

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE MEDICINA UNIDAD DE POST GRADO

SALUD PUBLICA - MENCION EPIDEMIOLOGIA

TITULO DE LA TESIS

**“ EL ROL DE LA INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y
COMUNICACIÓN EN LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD DE
CHAGAS COMUNIDAD CHACOPAMPA, GESTION 2.005”**

**TRABAJO PARA OPTAR EL TITULO
DE MASTER EN EPIDEMIOLOGIA**

AUTOR : Dr. Hubert Portela Lima

TUTOR : Dr. Omar Navia

La Paz - Bolivia

DEDICATORIA

A Dios Padre, por otorgarme la dicha de la vida y permitirme ser su instrumento para llevar salud a nuestros enfermos.

A mis padres, mi hermana, mis suegros, mi esposa y mi querida hijita Jhazeel Varinia por su permanente apoyo a mi superación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento profundo a la planta de docentes de la Maestría de Salud Pública mención Epidemiología de la República de Cuba y de nuestro país, por su dedicación, enseñanza y apoyo en la realización del presente estudio a lo largo de toda la maestría.

A mis compañeros de la Maestría, por su amistad, tolerancia y comprensión en todos los momentos compartidos.

RESUMEN ESTRUCTURADO

TITULO Y AUTOR

Rol de la Información, Educación y Comunicación sobre la enfermedad de Chagas.
Portela H, UMSA.

OBJETIVO

Describir el rol de la estrategia IEC en la Comunidad Chacopampa con relación al mal de Chagas (vector, vivienda y factores socioepidemiológicos)

Conocer el grado actual de conocimientos, nivel de educación y comunicación de los comunarios con relación a la enfermedad de Chagas.

Investigar las características de retroalimentación de IEC del Programa Chagas.

DISEÑO

Descriptivo de corte transversal

LUGAR

Comunidad Chacopampa

PARTICIPANTES

100% de jefes de familia (150 participantes).

INTERVENCIONES

Ninguna

MEDICIONES DEL RESULTADO

Observación, entrevistas estructuradas, entrevistas a informantes clave. Variables: sociodemográficas, vector, control, enfermedad, diagnóstico y tratamiento, IEC, participación comunitaria.

RESULTADOS

Se encontró un conocimiento elevado del vector y hábitat, nivel medio de la enfermedad, algunos asocian al insecto con mala suerte. la mayoría no realiza exámenes diagnósticos ni tratamiento por temor a afectación emocional y laboral.

La educación enfatiza prevención a través del mejoramiento y limpieza de la vivienda.

Información por medios radiales: incipiente, Tv. inexistente, impresos insuficientes.

La calidad, duración, horario, lenguaje y contenidos educativos fueron aceptables.

Mantienen la crianza de animales cerca o al interior de sus viviendas.

Las experiencias transmiten los mayores en charlas informales, coadyuvan profesores.

Programa no prioriza IEC, enfatiza control, diagnóstico y tratamiento, carece de evaluaciones.

CONCLUSIONES

Los comunarios no aplican sus conocimientos para prevenir la enfermedad, los cambios en las costumbres y hábitos de higiene y limpieza son escasos.

Capacitar no es suficiente sino conocemos hasta que punto ha producido resultados dentro la Comunidad, la retroalimentación es necesaria para corregir estrategias y lograr mayor eficiencia e impacto.

INDICE

	PAGINAS
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contexto histórico – social del objeto de estudio	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Justificación – Fundamentación Teórica	10
1.4. Formulación del problema científico.....	12
2. MARCO TEORICO	14
2.1. Situación Actual del objeto Investigado	
2.2. Síntesis de la literatura revisada	
2.3. Posicionamiento Crítico	
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo general	
3.2. Objetivos específicos	
5. DISEÑO METODOLOGICO	23
5.1. Tipo de Proyecto	
5.2. Tipo de estudio – tipo de diseño	
5.3. Tiempo y espacio	
5.4. Universo y Muestra	
5.5. Población de estudio	23
5.6. Métodos de investigación	25
5.7. Definición Operacional de Variables	26
5.8. Procedimientos	30
5.8.1. Recolección de la información	
5.7.2. Procesamiento de la información	
5.7.3. Análisis de datos	31
5.7.4. Aspectos éticos	32
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
7. CONCLUSIONES	40
8. RECOMENDACIONES	42
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
10. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	45
11. ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

Es universalmente reconocido que el control sostenible, depende principalmente del grado en el que la comunidad participa activamente en todos los aspectos del control de la enfermedad, una comunidad capacitada es de desear para este cometido, en ese sentido la Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) en Salud es uno de los instrumentos que contribuyen a “salvar vidas y aumentar el bienestar en los hogares y comunidades de todo el país, incluso en aquellos que raras veces ven a un médico o una enfermera” (1) esta importancia de la IEC no ha sido en general admitida por los líderes del Programa Chagas y por lo tanto fue relegada porque existen otras prioridades de mayor urgencia, esta consideración que subordina la importancia de la IEC deberá ser gradualmente reemplazada por una visión de largo plazo que comprenda la importancia de generar acciones que actúen directamente sobre el núcleo de los problemas sanitarios y que asimile que estos son en muchos casos culturales y sociales y que si bien una actuación en estos campos es menos redituable a corto plazo, posee mayores beneficios finales.

El presente trabajo pretende investigar en la comunidad, la exposición, recepción y comprensión de los mensajes y materiales educativos y describir los cambios producidos en los conocimientos, actitudes y prácticas de los habitantes del Municipio de Tupiza resultantes de acciones del componente de Información, Educación y Comunicación con respecto a la enfermedad de Chagas y de esta manera poner a disposición de futuros investigadores, una línea base que sirva para plantear soluciones a las falencias que se pudiera encontrar como resultado de la investigación.

II. MARCO TEORICO

2.1.Contexto Histórico – Social del Problema Científico

La enfermedad, existía en América desde tiempos prehistóricos, el "Hallazgo de Trypanosoma Cruzi en momias de más de cuatro mil años de antigüedad" en América confirma la sentencia de que "nada nuevo hay bajo el sol" (2), fue descubierta y descrita en 1909 por el Dr. Carlos Ribeiro Justiniano Das Chagas (1879-1934), en ocasión de estar estudiando las enfermedades palúdicas en la zona de Lassance (estado de Minas Gerais, Brasil), descubrió que la vinchuca transporta un parásito unicelular al que le dio el nombre de Tripanosoma Cruzi. Es tal vez el único caso conocido en la historia de la medicina, que un investigador realizó un triple descubrimiento: (a) una enfermedad, (b) su agente causal y (c) su trasmisor.

CHAGAS no llegaría a disfrutar en vida la consagración de su descubrimiento y esfuerzos. Padeció indiferencia y calumnias. De su desazón es muestra el siguiente párrafo que le pertenece: "...hay un designio nefasto en el estudio de la Trypanosomiasis. Cada trabajo, cada estudio, apunta un dedo hacia una población que vive en malas condiciones; hacia un problema económico y social, que a los gobernantes les produce tremenda desazón pues es testimonio de incapacidad para resolver un problema tremendo. No es como el paludismo un problema de bichitos en la naturaleza, un mosquito ligado al ambiente o como lo es la esquistosomiasis relacionada a un factor ecológico límnic casi inalterable o incorregible. Es un problema de vinchucas, que invaden y viven en habitaciones de mala factura, sucias, con habitantes ignorados, malnutridos, pobres y envilecidos, sin esperanza ni horizonte social y que se resisten a colaborar. Hable de esta enfermedad y tendrá a los gobiernos en contra. Pienso que a veces más vale ocuparse de infusorios o de los batracios que no despiertan alarma a nadie..." (3).

Actualmente en Bolivia no se han realizado investigaciones para determinar el verdadero rol y el impacto de los programas de IEC en la Comunidad, de la escasa bibliografía existente se sabe que la enfermedad de Chagas en un verdadero conflicto social y cultural cuya resolución implica abordar una compleja serie de cuestiones en estos ordenes, indispensables para lograr una comprensión global del problema.

El Programa Regional Chagas, realiza acciones de control desde 1986 con acciones integrales priorizando el control vectorial, para lo cual desarrollan 5 fases que son:

- Fase inicial: Censo de población y viviendas, elaboración de croquis, captura de vectores, análisis vectorial, serología a la población y formación de Lideres Comunales.
- Fase de mejoramiento de viviendas con materiales locales.
- Fase de Control químico, rociado general y selectivo de viviendas en todo el Municipio tanto en área urbana como rural con piretroides.
- Fase de Consolidación: recuperación de viviendas no rociadas y viviendas nuevas, esta actividad aún continua.
- Fase de vigilancia epidemiológica: establecimiento de Puestos de Información de la Vinchuca (PIV's) y capacitación de lideres comunitarios, un PIV por cada 50 viviendas, actualmente en proceso de desarrollo (19).

Las estrategias de Intervención en IEC a las que aspira el Programa son:

a) Movilización Social para lograr el apoyo colectivo al programa donde la comunidad se apropia del mismo b) Movilización Comunitaria, como iniciativas autónomas, pero vinculadas al desarrollo del programa c) Participación Social, lograr este proceso social mediante el cual los actores y fuerzas sociales intervengan en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unan en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica la búsqueda y ejecución de las

soluciones es el mayor desafío que enfrenta el Programa d) Abogacía, como una serie de actividades emprendidas para influir en la opinión pública y movilizar recursos/fuerzas para apoyar la causa. e) Información Pública, considera la planificación y producción de materiales como un proceso de aprendizaje, la elaboración de materiales debe seguir un riguroso proceso metodológico de producción y evaluación (21).

Qué puede hacer la IEC en un programa de población como es Chagas ?

- ❖ Aumento de apoyo político de alto nivel al programa
- ❖ Obtención de apoyo público
- ❖ Mayor conciencia y conocimiento de los planificadores y administradores del programa sobre los problemas que enfrentan los usuarios de los servicios y los proveedores de estos.
- ❖ Incremento de la demanda de servicios de salud
- ❖ Promoción de la adopción de prácticas y comportamientos deseados a nivel individual o familiar
- ❖ Oposición a actitudes negativas basadas en malos entendidos y rumores.
- ❖ Enseñanza de habilidades o conocimientos específicos.
- ❖ Mejoramiento de la comunicación interpersonal o de la capacidad de asesoramiento de los proveedores deservicios.

La Estrategia Nacional de Información, Educación, Comunicación y Capacitación tiene características fundamentales que son:

1) Interdisciplinaria: la enfermedad de Chagas no es exclusivamente un problema sanitario, sino, que es básicamente un problema social y cultural que debe ser acometido de manera global.

2) Integral: Cualquier acción que prescinda de la necesidad de formar, informar y educar a los beneficiarios sobre las acciones que se están realizando, serán insuficientes y coyunturales.

3) Participativa socialmente: La IEC debe estar dirigida a la población de un modo dinámico, comprendiendo que esta no es una mera receptora de información y educación sino que tiene que ser un futuro elemento de transmisión de la misma.

4) Continua y específica: Debe existir una clara diferenciación entre el trabajo de la IEC y de aquellas labores destinadas a la publicidad y relaciones públicas del Ministerio de Salud y Deportes.

5) Culturalmente creativa y respetuosa: la IEC debe ayudar al desarrollo cultural de la comunidad respetando su cultura existente.

6) Universal y selectiva: Debe existir una IEC destinada al conjunto de la sociedad, pero debe hacer énfasis en segmentos de influencia.

7) Local y global: La IEC debe ser conciente de las características sociales y culturales de las poblaciones sobre las cuales se realiza la acción, comprendiendo las diferencias que existen entre los diversos grupos poblacionales y que no es posible utilizar las mismas estrategias y los mismos medios para sociedades con diferente grado de organización, hábitos sociales y distinto nivel de conocimiento y aproximación frente a la enfermedad (22).

El Programa Nacional de Prevención y Control de Chagas, tiene como fin, contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de los bolivianos(as) a través del control de la enfermedad en el país y como propósito, controlar la enfermedad a través de la eliminación del T. Infestans en el ambiente domiciliar, el control de la transmisión transfusional y la atención del infectado chagásico, sus componentes incluyen las líneas de acción: 1) Eliminación del Triatoma Infestans, 2) Control de la Transmisión transfusional, 3) Atención al paciente chagásico, 4) Información, Educación, Comunicación y Capacitación, 5) Monitoreo, Evaluación e Investigación (23)

La Enfermedad de Chagas; es producida por un parásito protozoario, el tripanosoma Cruzi el cual es transmitido por las heces de insectos hematófagos de la familia Reduviidae, subfamilia Triatominae (triatoma Infestans).

El Triatoma Infestans, es conocido a lo largo de América Latina con varios nombres, vinchuca, chupao, chinchorro, bandola, chinche, picuda o chirima, su ciclo vital se

inicia en el huevo y transcurre por 5 estadios ninfales hasta la fase adulta, la hembra pone entre 100 y 600 huevos durante su vida adulta, al alcanzar los 15 meses muere de forma natural, tiene hábitos y alimentación nocturnos. Paradójicamente, este insecto nace libre del mal de Chagas y se infecta cuando pica a una persona contagiada, luego de lo cual prosigue con la cadena de contagio, las variantes que influyen en su ciclo vital son la temperatura, la humedad y las condiciones nutricionales, la vinchuca puede completar dos generaciones al año en regiones calientes pero una sola en climas más fríos, se alimentan cada 4 a 9 días, toleran meses de privación de alimentos, los reservorios de *Tripanosoma Cruzi* son la comadreja, el armadillo además de 50 especies de roedores, murciélagos y primates, mamíferos domésticos como los perros, gatos, ratas, ratones y cobayos, las aves y los reptiles son fuentes de alimentación para el vector pero no son susceptibles a la infección del *Tripanosoma cruzi*, sino tienden a ser criaderos y transportadores de vinchucas, la transmisión es por las vías vectorial, transplacentaria, transfusional y accidental.

El cuadro clínico se presenta con malestar general, insuficiencia cardiaca, estreñimiento continuo y muerte súbita o repentina, en niños(as) con fiebre persistente, puede causar daños severos como parálisis permanente, ataca en tres fases: la aguda, crónica y la fase indeterminada en la cual el paciente entra en un aparente estado de cura que puede durar entre 10 y 15 años, para saber si una persona esta enferma, se debe acudir a la consulta médica si presenta síntomas clínicos de esta enfermedad, los medios de diagnóstico incluyen el electrocardiograma, Rayos X , la observación directa al microscopio, serología en el periodo agudo mediante una toma de muestra sanguínea y xenodiagnóstico.

La enfermedad se puede curar en la etapa aguda especialmente en recién nacidos y menores de 5 años, en la etapa crónica, cuando el corazón e intestinos se encuentran afectados la enfermedad no es curable, solo se podrá alargar la vida a través de tratamiento específico y controles médicos en forma periódica, la prevención se realiza con educación sanitaria, mejoramiento de la vivienda, rociado de viviendas y la vigilancia epidemiológica.

No existen antecedentes de esta enfermedad en otras partes del mundo que no sea América Latina, la Organización Mundial para la Salud estima que los países Latinoamericanos han gastado 50 millones de dólares en la lucha contra el mal y que sus perjuicios han sumado 4,550 millones de dólares (4).

