atenta y activamente de las visitas domiciliarias, la encuesta, la exposición, y expresaron su interés en que se continúen realizando actividades educativas con profesionales de la salud en la comunidad sobre temas prioritarios. Demostraron su gratitud en ser tomados en cuenta, y se comprometieron en difundir lo aprendido a sus liderados en la comunidad utilizando la Guía Educativa que les fue distribuida.

## RECOMENDACIONES

1. Implementar y dar seguimiento a los componentes aplicables de la Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá 2015 del Ministerio de Salud en el centro de salud responsable de la comunidad Bajo Bonito.
2. Habilitar un centro de atención de salud en la comunidad Bajo Bonito.
3. Dar respuesta a las necesidades del Centro de Salud El Cacao para el abordaje de la Leishmaniasis en las comunidades de su responsabilidad consideradas zonas endémicas.
4. Crear líneas de cooperación local y regional con base a las necesidades de la comunidad tomando en cuenta a los líderes comunitarios.
5. Proporcionar información preventiva a los docentes, educandos y acudientes en armónica colaboración MINSA-MEDUCA en el centro escolar local.
6. Promover las iniciativas de investigación en la comunidad Bajo Bonito sobre la Leishmaniasis, su diagnóstico, tratamiento y prevención.
7. Dar seguimiento al proyecto educativo como propuesta de educación continua a largo plazo.
8. Crear espacios de colaboración para la promoción de la salud y la prevención de la Leishmaniasis entre las autoridades locales, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agrazal García, J. (2012). La Pobreza y la Educación: Determinantes Sociales de la Salud.  
<https://s6b217c541a0a39d5.jimcontent.com/download/version/1387413606/module/6288025883/name/10.pdf>
2. Araujo, J. Araujo, M. Carrasquel, A. Morales, O. Perdomo, A. Pérez, M. Rodríguez, Irma, Rodríguez, J. Rojas, Elina. (2015). *Proyecto de investigación: Vigilancia Epidemiológica de la Leishmaniasis en el municipio Atures estado Amazonas: conocimientos sobre la enfermedad, su transmisor y percepciones sobre tratamientos populares.*  
<http://sacaicet.blogspot.com/2015/04/leishmaniasis.html>
3. Arboleda, M. Casas, E. Hinestroza, H. Isaza, D. M. Restrepo, B. N. Yurgaqu, T. (1999). *La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia.* Revista Panamericana de Salud Pública. 6 (3) p.177 <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v6n3/0475.pdf>
4. Barros González, T. Faginas Soto, A. Sipion, F. (2013.) *Escuela de la promoción de la salud.*  
<https://alejandroeuem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocion3b3n-de-la-salud.pdf>
5. Benítez, J. A. Cárdenas, R. Harter Griep, R. López Zambrano, M. A. Pascual González, Y. Rodríguez Morales, A. J. Vilca Yengle, L. M. (2010). *Asociación entre la incidencia de leishmaniosis cutánea y el índice de desarrollo humano y sus componentes en cuatro estados endémicos de Venezuela.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27(1): 22-30.  
<http://www.scielo.org/pdf/rpmesp/v27n1/a05v27n1.pdf>
6. Carrero Rangel, J. Contreras de Uscátegui, R. (2009) *Leishmaniasis Cutánea: Guía para un manejo psicosocial.*  
<http://es.calameo.com/read/00264333853bece9dcea3>
7. Cerrud, D. (2015). *Bajo Bonito, una comunidad que se supera con culantro.* En La Estrella de Panamá. Publicación: martes 6 de octubre de 2015.
8. Autoridad del Canal de Panamá-Comisión Interinstitucional de la Cuenca Hidrográfica del Canal de Panamá. (2007). *Plan de Acción Inmediata Subcuenca del Río Ciri Grande.*  
<http://www.cich.org/Publicaciones/05/pai-ciri-grande.pdf>

9. Contraloría General de la República-Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010). *Cuadro 4. Principales indicadores sociodemográficos y económicos de la población de la república, por provincia, distrito, corregimiento y lugar poblado: Censo 2010.*
  
10. Dancuart, M. Llanos-Cuentas, A. Pineda-Reyes, R. (2012). *Tratamientos tradicionales utilizados en un área endémica de leishmaniasis cutánea en el Perú.*  
 Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública. 32(4):761-5  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n4/a20v32n4.pdf>
  
11. Del Moral, T. (2016). Crema tópica, efectiva contra la leishmaniasis. En La Prensa. Publicación de 26 de noviembre de 2016.
  
12. Díaz Díaz, B. (Universidad de los Andes). (2014). *Sociología de la Leishmaniasis en Trujillo, Área Andina de Venezuela.* Mérida, Venezuela.
  