Los estragos del mal se conocen en América desde el siglo XVI, el área endémica se extiende desde el Río Grande al norte hasta el paralelo 44° al sur, se calcula que más de 90.000.000 de personas (25% de la población total), se encuentra en riesgo de contraer la enfermedad, de las cuales unas 16-18.000.000 están infectadas (tienen serología positiva al parásito) y el 34% de estas (alrededor de 5.000.000) se hallan clínicamente enfermas. En los Estados Unidos se ha detectado la enfermedad en inmigrantes latinoamericanos.(5)

El año 1916 fue denunciada por primera vez la presencia del vector *Triatoma Infestans* por Arthur Neiva, en la población de Sococha, provincia Modesto Omiste del Departamento de Potosí, se considera originario de los valles andinos, la transición del vector hasta el medio doméstico ocurrió probablemente en la época precolombina cuando tribus preincaicas adquirieron en estos valles la vida sedentaria e introdujeron en sus viviendas la cría doméstica del conejillo de indias (*cavia porcellus*) (6).

La enfermedad tiene 60% de endemia en el territorio nacional, es responsable del 13% de las defunciones de personas entre 15 y 75 años, es la cuarta enfermedad en Bolivia, cerca de 3.5 millones de personas están en riesgo de contraer la enfermedad y 300.000 niños menores de 12 años están ya infectados, se estima que 25% de los infectados tendrían lesiones cardíacas compatibles con la enfermedad y cerca de 1/6 desordenes gastrointestinales, cerca al 48% de los donadores de sangre presentan serología positiva y cerca del 10% de los recién nacidos con bajo peso en zonas endémicas son infectados, la dispersión del vector abarca 6 departamentos de 9 se la encuentra en poblaciones entre los 300 y 3.500 metros sobre el nivel del mar.(7)

En Tupiza, el índice de Infestación disminuyo del 65% en 1.986 al 10,9 en intradomicilio en 1999 y de 65% a 7,5% en peridomicilio, el índice de infección

triatomínica en 1.986 45% y en 1.999 redujo al 2,4%, la Infección en la población general el año 1.996 abarcaba 75% , en menores de 5 años en 1.999 45% y en 1.999 el 6%, (8). Las actividades para la eliminación de la vinchuca se coordinaba con el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), los funcionarios de salud de la provincia de Jujuy (Rep. Argentina) y el Programa Mundial de Alimentos, en 12 años la tasa de infestación por vinchuca se redujo de 70% a 0,1% , sin embargo aparentemente la tasa de infestación por fuera de la comunidad esta alrededor de un 80% (9), actualmente el Programa Mundial de Alimentos esta investigando en Tupiza el tratamiento para la enfermedad de Chagas en menores de 15 años (9) .

“Hemos tenido que trabajar casi 10 años en Tupiza para lograr cambios en el comportamiento, en algunas regiones, las personas no asocian la presencia de la vinchuca con la enfermedad; en otras creen que tener algunas vinchucas alrededor es de buena suerte” (6)

Las estrategias de Información, Educación y Comunicación en América Latina sobre la enfermedad de Chagas se han desarrollado en la Escuela “El Algarrobal” Mendoza – Rep. Argentina donde se implementó un Programa Escolar de erradicación de la vinchuca, los alumnos investigan, se capacitan, dan conferencias, realizan campañas de prevención y desinfección de las viviendas, etc. elaboraron y comprobaron su hipótesis: las bajas condiciones, socioeconómicas, habitacionales y sanitarias que presentan las zonas periurbanas donde esta inserta la escuela, favorece la proliferación de vinchucas. A partir de encuestas a la población se formularon los objetivos del proyecto para lograr que los miembros de la comunidad conozcan los alcances de la enfermedad y sus formas de prevenirla, lograr la participación activa de la comunidad en la eliminación del mal, conformar una red de lideres escolares que participen en la lucha contra la enfermedad (10).

En Colombia, un único estudio de control fue llevado a cabo en la región de Astilleros donde antes y durante la recolección de información, la Comunidad fue ampliamente informada sobre la Enfermedad de Chagas, lo cual llevó a esta a realizar un gran esfuerzo para modificar la vivienda y a presionar a los organismos locales de salud a tomar medidas necesarias para el control de la enfermedad (11).

Un estudio de tesis de grado sobre Información, Educación y Comunicación en Venezuela año 2002 destaca "...las personas que participaron en el estudio, viven en un estado de pobreza crítica y que el 70% de seropositivos son analfabetos" (12).

El Ministerio de Salud Pública con apoyo del Programa Mundial de Alimentos con el fin de tener una línea base para el desarrollo de una estrategia de IEC realizó una investigación de un estudio de Conocimientos, Actitudes, Percepciones y Representaciones (CAPPR) sobre la enfermedad de Chagas en Bolivia, en dos fases entre agosto y septiembre del 2000, en 17 municipios de diferentes departamentos del área endémica, en Potosí los municipios de Cotagaita y Acacio; los resultados fueron: desconocimiento de síntomas de la enfermedad, escepticismo respecto al mejoramiento de las viviendas, desconfianza al rociado por el supuesto efecto nocivo sobre sus animales, solo algunos líderes comunitarios conocían los agentes químicos y la forma de fumigar.(13)

La estrategia 2003, identifica 4 grupos de públicos : beneficiarios; operadores; líderes y socios; se apoya en: El plan de medios, basado en las conclusiones y recomendaciones para los medios y formas de comunicación del estudio CAPPR - 2.000, tienen en cuenta: El empleo de medios masivos para mantener presente las ideas y mensajes del programa en corto, mediano y largo plazo; toma en cuenta en 3 etapas: 1) Estrategia de medios y producción de piezas 2) Distribución de piezas 3) ejecución del lanzamiento.

a) Plan de corto plazo, el mensaje será de carácter informativo sobre los ejes temáticos siguientes: El Programa, el vector, formas de transmisión, la enfermedad de Chagas, vivienda, fumigación, detección y tratamiento de la enfermedad y vigilancia epidemiológica. Todos estos mensajes estructurados de acuerdo a la segmentación de públicos, debiendo contemplar la frecuencia más alta 100%.

b) Plan de mediano plazo; se generarán mensajes de acuerdo a los ejes temáticos pero con carácter motivacional y con énfasis en los mensajes proactivos, con una frecuencia menor al primer año de 80%.

c) Plan de largo plazo; se enfatizará en la recordación, la frecuencia 50%.

Los contenidos, instrumentos, formatos y productos comunicacionales de la estrategia de Información, Educación y Comunicación del Programa Nacional Chagas comprenden los siguientes:

1. Carpeta promocional, boletines informativos trimestrales
2. Página WEB, paquete de instrumentos para comunicadores
3. Materia promocional, manual de texto abierto, video y cassetes de audio interactivo
4. Cartillas, rotafolios, folletería y hojas de trabajo, recordatorios plastificados, pizarras franeladas, maquetas de viviendas sanas.
5. Incentivos y reconocimientos simbólicos, cartas personalizadas
6. Producción radiofónica (radiodramas, microprogramas informativos, jingles, cuñas,
7. Programas radiales participativos, radioconsultorios, radionovela)
8. Producción televisiva (spots, documentales, reportajes testimoniales)
9. Impresos (historietas, cuentos y fábulas, álbumes de cromos, láminas educativas, rompecabezas, adhesivos, artes de prensa, vallas).

En La Paz – Bolivia, diciembre de 1993 se llevó a cabo un taller internacional con la finalidad de revisar y evaluar todos los materiales educativos desarrollados sobre la Enfermedad de Chagas, cuyas conclusiones fueron:

- a. Se necesita una metodología para adaptar los materiales a cada región específica.
- b. Es necesario documentar la experiencia referida al desarrollo y producción de los materiales, incluyendo las particularidades de cada región. Esto debería también incluir una evaluación del uso de los materiales y su efectividad.
- c. Se necesita un análisis mas completo de la cantidad de materiales necesarios y el costo de su producción. Esta información es esencial para poder elaborar un plan viable de distribución masiva de materiales educativos en las áreas chagásicas .

La Organización no Gubernamental CARITAS Bolivia - Tarija implementó mejoramiento de viviendas, educación y rociamiento con insecticidas, sin embargo como tenía fondos limitados para continuar con un adecuado mejoramiento de viviendas se afilío al programa de control de chagas al concluir su apoyo económico (14).

Rotary Club - Cochabamba en 1994 desarrollo e implemento el Programa Educativo Preventivo durante 4 años en asociación con los servicios de salud y otras instituciones del sector, produciendo una gran cantidad de material y diferentes medios educativos: afiches, videos, folletos, jingles radiales, rotafolios, etc. Y participó en jornadas educativas dirigidas a profesores, escolares, juntas vecinales, alcaldes y concejales de diversos municipios, no se conoce hasta la fecha el impacto de estas acciones en la población cochabambina (15).

El 2.003, se realizo el estudio Conocimientos, Actitudes, Prácticas, Percepciones y Representaciones en las comunidades Tocloca, Umacha, Suipacha y San Miguel del Municipio Tupiza, los resultados fueron: reconocen el mejoramiento de las viviendas como una manera eficaz de prevención contra la enfermedad pero en la práctica no hay mejoras sustanciales y mantienen sus corrales cerca de las casas, tienen un elevado conocimiento respecto de la enfermedad y atribuyen la disminución de las vinchucas al rociado de sus viviendas y tienen participación comunitaria activa a través de los Puestos de Información de la Vinchuca (PIVs) elegidos por la Comunidad(16).

Un proyecto de desarrollo agrícola en Tupiza, con apoyo del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola(FIDA - Italia) y Programa Mundial de Alimentos, tenía adjunto un programa para control de chagas basado principalmente en insecticidas, con algo de mejoramiento de viviendas y educación en salud. Los esfuerzos de la Secretaria Nacional de Salud para el Control de Chagas (SNS/CCH) para coordinar con este proyecto no tuvieron éxito, además la falta de datos iniciales sobre el trabajo realizado así como de otra información técnica excluyó a Tupiza como un sitio para el Programa piloto(17).

El Proyecto Cotagaita San Juan del Oro (PCSJO) se inicia en Tupiza, en un periodo de crisis 1.980-1.985, la inversión final del proyecto llegó a 25.1 millones de dólares para 10 años de los que 1.5 millón de dólares fueron invertidos en el componente de salud para el Programa Chagas, los componentes del proyecto se agruparon en 3 categorías relacionadas con:

- la producción agrícola (crédito, extensión agropecuaria y asistencia técnica)
- los servicios sociales (educación, salud pública – Chagas);
- la infraestructura (camino, sistemas de agua, irrigación y electrificación) (6)

La metodología de trabajo del Componente Salud del Programa Regional de Chagas fue sistematizada en cuatro fases, cada una con actividades específicas: fase preparatoria que dio énfasis al tratamiento de la vivienda con la colocación de tumbados, arreglo de corrales y destrucción de gallineros, conejeras y otros ambientes peridomiciliarios de alto riesgo de anidamiento de triatominos, Fase de Ataque, Fase de Consolidación y Fase de Mantenimiento donde fue importante la capacitación permanente de líderes comunitarios, en cada comunidad se estructuraron los PIV que contaron con instrumentos e seguimiento, denuncias y manual de funciones y procedimientos, resultados después de 13 años de intervención ininterrumpida en la región (1.986-1.998): “la población rural conoce ampliamente la problemática de la enfermedad de Chagas y demanda acciones para continuar avanzando en el control del vector para lo que la participación comunitaria es sumamente importante. Eso resulta uno de los principales logros del proyecto como acción de sostenibilidad, aunque existen comunidades que todavía se encuentran resistentes al cambio” (6)

El Ministerio de Salud – Unidad de Gestión de Chagas en Junio 1.993 publica el Manual de Operaciones de Campo, la primera capacitación al personal de salud en Tupiza, julio 1993, dirigido a los técnicos de salud y líderes comunitarios para que puedan utilizarse como instrumento que les permita conocer métodos, técnicas y procedimientos para realizar una efectiva IEC y capacitación a la población. Dentro sus procedimientos se fijan 5 pasos para evitar la propagación de la enfermedad:

línea de base, mejoramiento de la vivienda, rociado químico, evaluación y vigilancia epidemiológica, para cada problema se describen técnicas educativas a aplicarse con la comunidad tales como charlas, sociodramas, teatro popular, narración de historias, canciones, discusión en grupo, demostraciones prácticas y asambleas.

Las Normas y Procedimientos técnicos para el mejoramiento de la vivienda consta de 6 etapas: 1º motivación y organización de la comunidad, actividades: motivación de la comunidad, organización de los grupos de trabajo, elección de los responsables de materiales y alimentos, cronograma de trabajo, organizar el acopio de materiales locales y la firma de compromiso de trabajo de la comunidad; 2º etapa: mejoramiento de la obra gruesa, actividades: reubicación y mejoramiento de corrales y gallineros, refacción de muros y recalzado de cimientos, refacción de techos, construcción de muro guardapatio y protección de muros libres de botaguas, refacción de puertas y ventanas y/o colocación de piezas nuevas, revoque y/o emboquillado con mortero de barro de todos los muros de la vivienda y corrales tanto interiores como exteriores., construcción de rasgos en puertas y ventanas tanto interior como exteriormente, construcción de tumbados o cielos falsos principalmente en los dormitorios.3º etapa, trabajos de obra fina o acabados con las actividades de revoque fino, afinado de los muros interiores y/o exteriores utilizando estuco, lechada de cal, revoque fino de arcilla o una mezcla de tierra-estuco principalmente en los dormitorios, vaciado de pisos utilizando cemento, suelo-cemento, ladrillo o piedra, construcción de zócalos externos para la protección del muro 4º etapa: rociado químico, 5º etapa: saneamiento básico, 6º etapa, uso y mantenimiento de la vivienda identificando 9 temas de información y reflexión colectiva, la conservación y mantenimiento de la vivienda para evitar que nuevamente aparezcan las vinchucas, el aseo y la limpieza de la vivienda, el uso de muebles y utensilios domésticos, el lugar de las personas y el lugar de los animales, el agua potable, el lugar para dormir, el lugar para cocinar y comer (18).

III. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA – Lectura Crítica de la Literatura Médica

La enfermedad de Chagas se limita solamente al continente americano y esta ampliamente distribuido en Latino América, es un complejo problema que desborda

el ámbito médico y se convierte en un conflicto social y cultural, países con potencial económico mayor que el nuestro (Brasil, Venezuela, Argentina, Colombia) todavía no han resuelto el problema y la implementación de estrategias de IEC es aún incipiente.

En Bolivia, se crea el Programa Nacional de Chagas 2000-2005 para la Prevención y el Control de la Enfermedad, recibirá cerca de 54.000.000 US\$ hasta el 2005 incluidos 45.000.000 US\$ del Banco Interamericano de Desarrollo y 9.000.000 US\$ del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (16), la OPS compra el medicamento, los insecticidas y proporciona capacitación, supervisión, vigilancia y evaluación, trabaja en el sistema de vigilancia, lleva a cabo investigaciones operativas y elabora planes de comunicación.

Se tiene informes de evaluación internacional negativos que indican que desde 1.986 se trabajó en el control vectorial en forma discontinua e incoordinada en Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Santa Cruz Tarija, Potosí y TUPIZA donde sobre 1.306 comunidades de 403.470 habitantes, se mejoraron 76.402 viviendas en el marco del proyecto del PMA, se rociaron 90.631, sin poder detallar evaluaciones del impacto alcanzado (fuente: 4º evaluación del Programa Nacional Chagas de Bolivia, febrero 1.999, pp. 8).

A partir de 1.999, la programación a 6 años incluye la cobertura de 700.000 viviendas y la capacitación a 25.000 personas, el MSyPS, MVySB, se ocupará del mejoramiento de viviendas en área endémica a un costo de 90 millones de dólares en 4 años, prolongación por 3 años del PMA, que permitirá mejorar 30.000 viviendas adicionales a un costo estimado de 1.00 dólares por vivienda mejorada, que si se excluye la mano de obra y el material, ambos aportados por la Comunidad, tiene un costo de 350 dólares por vivienda (fuente: 4º evaluación PNC de Bolivia, febrero 1999).

Los objetivos del programa son eliminar la transmisión de la enfermedad por el vector y por transfusiones de sangre y de ese modo reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas en 100% para el 2004. A pesar de que uno de los problemas

en Bolivia es el bajo nivel de información sobre la enfermedad entre profesionales y la población en general, no se prioriza ni fortalece el componente Información, Educación y Comunicación del Programa Chagas.

Recién a partir del 2003 se trazan metas en el componente IEC del Programa Nacional Chagas donde se esperaba tener un alcance geográfico de difusión de medios masivos con el 100% en el área periurbana y 90% en el área rural, alcanzar en el corto plazo (primer año) a dotar a los grupos objetivos de conocimiento sobre los ejes temáticos: el programa, vector, enfermedad de chagas, detección y tratamiento, fumigación, en un mediano plazo (5 años) posicionar el conocimiento y motivar en la toma de actitudes y prácticas respecto al programa, el vector, la enfermedad de chagas, la detección y tratamiento, la fumigación, control y la vigilancia, alcanzar en un largo plazo (10 años) la toma de nuevas actitudes y prácticas respecto a la enfermedad de chagas y fomentar la recordación de los ejes temáticos sobre todo, detección, control y la vigilancia epidemiológica (fuente: PNC-Componente IEC-2003)

Con relación a la transmisión de la enfermedad de Chagas por Transfusiones sanguíneas, datos del libro de registros del Laboratorio del Hospital Eduardo Eguía (II Nivel) de la ciudad de Tupiza, señalan: desde la gestión 2.002 hasta el 27 de febrero del 2007 se tienen registrados 242 donantes de sangre, de los cuales 195 (80.5%) son sangre con serología No Reactiva (Hemoaglutinación Indirecta) para tripanosoma Cruzi y 47 (19.5%) de los donantes de sangre tienen registrado la simbología ?? o la casilla se encuentra en blanco, consultado al responsable actual del laboratorio por el significado de estos símbolos y ausencias de símbolos, indica que probablemente sean de personas a las cuales por la emergencia del caso o por deficiencias de coordinación entre servicios y el laboratorio o a falta de reactivos, no se les pudo realizar la serología para el Chagas.

3.1. Posicionamiento Crítico

El Programa Chagas Nacional y Regional no priorizan la estrategia IEC de promoción y prevención, actualmente en el país y en la región no se han realizado

investigaciones para determinar el verdadero rol y el impacto de los programas de IEC en la Comunidad, por no disponer de un sistema práctico de retroalimentación desde la Comunidad hacia el Programa Regional Chagas que informe en forma permanente de las actividades y productos obtenidos sean negativos o positivos de la intervención de la estrategia de IEC.

La lucha contra la enfermedad es una labor que precisa de un esfuerzo colectivo intersectorial y multidisciplinario amplio y generoso en el campo de la comunicación para lograr cambios saludables en el comportamiento de los pobladores, para ello se deben utilizar todos los instrumentos y mecanismos y todas las posibilidades a nuestro alcance.

Los resultados esperados del Programa Chagas hasta el año 2002, no se han cumplido en ninguno de los indicadores de propósito y como en el caso de los bancos de sangre ni siquiera se ha iniciado estos procesos de implementación, en el Municipio Tuipiza el índice de Infestación intradomiciliario por *Triatoma Infestans* actual es menor al 3%, razón por la cual se inició en la gestión actual el proceso masivo de diagnóstico y tratamiento gratuitos a menores de 15 años y mujeres embarazadas (fuente: PRCHT), en nuestra región el Manual de Operaciones de Campo es conocido solo por un 30% de los técnicos capacitados y actualmente no es utilizado, no obstante que contiene todas las directrices para el mejoramiento de viviendas y una estrategia de IEC adecuada al medio local.

La estrategia Información, Educación y Comunicación tuvo aparentemente un buen impacto en la Comunidad Chacopampa, aunque debemos reconocer que tuvo dificultades como ser que el componente IEC en Chagas se enfocó hacia la parte de escuchar, informar y convencer a los comunarios en el proceso de adopción de conductas saludables a través de intermediarios como son los profesores y líderes comunitarios y lo que faltó por hacer es impulsar a la gente a hacer algo para poner en práctica acciones sostenidas que favorezcan a las prácticas de hábitos saludables tendientes a combatir de manera integral la enfermedad de Chagas, tampoco se destinó recursos económicos ni de tiempo suficientes al componente IEC a fin de que marche a la par de los otros componentes del Programa Regional Chagas (control vectorial, diagnóstico y tratamiento)

Estas afirmaciones que denotan estas debilidades, fueron reconocidas por el propio Nivel Nacional y Local del Programa Chagas durante la 2º Reunión Nacional de Chagas realizado en la ciudad de Tupiza en Marzo del 2007, (anexo 14) y prueba de ello es que el Programa realizará en el mes de Mayo 2007 en la ciudad de Tarija un Curso de Capacitación en la estrategia COMBI (traducido del Ingles: Comunicación y Mercadeo para impactar conductas) como una herramienta fundamental de la nueva visión estratégica del Programa Chagas, para encarar esta problemática en el siguiente quinquenio.

El apoyo económico que recibe el Programa Chagas Regional sea de fuente extranjera y/o nacional creemos se deba utilizar para fortalecer componentes que hasta el momento han sido relegados; tal el caso del componente IEC, basados en investigaciones que proporcionen información real de la situación, todavía no tenemos investigaciones operativas ni planes de comunicación financiadas o ejecutadas por la OPS en la región.

IV. JUSTIFICACION

En el país y en nuestra región, la falta de estudios que determinen el verdadero rol de las estrategias de Información, Educación y Comunicación en la población, constituyen una dificultad importante para realizar un adecuado control de la enfermedad, destacando que la IEC constituye una estrategia de movilización social fundamental en la lucha contra el mal.

La presente investigación pretende ser un aporte inicial que deberá ser gradualmente enriquecida para el logro de una mejor conceptualización social de la enfermedad al abordar los diferentes rasgos psico-socio-culturales de este mal, identificando en la población urbano rural , aspectos específicos referidos a la relación de la enfermedad con el conocimiento actual que se tiene de ella, los cambios producidos en la mentalidad, las costumbres, los hábitos y en la adopción de prácticas saludables en los habitantes de las áreas endémicas contra la enfermedad de Chagas, producto de la estrategia de Información, Educación y Comunicación implementados por el

Programa Nacional de Prevención y Control del Chagas en nuestro país y en nuestro Municipio a partir del año 1996.

La Enfermedad de Chagas es una de las parasitosis de mayor morbilidad entre los habitantes del municipio, especialmente en aquellos de bajo nivel económico que viven en las áreas rurales cuyas viviendas facilitan el albergue al insecto transmisor, según línea de base 2.003, 153 comunidades son endémicas, el índice de infestación es 62.3%, monitoreo entomológico 1,8% y la población expuesta de 34.503 hab. la Infección en la población general el año 1.996 abarcaba 75% , en 1.999 45%, en menores de 5 años en 1.999 45% y en 1.999 el 6% (Fuente: PRCHT)

El Programa Chagas Regional realiza desde hace 18 años actividades contra la enfermedad en nuestro municipio y creemos importante conocer los logros y obstáculos derivados de la estrategia de IEC ocurridos en el transcurso de este periodo en la Comunidad, la investigación es factible de ejecutarse en el Municipio de Tupiza, porque surge como necesidad del personal de salud y de la comunidad, comprometidos en resolver definitivamente el problema en nuestro municipio a través de la implementación de una estrategia adecuada de IEC promocional y preventiva, con retroalimentación eficiente que incremente su capacidad para identificar las causas y condicionantes que aún están determinando índices elevados de infestación peridomiciliaria, mejoramiento de viviendas insuficientes, desconocimiento de las formas de transmisión especialmente de Chagas connatal y transfusional y un deficiente conocimiento de los factores sociales, culturales y económicos relacionados con la enfermedad de Chagas.

La ejecución de la investigación es necesaria, porque al no existir trabajos de este tipo en la región, será un aporte al conocimiento integral de la enfermedad para las Autoridades del Municipio, profesionales en salud y la comunidad, y los resultados podrán identificar los efectos producidos por la estrategia de IEC en los habitantes de comunidades rurales de Tupiza con relación a la problemática psico-socio-cultural de la enfermedad, las que se constituirán en línea de base para el diseño futuro de planes efectivos de educación para la salud en el área de Chagas.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Identificación del problema :

A fin de llegar a la concreción del problema consideramos los siguientes aspectos:

El mal de chagas es una enfermedad producida por un parásito, el Tripanosoma Cruzi y transmitida por un insecto llamado vinchuca que tiene difusión en todo el continente americano y particularmente en los países denominados del tercer mundo.

A fin de identificar este problema se debe responder a los siguientes tres cuestionarios:

a. Existe relación entre la información, educación, comunicación y la difusión de este mal en nuestras comunidades?

Si existe, en los lugares donde la población no tiene instrucción sobre los efectos de este mal que se trasmite por medio del insecto llamado vinchuca, su incidencia tiene características epidemiológicas de severidad.

b. Como se relaciona el IEC y la enfermedad de chagas?.

Se relaciona por las creencias, costumbres, los bajos ingresos y otros aspectos que tienen que ver con la convivencia con el insecto transmisor vinchuca y los habitantes de viviendas nada o pobremente revestidas.

c. Bajo que condiciones se presenta este mal?

Se afirma bajo condiciones de pobreza, aislamiento y falta de comunicación sobre todo de las poblaciones rurales como en el Municipio Tupiza.

Delimitación del problema

El presente estudio es de carácter cultural, socio económico y educativo en relación a la prevención temprana del contagio de esta enfermedad por medio de la convivencia del hombre con el insecto; y la falta de comunicación respecto a este mal en el mundo, en América Latina y en las poblaciones rurales, rural urbanas y peri urbanas de Bolivia, que afecta a grupos o a personas.

Definición del Problema

La enfermedad de Chagas, se debe a la pobreza, deficiente educación y a la falta de una verdadera información positiva o feed – back (retroalimentación) desde la Comunidad hacia los tomadores de decisiones del sector Salud .

5.1. Pregunta de Investigación

¿Qué relación existe entre el rol de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) y los conocimientos, actitudes y prácticas de la población del Municipio de Tupiza en la lucha contra la enfermedad de Chagas, que no se precisa por no disponer de un esquema práctico de retroalimentación desde la Comunidad hacia el Programa Chagas, gestión 2005”?

5.2. Hipótesis de Estudio

A mayor “Rol” de la estrategia de Información, educación y comunicación en la población, aumentan los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) saludables de los habitantes sobre la Enfermedad de Chagas; las que contribuyen a disminuir la incidencia de esta enfermedad , favoreciendo a la erradicación de este mal endémico.

5.3. OBJETIVO GENERAL

Describir el “Rol” de las estrategias de Información, educación y comunicación en los conocimientos, actitudes y prácticas de los habitantes de la Comunidad de Chacopampa; Municipio de Tupiza, con relación a la enfermedad de Chagas,

identificando sus principales características relacionados con el perfil epidemiológico de los habitantes de esta región, actualmente.

5.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

a) Conocer el grado actual de conocimientos de los habitantes de la Comunidad Chacopampa con relación a la enfermedad de Chagas (vector, vivienda, programa Chagas y factores socio-epidemiológicos)

b) Determinar el nivel de educación actual de los habitantes de la Comunidad Chacopampa con relación a la enfermedad de Chagas (vector, vivienda y factores socio-epidemiológicos)

c) Conocer el nivel de comunicación actual y/o que conceptos o vocabulario utilizan para hablar entre los habitantes de la Comunidad Chacopampa con relación a la enfermedad de Chagas (vector, vivienda y factores socio-epidemiológicos) .

d) Investigar las características de la retroalimentación o el “feed back” de las estrategias IEC sobre la enfermedad de Chagas desde la Comunidad de Chacopampa hacia el Programa Regional Chagas Tupiza.

e) Conocer en que medida el Programa Regional Chagas Tupiza ejecuta el componente de I.E.C. dirigido a los habitantes de la Comunidad Chacopampa con relación a la enfermedad de Chagas (vector, vivienda y factores socio-epidemiológicos)

f) Conocer si en el POA, los Comunarios y el Municipio presupuestan recursos económicos para actividades de I.E.C. y la participación comunitaria en actividades del Programa con relación a la enfermedad de Chagas (vector, vivienda y factores socio-epidemiológicos)

5.5. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

5.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

100% de los individuos que comprenden y entienden el problema de la enfermedad de Chagas y que están en condiciones de dar una respuesta,(jefes de hogar, hombres y/o mujeres, profesores y escolares), Total 150 participantes.

5.7. POBLACION

La población de Referencia o Universo es el Municipio de Tupiza, capital de la provincia de Sud Chichas del Departamento de Potosí, población de 37.653 habitantes, distribuida en 18.499 hombres y 19.254 mujeres, de los cuales 9.061 son menores de 19 años.

5.8. LUGAR

La investigación se realizó en la Comunidad de Chacopampa del Municipio Tupiza durante los meses de Enero a Junio de la gestión 2.005, la población de estudio: Chacopampa población total: 510 habitantes, 444 habitantes mayores de 6 años, viviendas existentes 327, rociadas: 327, no rociadas: 0 (fuente: PRCHT).

5.9. Aspectos Eticos

Se solicitó consentimiento informado firmado por los participantes de las encuestas que ingresaron a la misma como muestra seleccionada (unidades de análisis) y su participación activa en la misma (anexo 13).

Las informaciones obtenidas en el proceso de la investigación no serán identificadas públicamente los nombres, los cuales serán mantenidos en forma confidencial para no violar el derecho de secreto de los participantes.

Los individuos incluidos en esta investigación no fueron sometidos a ningún tipo de riesgo para su salud y se tomaron en cuenta y se respetaron los valores culturales tradicionales de la población.