13. García Calcurian Y. Morales, E. (2013). *Participación del profesional de enfermería comunitario en el cuidado de las curas en pacientes con leishmaniasis cutánea que asisten al programa de dermatología sanitaria. Ambulatorio Doctor "Efraín Abad Armas". Maracay estado Aragua. Fundamentado en la teoría de Dorothea Orem.*  
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-curas-leishmaniasis-cutanea/5/>
  
14. Gobernación del Tolima (2017). *Zona veredal de El Oso recibió intervención para la prevención de la Leishmaniasis Cutánea.*  
[http://www.tolima.gov.co/publicaciones/15422/zona\\_veredal\\_de\\_el\\_oso\\_recibio\\_intervencion\\_para\\_la\\_prevenccion\\_de\\_la\\_leishmaniasis\\_cutanea](http://www.tolima.gov.co/publicaciones/15422/zona_veredal_de_el_oso_recibio_intervencion_para_la_prevenccion_de_la_leishmaniasis_cutanea)
  
15. Gobierno de la República de Panamá (2015) *Plan Estratégico de Gobierno 2015-2019 "Un Solo País"*. Recuperado de:  
<http://www.mef.gob.pa/es/Documents/PEG%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20GOBIERNO%202015-2019.pdf>
  
16. Graell, A. (2014). *Reabrirán puestos de salud en las montañas.* En El Siglo. Publicación del viernes 14 de noviembre de 2014.
  
17. Hidalgo Gómez, A. Martínez Torres C. L. Romero, Suárez P. (2016). *Estrategia de intervención comunitaria ambiental aplicada a la comunidad rural La Reforma en la Isla de la Juventud.* Revista Novedades en Población. 12 (24), La Habana jul.-dic. 2016.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782016000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000200008)

18. Iniesta, M. Luengo, M. (1982) *Manual para el diagnóstico de Leishmaniasis*. Universidad de Murcia Secretariado de Publicaciones, Murcia: p.64-65.
19. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2014). *Informe de la Producción Científica Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2009 - 2014)*.
20. Instituto Departamental de Salud. (2016). Jornadas educativas y de fumigación para combatir la Leishmaniasis.  
<http://www.laopinion.com.co/region/se-disparan-casos-de-leishmaniasis-en-norte-de-santander-113663>
21. López Milián, M. Martínez, L.R. Méndez Cobas, M.R. (2013). *Leishmaniasis cutánea en Bolivia. Experiencia de cooperantes cubanos*.  
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/957/2896>
22. Martínez, ÁM. (2011). Fortalecimiento comunitario desde el rol de las madres líderes: apuntes preliminares  
<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/download/388/389/>
23. Manríquez González, J.E. (2011). *Propuesta de creación de una red comunitaria en salud ambiental con énfasis en leishmaniasis cutánea, parroquia Choroní, municipio Girardot, estado Aragua, Venezuela 2011*.  
<http://www.iaes.edu.ve/catalogo/motor/php/buscar.php?base=biblo&cipar=biblo.par&epilogo=&Formato=w&Opcion=detalle&Expresion=N:3806>
24. Ministerio de Salud-Región de Salud de Panamá Oeste (2014). *Análisis Situacional de Salud de Panamá Oeste*. Recuperado de:  
[http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/asis\\_panam\\_oeste\\_1.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/asis_panam_oeste_1.pdf)
25. Ministerio de Salud de Panamá. (2016). *Perfil de Salud de Panamá 2016*.  
[http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil\\_de\\_salud\\_de\\_la\\_republica\\_de\\_panama\\_final.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf)
26. Ministerio de Salud de Panamá. (2016). *Plan Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025*. Recuperado de:  
[http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas\\_de\\_salud\\_del\\_minsa.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf)

27. Ministerio de Salud. Resolución N° 2283 (viernes 21 de Octubre de 2016) que adopta la "Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015". No. 28150-A
28. Ministerio de Economía y Finanzas– Banco Mundial. (2017). *Informe Pobreza y Desigualdad en Panamá. Mapas a nivel de Distritos y Corregimientos: Año 2015.*  
<http://www.mef.gob.pa/es/noticias/Documents/Pobreza%20y%20desigualdad%20en%20Panama%20-%20Mapas%202015.pdf>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía Metodológica para desarrollar Encuentros Participativos con Familia y Comunidad.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia-reconocimiento-y-prioridades-Comunidad.pdf>
30. Montenegro, E. (2016). *Estancado proyecto de centro de diagnóstico y cura de leishmaniasis.* En Panamá América. Publicado el 19 de septiembre de 2016.
31. Montenegro, E. (2016). *Capira registra la mayoría de casos de leishmaniasis en Panamá Oeste.* En Crítica. Publicado el 8 de octubre de 2016.
32. Montesó Curto, P. (2014). Dificultades para el avance de las mujeres. Diferentes teorías sociológicas.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/reflexion1.pdf>
33. Municipalidad de Corrientes. (2015). *El Municipio inició una campaña sanitaria para prevenir la leishmaniasis cutánea en el barrio Río Paraná.*  
<http://www.corrientesprensa.gob.ar/noticias/6887/desarrollo-comunitario-secretaria-de-ambiente/el-municipio-inici-una-campa-sanitaria-para-prevenir-la-leishmaniasis-cut-nea-en-el-barrio-r-o-paran>
34. Nilipour L. (2016). La Leishmaniasis, desatendida pero investigada. En La Estrella de Panamá, Publicación de martes 12 de enero de 2016.
35. OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
36. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Leishmaniasis. Nota descriptiva.* Publicada del 13 de abril de 2017.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>
37. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina*