VI. METODOLOGÍA

Para la implementación de la investigación se dividió el Municipio en dos grupos: comunidades endémicas y comunidades no endémicas, del grupo de comunidades endémicas se tomó en cuenta una población intervenida por el Programa Regional Chagas; en la cual se desarrolló la estrategia de IEC, se investigó la influencia que causó en los conocimientos, actitudes, prácticas y hábitos de la población expuesta actualmente.

- Criterios de Inclusión de la Comunidad Investigada

- Accesibilidad (carretera o máximo 6 horas de caminata o no más de 50 Km. Del Puesto de Salud de referencia).
- Comunidad con características socioeconómicas, culturales, y patrones de actividades y convivencia de grupos etéreos similares.
- Comunidad que haya sido intervenida por el Programa Regional Chagas en más de 3 ocasiones en un periodo de 5 años discontinuos.
- Consentimiento escrito de las autoridades comunales para participar del programa, previa consulta con todos los comunarios.

- Criterios de Exclusión de la Comunidad Investigada

Inicial: cuando la comunidad no llene los criterios de selección.

Durante el transcurso: comunidad que en la implementación de la investigación, presenten variables potenciales de confusión (ejemplo: sequías u otras catástrofes naturales que ocasionen migración masiva de la población).

Criterios de inclusión de las personas objeto de la investigación

Toda persona mayor de 8 años de edad, con residencia última en Chacopampa mayor o igual a 5 años continua o 10 años discontinua, con la finalidad de evitar la participación en el estudio, de personas procedentes de municipios no endémicos que no tuvieron contacto con el vector y que no fueron intervenidos por el Programa Regional Chagas y que sean motivo importante de sesgo en la información.

Criterios de exclusión de las personas objeto de la investigación

Cuando las personas no llenen los criterios de selección.

b) Tipo de Muestreo

La metodología de la investigación consideró una serie de grupos muestrales de población escogidos al azar, los grupos seleccionados contemplaron jefes de hogar, amas de casa, maestros de escuela y estudiantes. Para el muestreo de informantes clave se escogieron 20 personas: cuatro personas que trabajan en la Alcaldía de Tupiza con influencia política y con poder de decisión (1 concejal, 1 representante del Comité de Vigilancia, el presidente del DILOS, el Responsable de Salud del Municipio) 4 representantes de la Comunidad (1 PIV, 1 representante de la OTB, 1 corregidor, 1 presidente del Distrito), 4 profesores rurales (2 mujeres y 2 varones) y 4 técnicos del Programa Chagas (2 a contrato y 2 de planta) y 4 del sector Salud (Gerente de la Red, Médico Responsable del Programa Chagas, Supervisor Municipal del Programa Chagas y Trabajadora Social de la Red de Salud).

c) Medición : Instrumentos para medir las variables

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos para organizar la información obtenida, mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos, los métodos empíricos de observación y medición utilizando técnicas de recolección de datos como entrevistas estructuradas, entrevistas a informantes clave y encuestas.

Por la forma de obtener los datos, la investigación fue transeccional, o sea se las obtuvo en un solo momento, en la investigación de campo se aplicaron técnicas de observación, de interrogación, entrevistas estructuradas, entrevistas a informantes clave, con la elaboración de formularios de observación de viviendas y hábitos de sus habitantes, encuestas y entrevistas. (anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6)

Los instrumentos fueron proporcionados a profesionales médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del área urbana de Tupiza y técnicos del Programa Chagas 30 días antes de la aplicación de campo para su revisión y conocer su opinión respecto al contenido de los mismos, con sus aportes se realizaron correcciones a la extensión de las encuestas, preguntas abiertas, instrucciones legibles y claras, aclaraciones de conceptos y preguntas no muy comprensibles, se corrigió el uso de lenguaje muy técnico para los encuestados.

Se realizaron dos sesiones de capacitación para el uso correcto de los instrumentos de recolección de información para los encuestadores de una y media hora de duración cada uno (4 enfermeras graduadas, 4 estudiantes de internado de enfermería y dos internos de medicina) antes de su aplicación de campo y un reconocimiento previo en terreno de la Comunidad Chacopampa y con la ayuda de croquis e isocrónas de la Comunidad se determinó el área de trabajo de cada encuestador.

Se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña de 25 personas en el área de influencia del Centro de Salud Sud (urbano y periurbano) de la ciudad de Tupiza aplicando las encuestas y entrevistas en profundidad y observación de viviendas donde se obtuvo un promedio de llenado de 35 minutos por encuesta y observación para cada encuestador.

El Procesamiento de la Información, una vez recolectadas las encuestas de la comunidad, se clasificó la información según las respuestas a las variables conocimientos del vector, control vectorial, la enfermedad de Chagas, diagnóstico y tratamiento, conocimiento de la estrategia IEC, participación comunal, utilidad y barreras de la comunicación y sostenibilidad del Programa Regional Chagas Tupiza,

los datos de las encuestas obtenidas fueron vaciados en planillas electrónicas Word y Excel, creadas para el efecto por el maestrante.

Análisis de datos, se realizó con información obtenida de los instrumentos aplicados en la comunidad, los mismos que llevaron a reflejar las dos variables de la investigación con sus respectivas categorías, la información obtenida en el instrumento 1, sobre sexo, edad y variables socioeconómicas fueron primeramente revisadas para evitar el ingreso de los datos erróneos en la computadora, se presentan los resultados obtenidos en cuadros y gráficos (31)(anexo cuadros y gráficos)

Para enriquecer la presente investigación nos apoyamos en la Investigación – Acción Participativa (tipo de investigación cualitativa) que es una forma de actividad que combina la investigación y las acciones en un campo seleccionado por el investigador (estrategia IEC – enfermedad de Chagas) con la participación de los sujetos investigados (comunarios hombres, mujeres y niños(as) de Chacopampa), el fin de esta investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar las condiciones de vida a partir de la percepción de los propios actores, rescatamos sus experiencias, creencias, pensamientos y reflexiones a través de las siguientes técnicas de la investigación cualitativa: Observación participante, Guía de Observación Semiestructurada, Entrevista en Profundidad, entrevista Informal, entrevistas semiestructuradas.

Dentro del análisis de la investigación cualitativa se seleccionaron grupos de información de acuerdo a las variables de estudio, se realizó un listado de palabras claves, que fueron codificadas por categorías, estas a su vez agrupadas por tópicos, según las respuestas de los participantes, con esto se interpretaron las frases que sintetizan las opiniones, los motivos y aspectos relevantes del estudio. Todo este procedimiento fue realizado en forma manual y electrónica (paquete estadístico EPIINFO-EPIDAT).

El esquema de código que se utilizó fue jerárquico, el mismo que sirvió como una herramienta para resaltar temas relevantes y de orientación para la búsqueda y

clasificación de la información obtenida, a pesar que los conocimientos y los cambios en los comportamientos no se prestan habitualmente a ser cuantificados, es importante hacer notar que algunos aspectos de esta investigación son relatados en porcentajes. como ejemplo: horario en que recibió la información (mañana, mediodía, tarde, noche).

El método para medir la escala de variables de comportamientos y actitudes fue el escalamiento tipo Likert.

Se empleo una PC Pentium IV, con ambiente de Windows Milenium, los textos se procesaron con Word Milenium y las tablas y gráficos se realizaron con Excel Milenium, se utilizó una grabadora de cassetts de audio y sus respectivos cassetts.

d) Operacionalización de Variables

VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN	INDICADORES
Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1) 6 - 9 años 2) 10 - 19 años 3) 20 - 35 años 4) 36 - 55 años 5) 56 o más años 	Se considera la edad en años cumplidos al momento de la recolección de la información.	Número y % de la población general, y Lideres Comunitarios según edad que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas.
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hombre 2) Mujer 	Se considera el sexo biológico al nacer.	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios según sexo que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas
Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Área Rural Municipio Tupiza 2) Área Urbana Municipio Tupiza 3) Otro Municipio 4) Extranjero 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lugar de nacimiento situado en uno de los 6 distritos rurales del municipio Tupiza. 2. Lugar de nacimiento situado en uno de los 6 distritos urbanos del municipio Tupiza. 3. Nacimiento en algún municipio del país que no sea el municipio Tupiza. 4. Nacimiento en otro país que no sea Bolivia. 	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios según procedencia que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas.
Escolaridad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analfabeta 2) Primaria inconclusa 3) Primaria conclusa 4) Secundaria inconclusa 5) Secundaria conclusa 6) Universitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persona que no curso estudios en ningún momento de su vida. 2. Comenzado el nivel primario no termino o continúa los estudios en este nivel. 3. Si alcanzó el séptimo grado. 4. Comenzado el nivel secundario no termino o continúa los estudios en este nivel. 5. Si alcanzó el cuarto de secundaria. 6. Si esta cursando o se graduó en la universidad. 	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios según el grado de escolaridad que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas.
Estado Civil	<ol style="list-style-type: none"> 1) Casada(o) 2) Unión estable 3) Soltera(o) 4) Viuda(o) 5) Divorciada(o) 6) Separada(o) 7) Otros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convivencia con una persona del sexo opuesto unidos en matrimonio según código legal vigente. 2. Persona que convive con otra del sexo opuesto pero sin vinculo legal entre ellos. 3. Persona que no se encuentra unida a otra persona del sexo opuesto según código legal vigente y sin convivencia. 4. Cuando hubo pérdida física del cónyuge. 5. Ruptura del matrimonio, por disolución de este, a través del código legal vigente. 6. Ruptura del matrimonio, por disolución de este, sin mediación del código legal vigente. 7. niños(as) y adolescentes. 	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios según estado civil que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas
Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1) Labores de casa 2) Agricultor (a) 3) Técnica(o) 4) Estudiante 6) Profesional 7) Otra actividad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer desocupada que no tiene vinculo laboral con el estado ni particular. 2. Hombre o mujer adulto, adolescente o niño(a) que labora en actividades específicas de agricultura en área rural. 3. Hombre o mujer que curso y/o se tituló en Institutos Técnicos Superiores. 4. Hombre o Mujer adulto, adolescente o niño(a) que al momento del estudio tiene vinculo educativo. 6. Graduado de la Universidad. 7. Hombre o mujer que se dedique a otra actividad no incluida en las anteriores. 	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios según ocupación que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas

Creencias Religiosas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Católicas 2) Evangélicas 3) Mormones 4) Testigos de Jehová 	La religión que profesan los individuos y sus consiguientes interpretaciones particulares sobre el mantenimiento de mitos, creencias y costumbres y su relación con los métodos de prevención de la enfermedad de Chagas.	Número y % de la población general y Líderes Comunitarios según creencias religiosas que participan en la investigación sobre la enfermedad de Chagas
Conocimiento sobre el vector y el control vectorial de la enfermedad de Chagas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nivel elevado 2) Nivel medio 3) Nivel bajo 4) Nivel nulo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 8 o más respuestas correctas a las 10 preguntas de cuestionario sobre el vector. 2) Mínimo de 5 y máximo de 7 respuestas correctas a 10 preguntas de cuestionario. 3) Mínimo de 3 y máximo de 4 respuestas correctas a 10 preguntas del cuestionario. 4) Ninguna respuesta correcta a las 10 preguntas del cuestionario. 	Número y % de la población general y Líderes Comunitarios que tienen algún grado de conocimiento sobre el vector y las medidas de control vectorial de la enfermedad de Chagas.
Conocimiento sobre la transmisión de la enfermedad de Chagas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nivel elevado 2) Nivel medio 3) Nivel bajo 4) Nivel nulo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 5 respuestas correctas a las 10 preguntas de cuestionario sobre la transmisión 2) Mínimo de 3 y máximo de 4 respuestas correctas a 10 preguntas de cuestionario. 3) Mínimo de 1 y máximo de 2 respuestas correctas a 10 preguntas del cuestionario. 4) Ninguna respuesta correcta a las 5 preguntas del cuestionario 	Número y % de la población general y Líderes Comunitarios que tienen algún grado de conocimiento sobre la transmisión de la enfermedad de Chagas.
Conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nivel elevado 2) Nivel medio 3) Nivel bajo 4) Nivel nulo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 8 o más respuestas correctas a las 10 preguntas de cuestionario sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. 2) Mínimo de 5 y máximo de 7 respuestas correctas a 10 preguntas de cuestionario. 3) Mínimo de 3 y máximo de 4 respuestas correctas a 10 preguntas del cuestionario. 4) Ninguna respuesta correcta a las 10 preguntas del cuestionario 	Número y % de la población general y Líderes Comunitarios que tienen algún grado de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.
Conocimiento sobre la estrategia de IEC de la enfermedad de Chagas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nivel elevado 2) Nivel medio 3) Nivel bajo 4) Nivel nulo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 8 o más respuestas correctas a las 10 preguntas de cuestionario sobre la estrategia de IEC. 2) Mínimo de 5 y máximo de 7 respuestas correctas a 10 preguntas de cuestionario. 3) Mínimo de 3 y máximo de 4 respuestas correctas a 10 preguntas del cuestionario. 4) Ninguna respuesta correcta a las 10 preguntas del cuestionario 	Número y % de la población general, personal de Salud y Líderes Comunitarios que tienen algún grado de conocimiento sobre la estrategia de IEC de la enfermedad de Chagas.
Recibió información sobre la enfermedad de Chagas	<ol style="list-style-type: none"> 1) SI 2) NO 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Persona que recibió en alguna oportunidad información referida a cualquier componente del Programa Chagas. 2) Persona que no recibió nunca información referida a cualquier componente del programa Chagas 	Número y % de la Población General y Líderes Comunitarios que recibió / no recibió información sobre la enfermedad de Chagas.

Medio de comunicación a través del cual recibió información.	<ul style="list-style-type: none"> 1) Medios Masivos 2) Medios Interpersonales 3) Medios Alternativos 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Televisión, radios, jingles, cuñas radiales, microprogramas, spots, documentales, reportajes testimoniales, artes. 2) Charlas, cursillos, seminarios, talleres, trabajo colectivo, ferias, asambleas, animaciones, reuniones de coordinación y abogacía interinstitucional, 3) Impresos: carpetas informativas, boletines, material promocional, historietas con predominancia gráfica Afiches, volantes, carteles, trípticos. 	% de la población general y Líderes Comunitarios que recibieron / no recibieron la información por uno o más medios de comunicación sobre la enfermedad de Chagas.
Utilidad de la Información recibida	<ul style="list-style-type: none"> 1) Mucha utilidad 2) Mediana utilidad 3) poca utilidad 4) Ninguna utilidad 	<ul style="list-style-type: none"> 1) 5 respuestas correctas a las 5 preguntas de cuestionario. 2) Mínimo de 3 y máximo de 4 respuestas correctas a 5 preguntas de cuestionario. 3) Mínimo de 1 y máximo de 2 respuestas correctas a 5 preguntas del cuestionario. 4) Ninguna respuesta correcta a las 5 preguntas del cuestionario 	% de la población general y Líderes Comunitarios a los que les sirvió la información recibida sobre las causas, efectos y las medidas de prevención que adoptó contra la enfermedad de Chagas en base a esta información.
Búsqueda de más información sobre la enfermedad de Chagas.	<ul style="list-style-type: none"> 1) SI 2) NO 	<ul style="list-style-type: none"> 1) persona que busco información referida al programa chagas, vector, enfermedad, vivienda, fumigación, vigilancia epidemiológica, mensajes proactivos, donación de sangre segura, tratamiento a menor de 5 años, promoción de la donación voluntaria. 2) persona que no busco más información para aclarar sus dudas y fortalecer sus conocimientos sobre la enfermedad 	% de la población general y Líderes Comunitarios que buscaron / no buscaron más información sobre la enfermedad de Chagas.
Fuente donde busco más información sobre la enfermedad de Chagas.	<ul style="list-style-type: none"> 1) Busco más información 2) No buscó más información 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Establecimientos de la Red Salud, PIV (puestos de información de la vinchuca), libros, bibliotecas, Radio, televisión, prensa, vecinos, CD,s ; Internet. 2) No busco información en ninguna de las anteriores. 	% de la población general y Líderes Comunitarios que buscaron información para conocer más sobre la enfermedad de Chagas.
Análisis del contenido de la información recibida.	<ul style="list-style-type: none"> 1) Buena 2) Regular 3) Mala 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Toda persona que manifiesta su conformidad con la información y señala haber fortalecido sus conocimientos en cuanto a la enfermedad. 2) Persona que manifiesta dudas y para la cual los contenidos de la información no colmaron completamente sus expectativas. 3) Persona que manifiesta su inconformidad con la información recibida. 	% de la población general y Líderes Comunitarios que consideran, analizan y tienen un concepto claro y definido sobre la información recibida.
Espacio de la información.	<ul style="list-style-type: none"> 1) Corto tiempo 2) tiempo adecuado 3) muy extenso 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Mínimo de 1 minuto y máximo de 3 minutos de duración en Tv. Y Radio y menor a 10 minutos en charlas. 2) Mínimo de 4 minutos y máximo de 10 minutos en Tv. Y Radio y mayor a 10 y menor a 30 minutos en charlas. 3) Mayor a 11 minutos en Tv. Y radio y mayor a 30 minutos en charlas. 	% de la población general y Líderes Comunitarios que tienen un concepto claro y definido sobre el espacio referido al tiempo de duración del mensaje emitido y recibido.
El lenguaje utilizado para dar la información es comprensible (claro y sencillo)	<ul style="list-style-type: none"> 1) fácil comprensión 2) difícil comprensión 3) Incomprensible 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Persona que manifiesta haber comprendido la totalidad de la información sin dificultades. 2) Persona que manifiesta haber comprendido parcialmente la información. 3) Persona que manifiesta no haber comprendido nada de la información recibida. 	% de la población general y Líderes Comunitarios que tienen un concepto claro y definido sobre el lenguaje utilizado para emitir la información.

Horario en que recibió la información	1) Mañana 2) Mediodía 3) Tarde 4) Noche	1) 02 a.m. a 11:59 a.m. 2) 12:00 a 14:00 3) 14:01 a 19:59 p.m. 4) 20:00 a 23:59 p.m.	% de la población general y Lideres Comunitarios que recibieron la información según horario.
Cambios realizados en el entorno a partir de la información recibida sobre la enfermedad de Chagas.	1) Total 2) Parcial 3) Ninguno	1) Consulta con médico y personal de salud, fumiga su casa periódicamente, mejoro su casa en un 70% al revocar paredes, poner calaminas a los techos), alejo los corrales de su casa. 2) consultó con personal de salud, mejoró su casa en un 40%, alejo corrales. 3) Pasividad e inercia, sin consultar ni mejorar su casa y convive con animales.	% de la población general y Lideres Comunitarios que realizaron cambios en el entorno en el que viven como consecuencia de la información recibida sobre las causas, efectos y las medidas de prevención contra la enfermedad de Chagas.
Transmisión de la información recibida.	1) SI 2) NO	1) Toda persona que comentó, explicó y compartió información con otra(s) personas utilizando medio oral, escrito o visual. 2) Toda persona que no comentó, no explicó ni compartió información con otra(s) personas.	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios que recibieron la información sobre la enfermedad y la socializaron con otras personas.
Conocimiento del Programa Chagas y sus acciones contra la enfermedad.	1) Conoce 2) No conoce	1) Toda persona que manifiesta algún conocimiento de las acciones del Programa Chagas Regional y/o haber acudido al mismo . 2) Toda persona que manifiesta un desconocimiento completo del Programa Chagas Regional y de sus acciones.	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios que conocen el Programa Chagas y sus acciones contra la enfermedad.
Participación en actividades del Programa Chagas.	1) Activa 2) Regular 3) Pasiva 4) Nula	1) Participación mayor al 70% en las actividades del Programa Chagas. 2) Participación entre 20% al 69% de las actividades. 3) Participación entre 10 a 19% de las actividades. 4) Participación menor al 10% en las actividades.	Número y % de la población general y Lideres Comunitarios que participaron en algún grado de las actividades del programa Chagas.
Realización de acciones de prevención por las comunidades.	1) Prevención Primaria 2) Prevención Secundaria 3) Prevención Terciaria	1) Se realiza sobre personas sanas, en riesgo de enfermar por ej. Educación para la salud. 2) Permite identificar una enfermedad establecida en un periodo presintomático (diagnóstico y tratamiento precoz) por ej. Tratamiento de los factores de riesgo bio-psico-socio-económico-culturales. 3) es un intento por limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos, ej. Marcapasos en pacientes cardiopatas chagásicos.	Número y % de comunidades que tomaron acciones de prevención contra la enfermedad de Chagas .
Retroalimentación informativa desde la Comunidad) Positiva b) Negativa	a) cuando existe mas de dos fuentes informativas formales y/o informales establecidas y funcionando desde la comunidad hacia el Programa Regional Chagas. a) cuando no existen fuentes informativas formales y/o informales establecidas y funcionando desde la comunidad hacia el Programa Regional Chagas.	Número y % de fuentes informativas formales y/o informales que realizan recojo y envío de información sobre la enfermedad de Chags hacia el Programa Regional Chagas.
Programación de recursos en el POA municipal	a) SI b) No	a) El municipio y la comunidad presupuestan recursos económicos en el Programa Operativo Anual para actividades de IEC del Programa Chagas. b) El municipio y la comunidad no presupuestan recursos económicos en el POA Anual para actividades de IEC del Programa Chagas.	% de recursos económicos que se presupuestan en el Programa Operativo Anual del Municipio Tupiza destinados al componente IEC del Programa Chagas.

VII. RESULTADOS Y DISCUSION

7.1. Aspectos sociodemográficos

La Comunidad es predominantemente adulta 42.7% (36 a 55 años), hombres y mujeres tienen igual distribución (ver tabla 1)

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGUN SEXO Y EDAD

GRUPOS ETAREOS	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
6 - 9	1	1.3	1	1.4	2	1.3
10 – 19	12	15.8	10	13.5	22	14.7
20 – 35	22	29.0	12	16.2	34	22.7
36 – 55	29	38.1	35	47.3	64	42.7
56 o +	12	15.8	16	22.0	28	18.7
TOTAL	76	100%	74	100%	150	100%

La población mayoritaria es del lugar; los pobladores nuevos procedentes de otros municipios predominantemente de los ex centros mineros y de los Lipez (tabla 2)

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN PROCEDENCIA Y SEXO

PROCEDENCIA	VARONES		MUJERES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Area Rural	61	77.2	55	77.5	116	77.3
Area urbana	4	5.1	5	7.0	9	4.7
Otros Municipios	14	17.8	11	15.5	25	18.0
TOTAL	79	100%	71	100	150	100%

El grado de escolaridad preocupa mucho porque se evidenció un 10% de analfabetos, 54% de primaria inconclusa y solo un 12% de bachilleres lo que dificulta el proceso de asimilación de cualquier tipo de programa de información (ver tabla 3)

TABLA 3

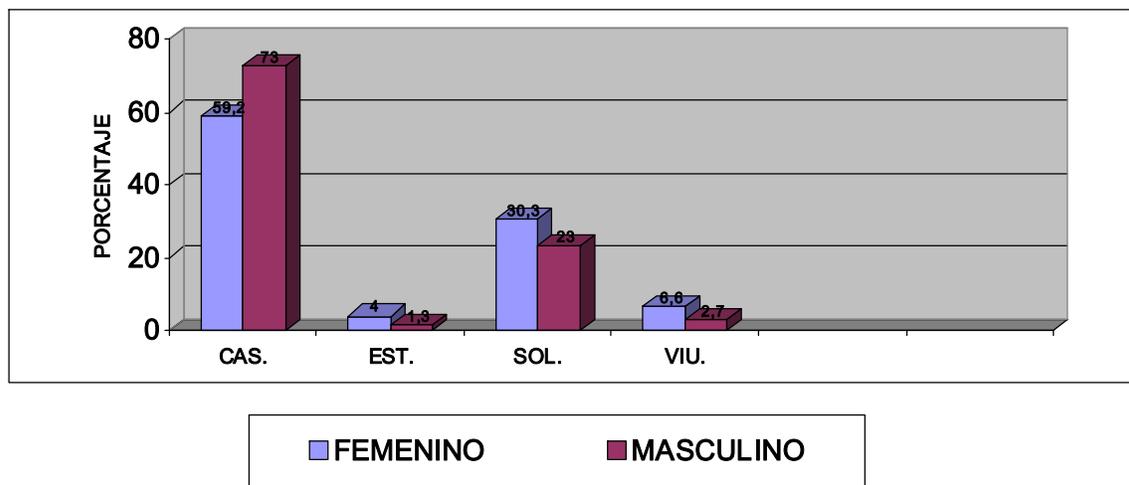
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO

ESCOLARIDAD	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeto	12	15.8	4	5.4	16	10.7
Primaria inconclusa	38	50	43	58.1	81	54.7
Primaria concluida	3	4	1	1.3	4	2.7
Secundaria inconclusa	10	13.2	10	13.5	20	13.3
Secundaria concluida	8	10.5	10	13.5	18	12
Universitaria	5	6.6	6	8.1	11	7.3
T o t a l	76	100%	74	100%	150	100%

La estabilidad familiar es 66% casados contra 0% separaciones, coincidentes con el elevado porcentaje de profesantes de la religión católica 85% (ver gráfico 4 y tabla 6)

GRAFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO



Fuente: tabla 4

La ocupación actual de los varones es la agrícola 32% y labores de casa para las mujeres 25%(ver tabla 5)

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN OCUPACION Y SEXO

OCUPACIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Lab. casa	44	57.9	0	58.1	44	29.3
Agricultor	6	7.9	43	1.3	49	32.7
Técnico(a)	0	0	1	0	1	0.7
Estudiante	14	18.4	11	14.9	25	16.7
Profesional	7	9.2	7	9.4	14	9.3
Otras	5	6.6	12	16.2	17	11.3
T o t a l	76	100%	74	100%	150	100%

7.2. Conocimientos

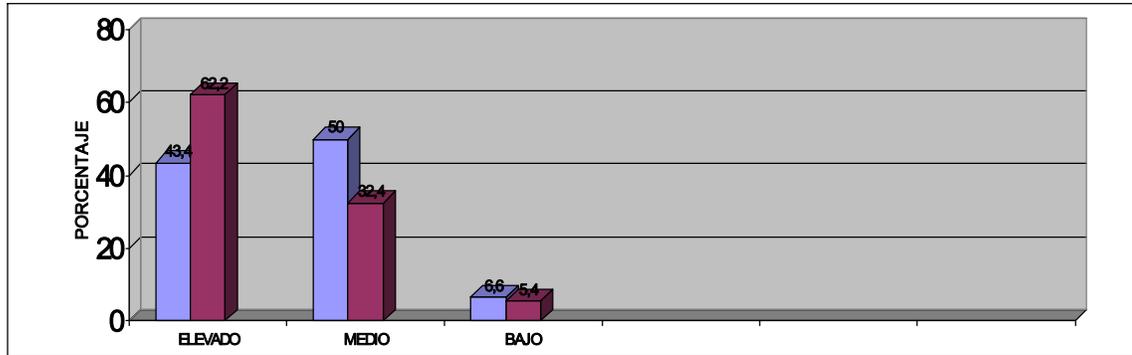
El grado de conocimiento sobre el vector en la población estudiada es de un nivel elevado en los varones 62% y en las mujeres domina el nivel medio 50%, en promedio entre ambos sexos un 94% de la población tienen un nivel entre alto y medio, el vector es conocido con el nombre de vinchuca y causante de una enfermedad mortal y lenta, que afecta al corazón e intestinos principalmente, es identificado en su hábitat, reconocen su presencia por las características de sus heces fecales en las paredes, reconocen que los corrales y criaderos de animales son sitios de reproducción de este insecto.

Tienen dificultad en la identificación de personas enfermas que requieren apoyo para precisar su diagnóstico y realizar tratamiento (ver gráfico 9). Pocas personas conocen que el Programa Regional Chagas realiza consulta, diagnóstico y tratamiento a menores de 15 años y mujeres gestantes en forma gratuita, en algunos caso manifiestan haber sido parte de una investigación para el tratamiento pero que los resultados hasta ahora no los conocen, el factor económico es la traba para realizarse el diagnóstico y tratamiento contra la enfermedad, Las actividades de información a nivel de la Comunidad especialmente efectuada por técnicos rociadores han logrado que los habitantes reconozcan al vector y sus características

en un nivel elevado (ver gráfico 7) y las formas de transmisión de la enfermedad en un nivel medio aceptable (ver gráfico 8) entre hombres y mujeres recibieron información en un 84%, los hombres en un 96% y las mujeres en un 72% lo que constituye una buena labor por parte del Programa Chagas (ver tabla 11) 73% entre hombres y mujeres realizaron cambios en su entorno, mejoraron la vivienda 73%, alejaron corrales 4% y un 7,9% fumigo su vivienda por cuenta propia y un 15% no realizó cambios en su entorno, paradójicamente las mujeres son las que más realizaron cambios en el entorno (89%) a pesar de haber sido las que menos información recibieron por parte de los técnicos del Programa Chagas, por lo que creemos que pueda deberse a iniciativa propia o debida a la información recibida del cónyuge y ellas se encargan de algunas tareas de mejora en sus viviendas, lo que queda claro es que la estrategia de IEC tuvo un buen efecto en este aspecto importante de la vivienda (ver tabla 18). las acciones de prevención primaria se realizan en un 94% entre hombres y mujeres a partir de la información recibida lo que nos señala que los habitantes e la Comunidad Chacopampa aplican los conocimientos adquiridos y es señal de impacto favorable de la estrategia IEC Comunitaria (ver tabla 21).