y el Caribe. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, p.83-120.

38. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.*  
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
39. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017) *Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022*  
[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=38961](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38961)
40. Patiño-Londoño, S.Y. Salazar, L. M. Tovar Acero, C. Vélez Bernal, I. D. (2017). *Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia)*  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6552914>
41. Pilato, E. (2014). *USB trabaja con la comunidad de Turgua en la prevención de la leishmaniasis cutánea.*  
<https://usbnoticias.info/post/36244>
42. Salvat Editores (2004) *Leishmania. La Enciclopedia. Volumen 12. Madrid.* p. 8940.
43. Valdez, E. (2006). *Un mal conocido ataca en Capira.* En Panamá América. Publicado 21 de abril de 2006.  
<http://www.panamaamerica.com.pa/content/un-mal-conocido-ataca-en-capira>



# **ANEXOS**

# **ANEXO N°1**

## **Consentimiento Informado**



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

Programa Educativo para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios de la Comunidad de Bajo Bonito del Corregimiento El Cacao, Distrito de Capira, Provincia de Panamá Oeste. Agosto - Septiembre 2018."

Estimado/a Señor/a Mi nombre es Mitzi Castillo y soy investigador/a de la Universidad de Panamá en Maestría en Atención Primaria en Salud. Estamos proyectando una investigación "PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA, PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE, AGOSTO – SEPTIEMBRE 2018", para implementar el programa educativo dirigido a líderes comunitarios de la Comunidad Bajo Bonito y facilitar el aprendizaje de las medidas de prevención y control de la Leishmaniasis y la promoción de ambientes saludables.

Para este propósito, necesitamos su consentimiento para participar como líder comunitario de una encuesta, una visita domiciliaria, un taller de discusión y una exposición educativa sobre entorno saludable y su importancia.

Este método no debe traerle problemas, porque lo haremos en un ambiente privado para preservar la confidencialidad de su intervención.

Aunque sea necesario tener su nombre y apellido para no confundir los datos se utilizará un número control.

No se le pagará para participar en esta investigación, pero se le podrá compensar por el transporte y tiempo según las tarifas corrientes en Bajo Bonito. Una vez terminada esta investigación, yo me reuniré con ustedes para analizar los resultados finales.

Usted no está obligado(a) a participar y puede cambiar de parecer en cualquier momento de la investigación y retirarse sin que esto afecte su atención. Nos

gustaría estar informado de esta decisión. Para cualquier duda puede llamar a Mitzi Castillo al 6526-4326.

Para realizar preguntas referentes a los derechos de los participantes usted podrá dirigirlas al Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quién es garante de los derechos de los y las participantes, llamando al teléfono 523-5329.

Habiendo entendido todo lo antes expuesto y estar satisfecho/a con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido  
Líder comunitario participante

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lugar

Licda. Mitzi Castillo  
Nombre y apellido  
Investigador/a

8-742-1135  
Cédula

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lugar

## **ANEXO N°2**

### **Declaración de Confidencialidad y No Divulgación de Identidades**



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN I**

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA  
COMUNIDAD DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO,  
DISTRITO DE CAPIRA, PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE.  
AGOSTO-SEPTIEMBRE 2018  
POR: MITZI CASTILLO**

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y  
NO DIVULGACIÓN DE LAS IDENTIDADES**

En la provincia de Panamá Oeste, Panamá, con fecha \_\_\_ de \_\_\_ de 2018, quien suscribe, Mitzi Castillo, panameña, con cédula de identidad personal: 8-742-1135, Licenciada en Ciencias de la Enfermería con domicilio en La Chorrera, declara,