GRAFICO 7

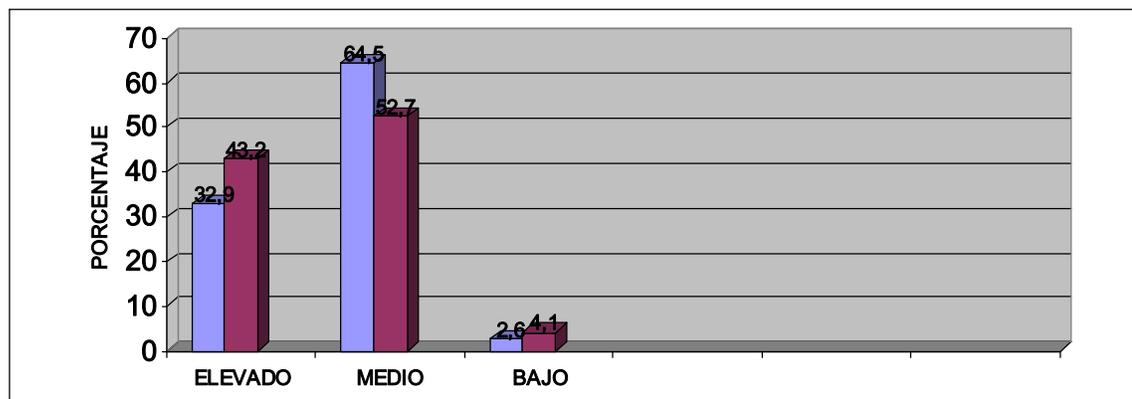
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL VECTOR Y CONTROL VECTORIAL Y SEXO



Fuente: tabla 7

GRAFICO 8

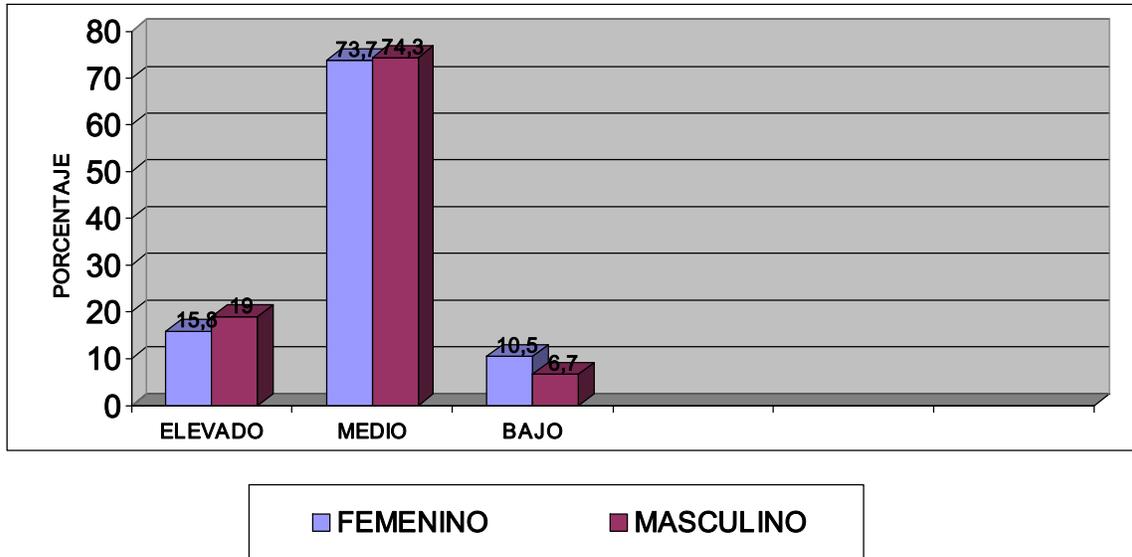
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE LA TRANSMISION Y SEXO



Fuente: tabla 8

GRAFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y SEXO



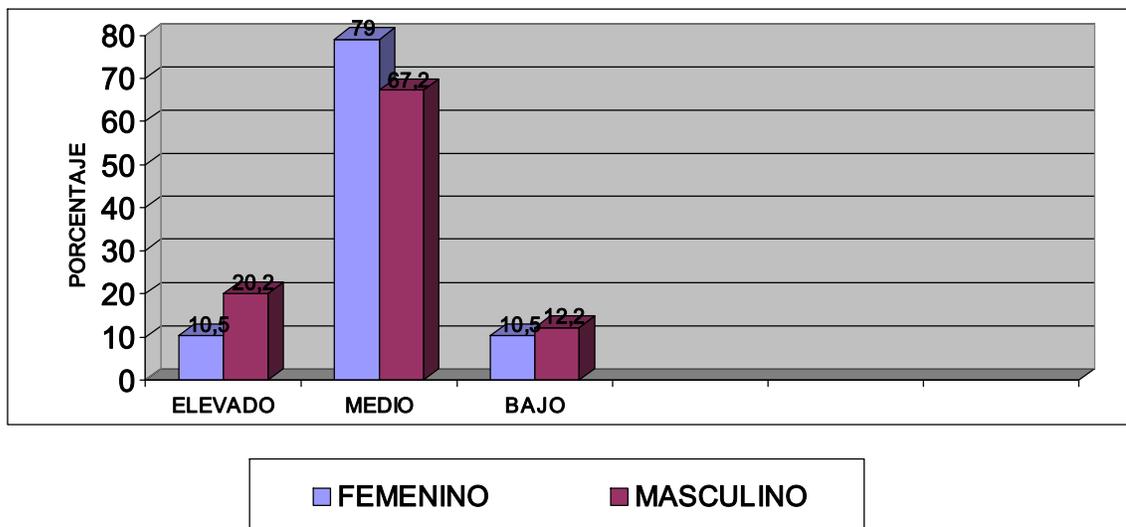
Fuente: tabla 9

6.3. Ejecución de la estrategia

Con relación al componente IEC, se tiene en promedio (73%) un conocimiento medio por la población; referida específicamente a actividades desarrolladas por los técnicos rociadores en sus visitas a la Comunidad(ver gráfico 10)

GRAFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACION Y SEXO



Fuente: tabla 10

El cumplimiento de la estrategia en el Municipio Tupiza se dio en un 40% de frecuencia el Plan de corto plazo con mensajes informativos sobre los ejes temáticos siguientes: El Programa, el vector, formas de transmisión, la enfermedad de Chagas, vivienda, fumigación, detección y tratamiento de la enfermedad y vigilancia epidemiológica. Todos estos mensajes no fueron estructurados de acuerdo a la segmentación de públicos, se generaron escasos mensajes de acuerdo a los ejes temáticos vector, enfermedad y vivienda con carácter motivacional y con énfasis en los mensajes proactivos, con una frecuencia menor al primer año de 20% (Plan de Mediano Plazo), no se ejecutó el Plan de largo plazo; que enfatiza la recordación con una frecuencia del 50%.

1. No se encontró en el Programa Regional Chagas la Carpeta promocional ni los boletines informativos trimestrales de la estrategia IEC.
2. La Página WEB figura a partir del año 2003, se evidencio ausencia de un paquete de instrumentos para comunicadores en el PRCHT.
3. Se elaboro escaso material promocional (ver anexo 10), No hay un manual de texto abierto exclusivo sobre la estrategia IEC.
4. Se evidencia la existencia de 5 rotafolios en el PRCHT con temas: vector y fumigación, enfermedad de Chagas, mejoramiento de la vivienda, diversos folletos sobre vector, mejoramiento vivienda y la enfermedad y hojas de trabajo, no hay

recordatorios plastificados ni pizarras franeladas, existen croquis y no maquetas de viviendas sanas, en la Posta de Salud de Chacopampa existe un croquis epidemiológico con detalle de casas positivas y negativas para el vector, casas habitadas rociadas, abandonadas, isocronas, ubicación del PIV en la Comunidad, no se dispone de material impreso sobre cualquier de los temas del Mal de Chagas. La Posta cuenta con un equipo para fumigado que consta de una bomba rociadora y un litro de Deltametrina al 0,5% sin un manual de manejo ni de efectos del químico en los animales y la población.

5. No se extendieron certificados escritos como incentivos y reconocimientos simbólicos, tampoco cartas personalizadas.

6. La producción radiofónica se centralizó en jingles y cuñas de difusión intermitente sobre el vector, la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y el mejoramiento de la vivienda entre los años 1.986 – 1.996, no existen evidencias de elaboración y/o difusión de radiodramas, microprogramas informativos, Programas radiales participativos, radioconsultorios, y radionovelas, se evidencia ausencia de cassetes de audio interactivo en el PRCHT, aunque se utilizó con mucha frecuencia una canción escrita por el cantautor tupiceño Dr. Willy Alfaro denominada "La vinchuca" que contienen mensajes de descripción del hábitat del insecto y prevención contra la enfermedad mejorando las viviendas y alejando corrales y gallineros.

8. Producción televisiva existen 4 videos tipo documentales y reportajes testimoniales producidos por el Programa Regional Chagas Tupiza entre 1.986 - 1.990 en formato VHS, narrada en castellano por Comunicadores radiales locales, duración 30 minutos cada uno, la temática es sobre el programa, vector, el control, la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, mejoramiento de viviendas y vigilancia epidemiológica, se difundió mayormente en la ciudad de Tupiza y no en la comunidad de Chacopampa porque no disponían energía eléctrica hasta el 2.004

9. Muy pocos impresos la mayor parte son adhesivos (ver anexo 10) no se elaboraron historietas, cuentos y fábulas, álbumes de cromos, láminas educativas, rompecabezas, artes de prensa, vallas. (fuente: investigación propia del autor)

Con la acreditación académica de la Escuela Técnica de Salud Andino Boliviano – Japonés de Cochabamba en 1.999, el Distrito de Salud V – Tupiza, abrió un Curso de Capacitación de Técnicos en Saneamiento Ambiental con énfasis en Chagas

inicialmente con 36 alumnos de los cuales y al cabo de casi 4 años de labores interrumpidas frecuentemente por problemas de coordinación de los responsables del mismo, pudieron concluir el curso 20 alumnos, sin poder realizar sus prácticas e intervenir en las zonas de riesgo porque no se les facilitó contratos de trabajo en el Programa Regional Chagas Tupiza, cito los resultados después de 13 años de intervención ininterrumpida en la región (1.986-1.998) “la población rural conoce ampliamente la problemática de la enfermedad de Chagas y demanda acciones para continuar avanzando en el control del vector para lo que la participación comunitaria es sumamente importante. Eso resulta uno de los principales logros del proyecto como acción de sostenibilidad, aunque existen comunidades que todavía se encuentran resistentes al cambio” (8)

El estado actual en el área de estudio con relación a la estrategia de IEC es que el Programa Chagas, se encuentra en la fase de cierre (concluye el financiamiento para las actividades en ejecución en Mayo del 2.007: fuente: 2º Reunión Nacional de Chagas, Tupiza, marzo del 2007), se continúa con actividades de vigilancia epidemiológica, diagnóstico y tratamiento e IEC especialmente en consulta médica del Programa Chagas regional Tupiza; en la Comunidad, se trata de sensibilizar a las autoridades comunitarias por medio de reuniones de planificación participativa para que destinen recursos económicos en el POA Anual reprogramado para la gestión 2007, destinados por recomendación de la 2º Reunión Nacional de Chagas especialmente al fortalecimiento del Componente Información, Educación y Comunicación del programa Chagas Regional Tupiza. (ver anexo 14, 2º Reunión Nacional de Chagas –Tupiza, 2.007).

6.4. INFORMACIÓN

Respecto a la calidad de la información recibida, duración, horario, lenguaje utilizado y contenidos, las respuestas son homogéneas entre hombres y mujeres y se enmarcan en lo aceptable (buena, adecuada y comprensible) (ver tablas 14 al 16).

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO

ANÁLISIS DE CONTENIDO	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		

Bueno	25	45.5	40	56.3	65	51.6
Regular	29	52.7	31	43.7	60	47.6
Malo	1	1.8	0	0	1	0.8
Total	55	100%	71	100%	126	100%

TABLA 15

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESPACIO DE LA INFORMACION RECIBIDA Y SEXO

ESPACIO DE LA INFORMACIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Corto Tiempo	20	26.3	17	23	37	24.7
Tiempo Adecuado	47	61.8	51	68.9	98	65.3
Muy extenso	9	11.8	6	8.1	15	10
Total	76	100%	74	100%	150	100%

TABLA 16

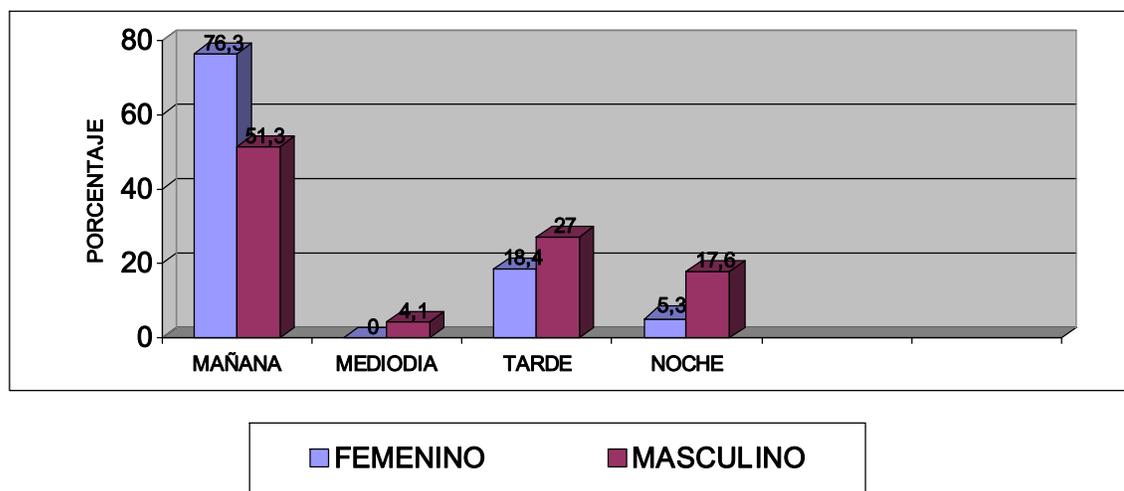
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN EL LENGUAJE UTILIZADO PARA RECIBIR INFORMACION Y SEXO

LENGUAJE UTILIZADO	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Fácil Comprensión	44	57.9	48	64.9	92	61.3
Difícil Comprensión	30	39.5	23	31.1	53	35.3
Incomprensible	2	2.6	0	0	2	1.3
No Sabe	0	0	3	4	3	2
T otal	76	100%	74	100%	150	100%

La población dispone de mayor tiempo para recibir información en la mañana, la cual puede ser aprovechado favorablemente para utilizar este horario en futuros programas de Información, Educación y Comunicación Comunitario (ver gráfico 17), los pobladores de esta Comunidad son dedicados a la agricultura fundamentalmente (a la ganadería en menor proporción) por lo que tienen el tiempo limitado y la mayor parte del tiempo en el día lo dedican a sus campos y al pastoreo de su ganado caprino, ovino y vacuno.

GRAFICO 17

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN HORARIO EN QUE RECIBIO LA INFORMACIÓN Y SEXO



Fuente: tabla 17

La mayoría de la población reconoce que la información recibida es de mucha utilidad pero un gran porcentaje no la socializa, la búsqueda de mayor información para ampliar conocimientos sobre la enfermedad, es una gran debilidad en la Comunidad porque un porcentaje extremadamente bajo busca más información y son los profesores, La Posta de Salud tiene un elevado nivel de aceptación a pesar de sus limitaciones como primer nivel de la Red de salud al cual acudirían los comunarios para conocer más sobre la enfermedad y su tratamiento.