1. Que, quien suscribe, participa en la ejecución del Proyecto de Investigación denominado PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA, PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE. AGOSTO-SEPTIEMBRE 2018, financiado por la suscrita, y ejecutado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá (en adelante, también, "la Universidad").
2. Que el Director y/o académico responsable del citado Proyecto de Intervención es la profesora Dinora Bernal, perteneciente a la Facultad de Enfermería de la Universidad.
3. Que, en razón de la participación en el Proyecto de Intervención, recibiré de parte de los líderes comunitarios de la comunidad Bajo Bonito, datos sociodemográficos, antecedentes y/o conocimientos relacionados a la Leishmaniasis Cutánea y cualquier otro que el suscrito llegue a conocer, a cualquier título (en adelante, también, "Información Confidencial").
4. Que, quien suscribe, se compromete a tratar dicha información de manera estrictamente confidencial, tomando todas las medidas de seguridad y protección adecuadas que aseguren que no será divulgada, ni conocida por terceros no autorizados. Estas medidas serán a lo menos equivalentes a las que la suscrita utiliza o utilizaría para proteger su propia Información Confidencial.

La suscrita sólo podrá divulgar la información que reciba de parte de los Líderes Comunitarios de Bajo Bonito participantes del Proyecto de Intervención, con la autorización, por escrito, de los mismos y del director y/o académico responsable del Proyecto de Intervención.

5. Si como consecuencia del actuar negligente de quien suscribe, se divulga la Información Confidencial, éste indemnizará completamente a los Líderes Comunitarios de Bajo Bonito participantes del Proyecto de Intervención por todos los daños y reclamos que provengan del incumplimiento de los deberes mencionados en los números anteriores, sin perjuicio de perseguir las demás responsabilidades penales, civiles y administrativas que puedan concurrir, haciéndose responsable expresamente de las infracciones que hayan sido resultado de la acción u omisión de cualquier persona bajo su tutela o responsabilidad. Respecto de los deberes señalados en esta declaración, el suscrito responderá hasta de culpa levisima.
6. Que, quien suscribe, declara someterse a las siguientes condiciones en el cumplimiento de los deberes ya mencionados:
  - 6.1. Los deberes de confidencialidad expresados estarán vigentes hasta 2 años después de finalizado el Proyecto de Intervención.
  - 6.2. Terminado el deber de confidencialidad, ya sea por el transcurso del plazo señalado o por voluntad de la Universidad, quien suscribe se compromete a restituir o destruir, tomando las medidas de seguridad necesarias, toda la Información Confidencial en su posesión, incluyendo todas las copias físicas y las reproducciones electrónicas de la misma.
  - 6.3. Se exceptúa del carácter de confidencialidad y reserva aquella Información que:
    - a. La suscrita pruebe que, al tiempo de su entrega, se encontraba en el dominio público, había sido desarrollada por ella con anterioridad, o fue puesta a su disposición por un medio y dueño legítimo distinto a los Líderes Comunitarios de Bajo Bonito participantes del Proyecto de Intervención;
    - b. Con posterioridad a su entrega llegue a ser de dominio público, en cualquier forma que no importe una violación a las obligaciones contenidas en esta declaración; o,
    - c. Se deba divulgar o entregar por mandato legal u orden emanada de autoridad competente, sólo y respecto de aquella parte de la información que la ley u orden afecte y siempre que dentro del plazo de 24 horas siguientes se informe de tal circunstancia a los Líderes Comunitarios de Bajo Bonito participantes del Proyecto de Intervención, de modo que éstos puedan intentar las acciones que estimen procedentes para evitar su entrega o divulgación.

Para constancia firma, en Panamá, Ciudad de Panamá a \_\_\_\_\_

---

[Licda. Mitzi Castillo]  
[C.I.P. 8-742-1135]

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN I

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD  
DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA,  
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE. AGOSTO - SEPTIEMBRE 2018  
POR: MITZI CASTILLO

HOJA DE COTEJO DE VISITA DOMICILIARIA

Objetivo: Identificar casa por casa de los líderes comunitarios participantes del Proyecto de Intervención, aquellas condiciones desfavorables que propicien la proliferación de vectores de Leishmaniasis dentro de la vivienda y sus alrededores.

Las respuestas que proporcione a través de este cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

Visita No.			
Comunidad			
Corregimiento			
Distrito			
Provincia			
Fecha			
Responsable			
<b>Colocar una "x" si existen o no las condiciones mencionadas.</b>			
1.	Las ventanas de la vivienda tienen mallas protectoras.	Sí	No
2.	Las puertas de la vivienda tienen mallas protectoras.		
3.	Se mantiene limpio el peridomicilio de hierbas, maleza, hojarasca y basura, materiales y objetos acumulados.		
4.	Se mantiene limpio el interior		
5.	Existe vegetación muy frondosa alrededor de la vivienda.		
6.	Se observa presencia de aguas estancadas.		
7.	Los dormitorios tienen mosquitero.		
8.	Existen mascotas (perros, gatos, loros, pericos, otros) en la vivienda.		
9.	Las mascotas permanecen en el exterior de la vivienda.		
10.	Se le realiza control veterinario a las mascotas anual.		