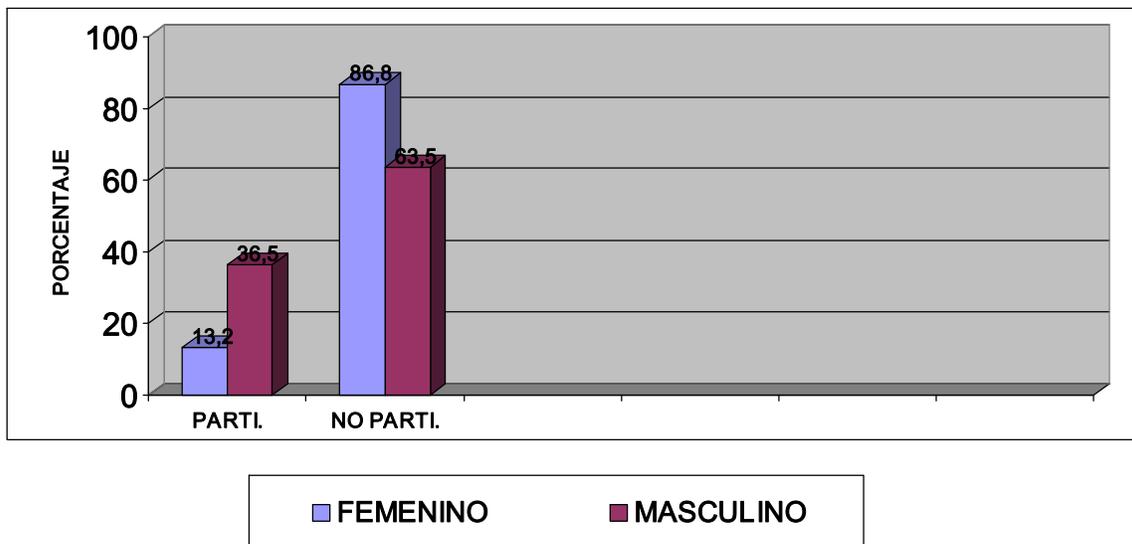
6.5. Presupuesto y Participación Comunitaria

El Municipio de Tupiza desarrolla Programas Operativos Anuales (POA's) en forma conjunta con la Gerencia de Salud a través de reuniones de planificación participativa en los 12 distritos urbanos y rurales en los cuales priman más las quejas sobre el mal uso de vehículos y comportamiento del personal de Chagas, que las demandas de proyectos para el Programa, el Municipio presupuesta recursos económicos en el POA para actividades referidas a mantenimiento de parque automotor, pago de servicios básicos y compra de químicos y medicamentos, no hay un ítem específico para el componente de Información, Educación y Comunicación.(anexo 12)

La Participación Comunitaria en actividades del Programa en IEC es muy incipiente, están limitadas a la colaboración que brindan a las brigadas de rociadores que eventualmente realizan actividades de evaluación de viviendas infestadas y rociado. Existe como responsabilidad comunitaria un PIV elegido en forma comunal. Para recoger y verificar las denuncias sobre la presencia de vinchucas. (gráficos 19 y 20)

GRAFICO 19

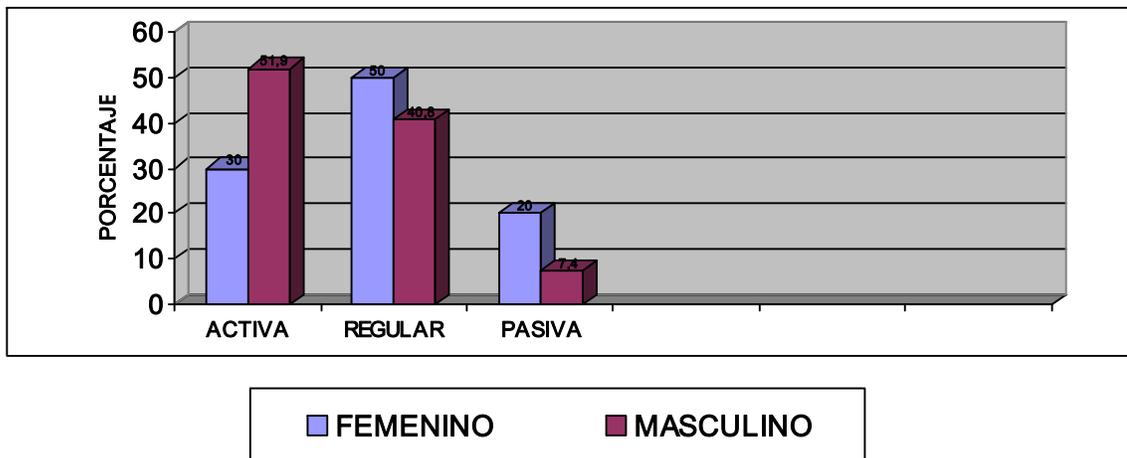
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CHAGAS Y SEXO



Fuente: Tabla 19

GRAFICO 20

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN GRADO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CHAGAS Y SEXO



Fuente: tabla 20

6.6. Educación

Los resultados obtenidos de acuerdo al perfil descrito en la literatura, que indica que romper el ciclo domiciliario de la enfermedad precisa de un trabajo de Información, Educación y Comunicación Comunitario sostenido que demuestre y convenza que tomar medidas mediante el cambio de su forma de vida mediante mejoras en la vivienda y mantenerla libre de vinchucas para evitar el contagio de la enfermedad con plena participación comunitaria es el principal paso en la prevención de la enfermedad, el estudio demuestra que las actividades de educación en salud del Programa Regional Chagas Tupiza han estado dirigidos a tipos de audiencia como son trabajadores del campo, líderes comunitarios y profesores, quienes fueron los que reciclaron lo apreendido pero no de manera sostenida razón por la cual todavía observamos que algunas familias actualmente no aplican al 100% los conocimientos recibidos en cuanto a prevención de la enfermedad y a cambios en las costumbres y los hábitos fundamentalmente en cuanto a higiene y limpieza del intra y peridomicilios, por fortuna son pocos casos, los que deberán ser tomados en cuenta por el Programa en futuras acciones de intervención con la estrategia IEC.

El Programa Regional Chagas no ha logrado la motivación sostenida, necesaria en los comunarios de Chacopampa para adoptar en forma conciente e informada nuevas actitudes y comportamientos a favor de su salud, así lo demuestran las

condiciones actuales de las viviendas donde se evidencia que el 60% de las cubiertas son de paja/barro y solo un 38% es de calamina, lo que indica que se esta favoreciendo al refugio del vector en las cubiertas, de estas cubiertas el 52% esta en regular estado (Anexo4, tablas 22 y 23),

TABLA 22

TIPO DE MATERIALES DE LA CUBIERTA DE LOS DORMITORIOS

Materiales	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	Total
Calamina	19	15	30%	3	6 %	1	2 %	38%
Cemento	1	1	2%	0	0%	0	0%	2%
Teja	0	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Madera	0	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Paja/barro	30	23	46%	6	12%	1	2%	60%
Total	50	40	78%	18	18%	6	4%	100%

TABLA 23

CONDICIONES DE LA CUBIERTA

Estado	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	Total
Bueno	16	14	28%	2	4%	0	0%	32%
Malo	8	7	14%	1	2%	0	0%	16%
Regular	26	19	38%	6	12%	1	2%	52%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

Las condiciones mejoran en cuanto a revoque interno 78% están en buen estado y son de estuco pero el 40% apenas tienen revoque exterior de cal y arena, no se verifica las mejoras en las viviendas que se realizaron bajo la modalidad alimentos por trabajo en la década de los 80-90 (anexo4, tablas 24 y 25)

TABLA 24

CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE INTERIOR

Condiciones	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	total
C/R-Bueno	39	35	70%	3	6%	1	2%	78%

C/R-Malo	9	4	8%	5	10%	0	0%	18%
Sin revoque	2	1	2%	1	2%	0	0%	4%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

TABLA 25

CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE EXTERIOR

Condiciones	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	total
C/R-Bueno	20	19	38%	0	0%	1	2%	40%
C/R-Malo	10	10	20%	0	0%	0	0%	20%
Sin revoque	20	11	22%	9	18%	0	0%	40%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

Un 60% de las casas evaluadas tienen piso de tierra donde se observan conviviendo en juegos, animales de corral y niños pequeños (anexo4, tabla 26) el vector encuentra mejores condiciones para su vida, su alimentación y reproducción en este tipo de viviendas con condiciones precarias.

TABLA 26

CARACTERÍSTICAS DEL PISO

Materiales	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	total
Cemento	16	14	28%	2	4%	0	0%	32%
Ladrillo	2	1	2%	1	2%	0	0%	4%
Empedrado	2	2	4%	0	0%	0	0%	4%
Madera	0	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Tierra	30	23	46%	6	12%	1	2%	60%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

Las puertas y ventanas de las viviendas, solo en una proporción de 60% se encuentran en buen estado y son de madera, 12% son puertas de calamina desusadas y sin marco muy provisionales que no cierran perfectamente (anexo4, tablas 27a y 27b) lo que se convierte en un gran factor de riesgo para las personas que habitan estas viviendas, puesto que el vector ingresa libremente a las viviendas y las pueda colonizar.

TABLA 27 a

CARACTERÍSTICAS DE LAS PUERTAS

Condiciones	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	total
Bueno	30	21	42%	9	18%	0	0%	60%
Malo	6	6	12%	0	0%	0	0%	12%
Regular	12	11	22%	0	0%	1	2%	24%
No existe	2	2	4%	0	0%	0	0%	4%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

TABLA 27 b

CARACTERÍSTICAS DE LAS VENTANAS

Condiciones	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	total
Bueno	22	18	36%	4	8%	0	0%	60%
Malo	12	9	18%	3	6%	0	0%	12%
Regular	14	11	22%	2	4%	1	2%	24%
No existe	2	2	4%	0	0%	0	0%	4%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

En 80% de las casas tienen sus ambientes de cocinas en mal estado y generalmente situadas a la intemperie, donde cocinan sus alimentos a leña y en ollas de barro a la usanza antigua (anexo4, tabla 28) a través de la leña el vector es transportado desde diversos sitios a las viviendas donde aprovecha estas condiciones de desorden y pobreza en las cocinas y habita y se esconde en cada lugar oscuro y sucio.

TABLA 28

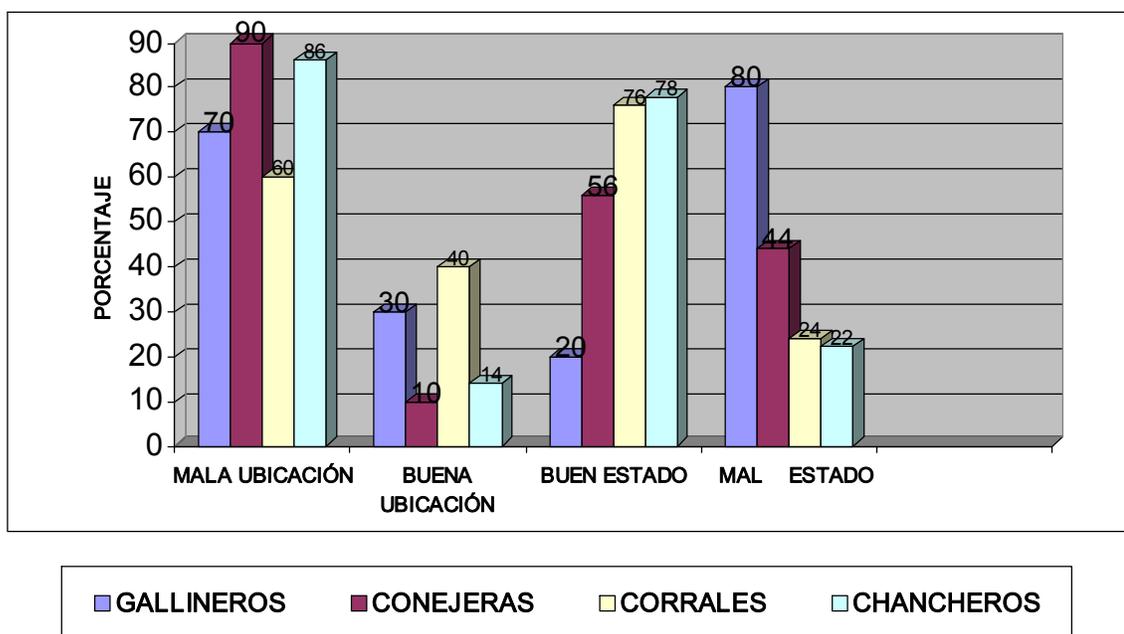
CONDICIONES DE LA COCINA

Condiciones	Casa	1 dormitorio	%	2 dormitorios	%	+ de 3 dormitorios	%	Total
Buena	10	6	12%	4	8%	0	0%	20%
Mala	40	34	68%	5	10%	1	2%	80%
No existe	0	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Total	50	40	80%	18	18%	3	2%	100%

Los gallineros tienen una mala ubicación en un 70%, las conejeras en un 90% se encuentran unidas a la vivienda principal para evitar a los predadores nocturnos, los corrales para el ganado ovino, caprino y vacuno están muy cerca de las viviendas no más de 30-50 mts., las precarias porquerizas están ubicadas dentro el patio de las casas con el consiguiente mal olor y suciedad que los cerdos generan, generalmente estos deambulan todo el día sueltos por todo el pueblo.(anexo4, gráfico 29)

GRAFICO 29

UBICACIÓN DE LOS CORRALES



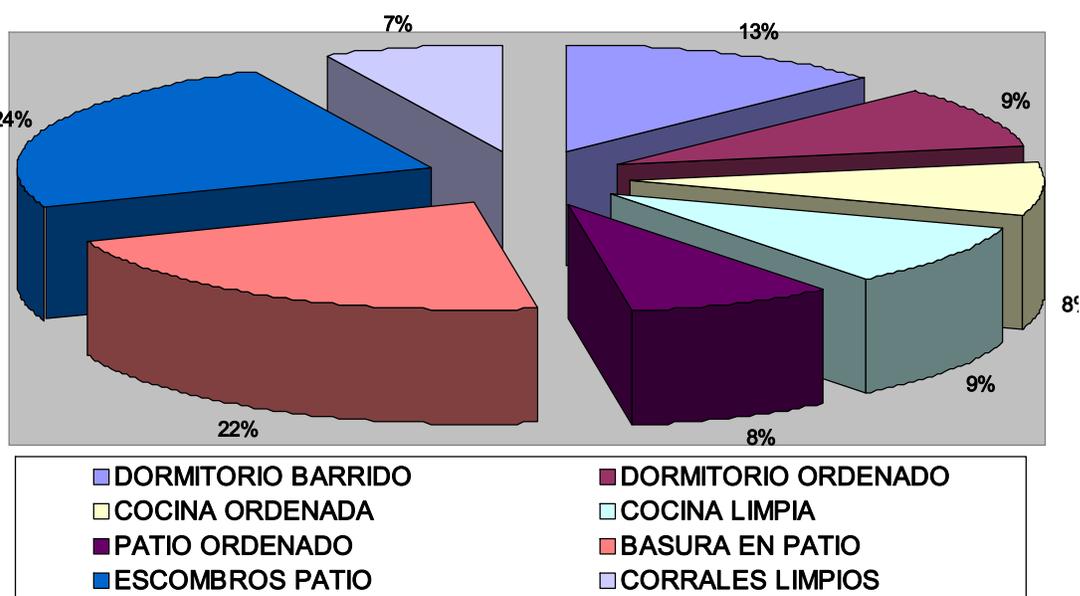
Fuente: tabla 29

Los hábitos de limpieza respecto a la vivienda se tiene que 53% de los dormitorios no son barridos por las mañanas ni limpiados, 66% de los dormitorios que generalmente son únicos y grandes no están ordenados, tienen pocos muebles y la mayoría de sus pertenencias están amarrados en mantas y empacados en cajones de materiales diversos, 70% de las cocinas no tienen ordenado sus alimentos, no existen medidas de seguridad en el uso de garrafas de gas para alimentar a las cocinas a gas que en algunas casas existen, el 66% de estas no tienen el hábito de la limpieza y una gran porcentaje cocina a leña por las madrugadas para tomar el primer alimento antes de ir a trabajar a las chacras y campos de pastoreo, el 95% de las casa tienen patio de

ellos el 70% esta en desorden y 87% de los patios tienen escombros y materiales de construcción en desuso (maderas, palos, hierros, turriles, llantas de goma etc.) 74% de los corrales no están limpios porque los comunarios almacenan el excremento de los animales para utilizarlos como abono fertilizante (anexo 5, gráfico 30).