APROBADO  
FECHA 28-2018



Colocar una "x" si existen o no las condiciones mencionadas.	Sí	No
11. Existen gallineros en la vivienda		
12. Se observan los gallineros limpios		
13. Se han acercado animales silvestres como osos perezosos, zorras u otros al peridomicilio.		
14. Existen en la vivienda proliferación de chitras y mosquitos		
15. Algún residente de la vivienda se dedica a tareas agrícolas o forestales.		
16. El trabajador (a) agrícola o forestal utiliza camisa manga larga, pantalón largo y medias largas para trabajar.		
17. El trabajador agrícola o forestal se aplica repelente para trabajar.		
18. Algún residente de la vivienda ha presentado signos o síntomas de Leishmaniasis o bejuco (granos, úlceras en la piel de tonalidad rojiza que pueden o no doler).		
19. Algún residente de la vivienda ha padecido de Leishmaniasis o bejuco.		
<b>Observaciones:</b>		

\_\_\_\_\_  
 Firma del Líder Comunitario propietario  
 de la vivienda visitada.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Responsable de la visita.  
 Licda. Mitzi Castillo.



APROBADO

FECHA 21-8-2018

# **ANEXO N°4**

## **Cuestionario**

## UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Vicerrectoría de Investigación y Post Grado  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Atención Primaria en Salud  
Proyecto de Intervención I

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD  
DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA,  
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE. AGOSTO - SEPTIEMBRE 2018  
POR: MITZI CASTILLO

### ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN LA COMUNIDAD DE BAJO BONITO, EL CACAO DE CAPIRA, PANAMÁ OESTE.

**Objetivo:** Recabar información de los líderes comunitarios sobre aspectos sociodemográficos y relacionados a la Leishmaniasis Cutánea.

Las respuestas que proporcione a través de este cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

Encuesta No.			
Fecha:			
Provincia			
Distrito			
Corregimiento			
Comunidad			
1. Edad del encuestado: (en años cumplidos)			
2. Sexo:			
Masculino	<input type="checkbox"/>		
Femenino	<input type="checkbox"/>		
3. Nivel educativo:			
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Primer ciclo	<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> Universitario
<input type="checkbox"/> No ha estudiado	<input type="checkbox"/> No estudia		
4. Actividad a la que se dedica:			
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Agropecuaria	<input type="checkbox"/> Estudia	
<input type="checkbox"/> Desempleado (a)	<input type="checkbox"/> Busca empleo	<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	

5. Ingreso mensual aproximado	
-------------------------------	--

6. ¿Qué conoce usted como “bejuco”?

- Una enfermedad en forma de llagas
  - Un animal (gusano)
  - Un bejuco
  - Un virus
  - Una enfermedad transmitida por mosquitos
  - No sabe/no responde
  - Otro. ¿Cuál?
- 

7. ¿Con cuál otro nombre se conoce el bejuco?

- Yateví
  - Leishmaniasis
  - Otro. ¿Cuál?
- 

8. ¿Cómo se transmite?

- Por la picadura de un insecto
  - Por un gusano que vive en los árboles
  - Por un bejuco que hay en el monte
  - Chitra que ha picado al mono perezoso
  - Chitra que ha picado al bejuco
  - No sabe/no responde
  - Otro. ¿Cuál?
- 
- 

9. ¿Cómo sabe Ud. que alguien tiene “bejuco”? (¿Cómo se presenta la enfermedad?)

- Ampolla
- Grano
- Roncha
- Mancha
- Herida/llaga
- No sabe/no responde

10. ¿Cómo se trata?

- Quemadura con cuchara de plata o metal caliente
  - Plantas (hojas o frutos)
  - Sustancias químicas (ácidos de batería, ácido sulfúrico, ácido bórico, ácido salicílico, limpido, yodo, timerosal, cresol, alcohol, petróleo, etc.)
  - Inyecciones
  - Antibióticos
  - No sabe/no responde
  - Otros ¿Cuál?
- 

11. ¿Cómo se puede prevenir?

- Usando ropas largas
- Usando mosquiteros
- Con repelentes
- Gritando “ya te vi”
- Eliminando los mosquitos
- No se puede prevenir
- No sabe/no responde

**12. ¿A quién se debe acudir cuando se tiene la enfermedad?**

- Yerbatero
- Médico – centro de salud-hospital
- Mayores de edad
- Otro. ¿Cuál?

---

**13. ¿A quién le da más la enfermedad?**

- Hombres
- Mujeres
- Niños
- Ancianos
- No sabe/no responde

**14. Cuando algún miembro de la familia se enferma, ¿quién se encarga de buscar atención?**

- El padre
- La madre
- El abuelo
- La abuela
- El hermano mayor
- La hermana mayor
- Otro. ¿Cuál?

---

**15. Cuando alguien de la casa se enferma, ¿quién cuida al enfermo?**

- El padre
  - 2. La madre
  - 3. El abuelo
  - 4. La abuela
  - 5. El hermano mayor
  - 6. La hermana mayor
  - 7. Otro. ¿Cuál?
- 

Fuente: Adaptada de Organización Mundial de la Salud Instituto Colombiano de Medicina Tropical Servicio Seccional de Salud del Chocó. (s.f.). Encuesta sobre conocimientos y prácticas acerca de la leishmaniasis cutánea en comunidades del Departamento del Chocó, Colombia.

## **ANEXO N°5**

### **Programa Educativo Propuesto**

Programa Educativo para la Prevención y Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios de Bajo Bonito					
Necesidad identificada en orden de prioridad	Problemas identificados	Acciones para intervenir	Fecha de realización	Responsable (s)	Recursos Humanos y Materiales
1. Desconocimiento sobre prevención de la Leishmaniasis cutánea en los líderes comunitarios de Bajo Bonito del Cacao de Capira.	- Escases de estrategias de educación sanitaria para los líderes comunitarios de Bajo Bonito.	Realizar visitas domiciliarias	Miércoles 15 de agosto de 2018	Enfermera (Interventora) Líderes comunitarios	Enfermera interventora Técnicos de control de vectores Líderes comunitarios
		Aplicar encuesta	Miércoles 15 de agosto de 2018	Enfermera (Interventora)	Papel Tinta Lápiz Cartapacio Fotocopias Transporte

Programa Educativo para la Prevención y Control de la Leishmaniasis aplicado a los líderes comunitarios de Bajo Bonito					
Necesidad identificada en orden de prioridad	Problemas identificados	Acciones para intervenir	Fecha de realización	Responsable (s)	Recursos Humanos y Materiales
2. Deficientes condiciones de saneamiento de las viviendas y los alrededores para evitar la anidación de los vectores en la comunidad de Bajo Bonito del Cacao de Capira.	- Inexistencia de una Guía para promover ambientes saludables para los líderes comunitarios de Bajo Bonito.	Desarrollar una Guía Educativa de Entorno Saludable.	Martes 28 al Viernes 31 de agosto de 2018	Enfermera interventora Líderes comunitarios	Enfermera interventora Técnicos de control de vectores. Líderes comunitarios Papel y tinta Transporte
		Realizar una exposición sobre entornos saludables y su importancia	Lunes 3 de septiembre de 2018.	Enfermera interventora Líderes comunitarios	Enfermera Interventora Líderes comunitarios Instalaciones del Centro Escolar Papel Cartapacios Lápices Refrigerio Internet Tinta Fotocopias



**ANEXO N°6**  
**Pre-test de conocimiento sobre**  
**Entornos Saludables y su**  
**importancia**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**  
**PROYECTO DE INTERVENCIÓN I**

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD  
DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA,  
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE. AGOSTO-SEPTIEMBRE 2018  
POR: MITZI CASTILLO

**PRE-TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE ENTORNOS SALUDABLES  
Y SU IMPORTANCIA**

Objetivo: Evaluar su conocimiento y percepción como líder comunitario de Bajo Bonito relacionado a los ambientes saludables y su importancia para la comunidad.

Confidencialidad: Las respuestas que proporcione a través de este cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

Instrucciones: Leer cuidadosamente cada pregunta, seleccionar marcando con un círculo la respuesta correcta.

1. ¿QUÉ ES EL ENTORNO?

- a. Lugar donde las personas se relacionan con el medio que los rodea.
- b. Es un lugar cercano a nosotros mismos.
- c. Es donde vivimos.
- d. Ninguna de las anteriores.

2. ¿QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES?

- a. Lugares donde no hay enfermedades, ni problemas de salud.
- b. Lugares que ofrecen a las personas protección y prevención en beneficio de la salud y el desarrollo sostenible.
- c. Lugares donde no existen riesgos para la salud, y las personas pueden recibir atención de salud.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. ¿QUÉ ES VIVIENDA SALUDABLE?

- a. Es un hogar sano, limpio y cuyos habitantes gozan de buena salud.
- b. Es una vivienda limpia sin ningún riesgo de contraer enfermedades que promueve el bienestar y la salud.
- c. Es un espacio que incluye: la casa, el hogar, el entorno y la comunidad con características que promueven la salud, el bienestar y desarrollo de sus habitantes.
- d. Ninguna de las anteriores.

4. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE INTERACTUAR EN ENTORNOS SALUDABLES?

- a. Porque así logramos vivir mejor en familia y en comunidad.
- b. Porque nos permite lograr la reducción del riesgo a la salud, la promoción de factores protectores de la salud y el bienestar, además de fomentar oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles para toda la comunidad.
- c. Porque así evitamos que nos enfermemos y tener problemas de salud, sociales y económicos que pueden afectar nuestra calidad de vida.
- d. Ninguna de las anteriores.

5. ¿SIENDO LÍDER COMUNITARIO CÓMO PODRÍA CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES EN SU COMUNIDAD?

- a. Comunicando a las autoridades locales de las necesidades existentes y solicitar que las solucionen.
- b. Motivando a los residentes a expresar sus necesidades, organizarse y participar en actividades que promuevan a vivir de manera saludable, en coordinación con las autoridades locales.
- c. Buscando alternativas para crear entornos saludables junto a los residentes de la comunidad por cuenta propia en la medida de las posibilidades.
- d. Se puede hacer muy poco, porque se tienen muchas necesidades, hay pocos recursos y no se tiene apoyo suficiente de la comunidad y de las autoridades locales.

**ANEXO N°7**  
**Pos-test de conocimiento sobre**  
**Entornos Saludables y su**  
**importancia**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**  
**PROYECTO DE INTERVENCIÓN I**

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
LEISHMANIASIS APLICADO A LOS LÍDERES COMUNITARIOS DE LA COMUNIDAD  
DE BAJO BONITO DEL CORREGIMIENTO EL CACAO, DISTRITO DE CAPIRA,  
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE AGOSTO-SEPTIEMBRE 2018  
POR: MITZI CASTILLO

POS-TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE AMBIENTES SALUDABLES  
Y SU IMPORTANCIA.

Objetivo: Evaluar su conocimiento y percepción como líder comunitario de Bajo Bonito relacionado a los ambientes saludables y su importancia para la comunidad, luego de su asistencia y participación en la exposición denominada "Un Entorno Saludable es Calidad de Vida".

Confidencialidad: Las respuestas que proporcione a través de este cuestionario serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

Instrucciones: Leer cuidadosamente cada pregunta, seleccionar marcando con un círculo la respuesta correcta.

1. ¿QUÉ ES EL ENTORNO?

- a. Lugar donde las personas se relacionan con el medio que los rodea.
- b. Es un lugar cercano a nosotros mismos.
- c. Es donde vivimos.
- d. Ninguna de las anteriores.

2. ¿QUÉ SON ENTORNOS SALUDABLES?

- a. Lugares donde no hay enfermedades, ni problemas de salud.
- b. Lugares que ofrecen a las personas protección y prevención en beneficio de la salud y el desarrollo sostenible.
- c. Lugares donde no existen riesgos para la salud, y las personas pueden recibir atención de salud.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. ¿QUÉ ES VIVIENDA SALUDABLE?

- a. Es un hogar sano, limpio y cuyos habitantes gozan de buena salud.
- b. Es una vivienda limpia sin ningún riesgo de contraer enfermedades que promueve el bienestar y la salud.
- c. Es un espacio que incluye: la casa, el hogar, el entorno y la comunidad con características que promueven la salud, el bienestar y el desarrollo de sus habitantes.
- d. Ninguna de las anteriores.

4. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE INTERACTUAR EN ENTORNOS SALUDABLES?

- a. Porque así logramos vivir mejor en familia y en comunidad.
- b. Porque nos permite lograr la reducción del riesgo a la salud, la promoción de factores protectores de la salud y el bienestar, además de fomentar oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles para toda la comunidad.
- c. Porque así evitamos que nos enfermemos y tener problemas de salud, sociales y económicos que pueden afectar nuestra calidad de vida.
- d. Ninguna de las anteriores.

5. ¿SIENDO LÍDER COMUNITARIO CÓMO PODRÍA CONTRIBUIR A CREAR ENTORNOS SALUDABLES EN SU COMUNIDAD?

- a. Comunicando a las autoridades locales de las necesidades existentes y solicitar que las solucionen.
- b. Motivando a los residentes a expresar sus necesidades, organizarse y participar en actividades que promuevan a vivir de manera saludable, en coordinación con las autoridades locales.
- c. Buscando alternativas para crear entornos saludables junto a los residentes de la comunidad por cuenta propia en la medida de las posibilidades.
- d. Se puede hacer muy poco, porque se tienen muchas necesidades, hay pocos recursos y no se tiene apoyo suficiente de la comunidad y de las autoridades locales.

# **ANEXO N°8**

## **Metodología de aplicación**

Programación de Exposición de Ambientes Saludables				
Tema	Fecha	Hora	Lugar:	Facilitadora
Un Entorno Saludable es Calidad de Vida	Lunes 3 de septiembre de 2018	10:00 am 12:00 md	Escuela de Bajo Bonito	Enfermera
Destinatarios	Comunidad	Corregimiento		
10 líderes comunitarios	Bajo Bonito	El Cacao		
Objetivo General:	Fomentar el aprendizaje sobre entorno saludable y su importancia para la prevención de la Leishmaniasis cutánea y mejorar la calidad de vida en la comunidad Bajo Bonito del corregimiento El Cacao, distrito de Capira, provincia de Panamá Oeste.			
Objetivos Específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias Bibliográficas	
1. Definir qué es entorno saludable, según expertos de salud	1. Conceptualización de ambiente saludable, según expertos de la OPS/OMS y MINSA.	Método :Activo Técnica: Interrogativa Medio: Rotafolio Material didáctico: Papel periódico y marcadores de colores. Teoría: Constructivismo Modelo: Mercadeo social	Ministerio de Salud. Resolución N° 2283 (viernes 21 de Octubre de 2016) que adopta la "Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá. 2015". No. 28150-A Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017) Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022 <a href="http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961">http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961</a>	
2. Explicar el modo de prevenir la transmisión de la Leishmaniasis, según los expertos en salud.	2. Prevención y control de la Leishmaniasis, según expertos de la OPS/OMS y MINSA.	Método: Activo Técnica: Interrogativa Medio: Rotafolio y Láminas Material didáctico: Papel periódico, marcadores y láminas Teoría: Constructivismo Modelo: Mercadeo social	Ministerio de Salud. Resolución N° 2283 (viernes 21 de Octubre de 2016) que adopta la "Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá. 2015". No. 28150-A Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017) Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022 <a href="http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961">http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961</a>	



Objetivos Específicos	Contenido a desarrollar	Estrategias didácticas	Referencias Bibliográficas
3. Describir las características de entorno saludable, según los expertos en salud.	3. Características de ambiente saludable, según expertos de la OPS/OMS y MINSA.	Método: Activo Técnica: Interrogativa Medio: Tablero y láminas. Material didáctico: tablero, marcadores, borrador y láminas. Teoría: Constructivismo Modelo: Mercadeo social	Ministerio de Salud. Resolución N° 2283 (viernes 21 de Octubre de 2016) que adopta la "Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015". No. 28150-A. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017) Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022 <a href="http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961">http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961</a>
4. Dar a conocer los hábitos de higiene en la vivienda, según los expertos en salud.	4. Hábitos de higiene en la vivienda, según expertos en salud de la OPS/OMS y MINSA.	Método: Activo Técnica: Descubrimiento Medio: Rotafolio Material didáctico: Papel periódico y marcadores de colores. Teoría: Constructivismo Modelo: Mercadeo social	Ministerio de Salud. Resolución N° 2283 (viernes 21 de Octubre de 2016) que adopta la "Guía para el abordaje integral de la Leishmaniasis en Panamá, 2015". No. 28150-A. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017) Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022 <a href="http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961">http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;task=doc_view&amp;Itemid=270&amp;gid=38961</a>
5. Promover el reciclaje, según los expertos en salud.	5. Importancia de reciclaje, según expertos en salud de la OMS. 6. Ideas creativas utilizando el reciclaje.	Método: Activo Técnica: Interrogativa Medio: Tablero Material didáctico: Tablero, borrador y marcadores. Teoría: Constructivismo Modelo: Mercadeo social	Organización Mundial de la Salud. (2017) Gestión ambiental <a href="http://www.who.int/denguecontrol/control_strategies/environmental_management/es/">http://www.who.int/denguecontrol/control_strategies/environmental_management/es/</a>

**Evaluación: De los presentes quien puede indicar ¿Qué es entorno saludable? Sumativa: Explicar con la lámina cómo se logra un entorno saludable. Mencionar 2 medidas de higiene en la vivienda.**

# **ANEXO N°9**

## **Presupuesto**

Presupuesto por Etapas y Actividades del Programa Educativo Año 2017			
Etapas	Actividades	Costo en B/.	
		JUL - NOV	
Primera: Diagnóstico y análisis de las necesidades para identificar la problemática a intervenir	Descripción de la problemática a intervenir		
	Revisión de la literatura.		
	Objetivos Generales y Especificos	Internet	19.95
	Justificación del proyecto	Papel	6.00
	Formulación de la problemática a intervenir	Tinta	5.75
		Fotocopias	2.00
		Engargolado	6.00
		Transporte	<u>10.00</u>
		<b>Subtotal</b>	<b>49.70</b>
Segunda: Planificación y diseño de los componentes del plan de acción.	Descripción de la metodología a desarrollar para el proyecto de intervención.		
	Revisión del protocolo de intervención por la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería.	Papel	6.00
		Tinta	5.75
		Engargolado	6.00
		Transporte	<u>10.00</u>
		<b>Subtotal</b>	<b>29.75</b>