GRAFICO 30

HABITOS Y COSTUMBRES DE ASEO EN LAS VIVIENDAS DE LA COMUNIDAD CHACOPAMPA

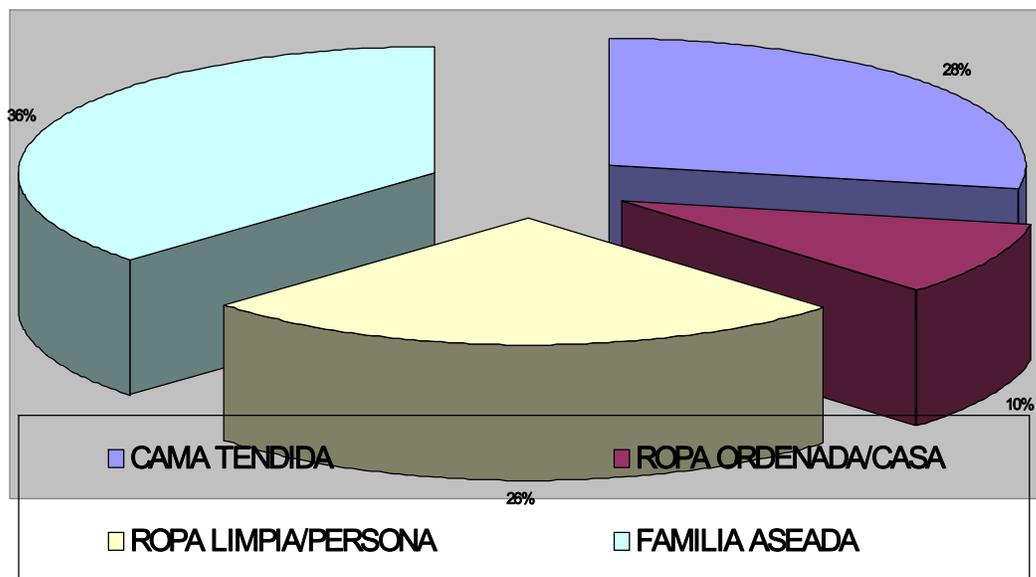


Fuente: tabla 30

Respecto a los hábitos de aseo personales 53% de estas personas tienen las camas sin tender todo el día y un 84% de la ropa que utilizan están en desorden y desperdigadas por toda la habitación, una parte de la ropa esta envuelta en manteles y un porcentaje menor un algún mueble de madera (ropero o cómoda), la ropa de diario se encuentra lavada y secada al sol en las paredes de la vivienda o de los corrales, 62% de los encuestados se encontraban aseados y con ropa limpia, especialmente los niños que van a la escuela, los profesores y algunos comerciantes, el resto de los habitantes por el tipo de trabajo que realizan en las chacras la ropa y su aseo no la tienen muy limpia (anexo 5, gráfico 31).

GRAFICO 31

HABITOS Y COSTUMBRES DE ASEO PERSONALES EN LA COMUNIDAD CHACOPAMPA



Fuente: tabla 31

Algunos comunarios todavía asocian la presencia de este insecto con creencias de mala suerte para los habitantes de las casa donde se detecta su presencia.

6.7. Comunicación

La comunicación con relación a la enfermedad no se ha ejecutado como un proceso planificado y sistemático por el Programa Chagas, esta se baso en inquietudes de los individuos mayores quienes trasmiten sus experiencia en charlas informales de trabajo a las personas más jóvenes de esta comunidad y a los nuevos pobladores que migraron de los centros mineros, los profesores coadyuvan a esta labor, enseñando a los alumnos la escasa bibliografía existente en sus escuelas sobre la enfermedad de Chagas, manifiestan con resignación que cada habitante de la Comunidad mayor de 40 años de edad es en algún grado portador del parásito, por el contacto muy estrecho que tuvieron con el insecto durante su juventud, donde

ignoraban los daños que producía la picadura de este insecto, y es la causa en una gran mayoría del temor o miedo a realizarse un examen de detección del parásito en su sangre, porque tienen la creencia de que les afectara emocional y físicamente deteriorando las relaciones con su propia comunidad porque su aporte laboral comunal se vera disminuido por esta enfermedad incapacitante y será objeto de exclusión por el resto de la Comunidad.

6.8. Retroalimentación

La generación de información desde la Comunidad al Programa Chagas Regional esta referida en un 90% al proceso de rociado y control entomológico, se cuenta con información actualmente sobre diagnóstico y tratamiento a menores de 15 años de edad pero no se evidenció presencia de instrumentos de recolección de información de actividades de prevención y promoción de la estrategia de IEC , existe un sistema de comunicación para informar a las comunidades de los diferentes actividades que se ejecutan, a través de las “Cumbres de OTB’s” que se realizan los días 19 de cada mes en la ciudad de Tupiza, el Municipio no contempla proyectos relacionados con la enfermedad de Chagas porque carece de capacidad técnica, económica y de organización (ver anexo 6 y 10). no existen otras instituciones que promuevan acciones para eliminar la vinchuca, las OTB’s son las que más participan en la coordinación de proyectos de salud en general.

7. CONCLUSIONES

1.- El rol de la estrategia de Información, educación y comunicación, ha sido minimizado y utilizado solo como complemento débil de las actividades centrales exitosas que fueron fumigación y control del vector, a través del estudio identificamos que capacitar no ha sido suficiente porque no se conoce hasta que punto la capacitación ha dado resultados dentro la Comunidad en la lucha contra el Chagas, no sabemos en que medida ha sido útil capacitar y si no ha sido útil no conocemos el porqué; por no disponer de información en el Programa no se corrigieron las estrategias para lograr una mayor eficiencia e impacto final, es lo que llamamos la retroalimentación, un instrumento no aplicado por el Programa Chagas Tupiza en la

Comunidad Chacopampa, la estrategia de I.E.C. no se ejecutó como aconsejan las normas nacionales de este componente diseñadas para el efecto a inicios de la intervención, actualmente el Programa Regional Chagas cumplió con éxito la eliminación y el control vectorial, en cambio no prioriza la estrategia de IEC y no tiene un plan de desarrollo para esta actividad, enfatiza en la parte asistencial con el diagnóstico precoz y el tratamiento especialmente a menores de 15 años.

2.- Las características principales de la enfermedad de Chagas mantienen aún muchas dudas en un importante porcentaje de la población especialmente referidas al reconocimiento precoz de los síntomas de la enfermedad, a los medios diagnósticos y a los medicamentos y su efectividad en la curación total de los enfermos, las decisiones informadas que adopta la comunidad sobre la enfermedad de Chagas esta enfocada mayormente a la curación de las complicaciones, aceptan con resignación el proceso invalidante de esta enfermedad, conocen más sobre las características del vector, creemos que el actual índice de infestación baja intradomiciliario (2% – 3%) se mantiene debido principalmente a las acciones sostenidas (8 oportunidades en 16 años) de rociado con químicos piretroides contra el vector que desarrolla el Programa Regional Chagas y no a la participación propiamente de la comunidad en actividades de prevención y autocuidado, la tasa de infestación peridomiciliario es mayor (10%) y la tasa de infestación en corrales es del 25%, la prevención a través del mejoramiento de la vivienda es identificada como una manera eficaz de evitar la presencia del vector, el revoque, el estuco y el techo de calamina son los elementos centrales de esta tarea, pero el inconveniente mayor es la falta de dinero, los incentivos de alimentos para el mejoramiento de la vivienda ha sido insuficiente para motivar cambios de conducta y ha generado un grado de dependencia demostrado en la actualidad por los pocos casos de comunarios que planifican o ejecutan la tarea de mejorar viviendas exclusivamente como emprendimiento familiar o personal.

3.- El perfil epidemiológico de los habitantes de la comunidad Chacopampa, actualizado según datos de la Red de Servicios de Salud Tupiza gestión 2006, nos muestra cumplimiento de indicadores de cobertura del Plan Ampliado de Inmunizaciones en un 90% (BCG, poliomielitis, pentavalente, antisarampionosa y

antiamarílica) en los menores de 1 a 10 años, un predominio de enfermedades infecto-contagiosas (Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas), enteroparasitosis, sarcoptosis, enfermedades carenciales como son la anemia y algún grado de desnutrición, como consecuencia de las condiciones de pobreza con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, la mayoría de las familias tiene como hábitos de consumo de alimentos a los carbohidratos (Ej. Maíz, fideo, azúcar, papa) también consumen arroz y verduras., en la población mayor de 10 años se presentan con frecuencia casos de enfermedades digestivas diarreas y amebiasis, gastroenteritis, colecistitis, constipaciones, afecciones del sistema respiratorio como amigdalitis, faringitis, bronquitis, y tuberculosis pulmonar, otitis supural, conjuntivitis oculares, heridas y traumatismos propias de riesgos laborales (agrícolas, ganadería y minería), la Comunidad aporta la mayoría de los casos positivos de la enfermedad de Chagas en el Programa Chagas (30%), las condiciones de infraestructura de las viviendas se mantienen deficientes y la convivencia con animales domésticos es casi generalizada, ambos con 90%, la población servida con sistemas de agua potable son en N° de 562 (90%) y la población con sistemas de eliminación de excretas 312 (50%), el número de familias según riesgo, de un total de 116 : Alto Riesgo 1, Mediano Riesgo 65 y Bajo Riesgo 50 (fuente: carpeta familiares de la Posta de Salud Chacopampa 2,006), sin embargo es de destacar que en todo el Municipio Tupiza, la Esperanza de vida es la mayor de todo el departamento de Potosí (60 años) incluido la capital Potosí que tiene una esperanza de vida de 57 años.

8. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos por la investigación, existen las siguientes recomendaciones:

1.- Por ser el Municipio una extensa zona de endemia, las autoridades municipales, del sector salud, educación y organizaciones comunitarias, deben dedicar mayores esfuerzos en tiempo, trabajo y apoyo económico para consolidar la estrategia de I.E.C. con participación Comunitaria en cada comunidad comprometida con la enfermedad de Chagas, para que por esta vía se encamine la solución al problema

endémico fomentando mayor conciencia en la población sobre la importancia de su participación y promover la adopción de hábitos saludables destinados a la erradicación de este mal.

2.- Se debe disminuir al mínimo los factores de riesgo asociados a la pobreza y la marginalidad, por ej. Dotación de servicios básicos, mejoramiento de vivienda, tenencia y convivencia con animales con mejoramiento de corrales.

3.- Diseñar e implementar un Programa Educativo multisectorial e interdisciplinario con enfoque promocional y preventivo dirigido a núcleos escolares y población joven que convertidos en aliados estratégicos del Programa, consideren la utilidad de la estrategia de I.E.C. como una eje prioritario y fundamental para encarar de manera más eficiente la lucha contra la erradicación definitiva de la enfermedad de Chagas de nuestras Comunidades.

4.- El presente informe contiene los resultados de una investigación cuanti-cualitativa y esta caracterizada por las limitaciones de tales estudios, los datos representan solo una descripción de los pensamientos, las actitudes y el comportamiento de los(as) participantes del estudio según la observación del investigador, el estudio fue realizado con solo un investigador; por esta razón, no es un estudio muy amplio sino una investigación que pretendió ser profunda de una población pequeña que esta comprometida con la enfermedad por lo que creemos necesaria complementar este estudio con evaluaciones de impacto en las áreas intervenidas por el programa y en las cuales se observan todavía niveles elevados de infestación triatomínica peridomiciliaria e intradomiciliaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALCHA, Asociación lucha contra el mal de chagas, entidad de bien público, “la enfermedad de Chagas – Mazza,” Internet.
2. ALFRED CASSAB J, NOIREAU F, GUILLEN G, “Chagas, la enfermedad en Bolivia” La Paz, Bolivia 1.999, pp. 17-19 -79.
3. AULT, STEVEN; HOBSS, “Evaluación Técnica de USAID CCH – Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas” a Paz – Bolivia, OPS/OMS, 1992, 58p.
4. ARGENTINA – MINISTERIO DE SALUD, “Sistema de Vigilancia para Evaluar el Impacto de los Programas de Control de la Enfermedad de Chagas”, Córdoba, Min. Salud; 1991, 95p.
5. BECHT D, “ Adíos al insecto asesino” Internet, pp.3.
6. BOLIVIA- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO “Enfermedad de chagas en Bolivia”; Secretaría Nacional de Salud/CCH, La Paz; 1991 – 1994, 93p.
7. BOLIVIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, “Plan para Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia, periodo 1989 – 1993”, La Paz; DNE; Diciembre 1998. 17p.
8. CASSAB ALFRED J, NOIREAU F, GUILLEN G, “Chagas, la Enfermedad en Bolivia, Conocimientos Científicos al inicio del Programa de Control (1998-2002), La Paz – Bolivia, Primera Edición, 1999. 259p.
9. De TONONI T, “Tesis de Grado UDO”, Municipio Ribero, Estado de Sucre- Venezuela, junio 14, 2.002.
10. ESCUELA N4-143 EI ALAGARROBAL, “La escuela contra el mal de chagas”, Mendoza- Las Heras, Argentina, 2.000.
11. GURTLER E. R, CASTAÑERA B. M y CECERE C. M, “Chagas – Mazza, control de triatomíneos, manejo ambiental y participación comunitaria en áreas rurales del noreste argentino” 2000, pp. 1-3.
12. GUILLEN G, “Anuario Epidemiológico 2.000”, La Paz– Bolivia, pp. 65-66.
13. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, “Estrategia de Información, Educación y Comunicación del Programa Nacional de Chagas”, La Paz- Bolivia, 2.003, pp. 96-113.

14. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Programa para el Control y la Eliminación de la Enfermedad de CHAGAS 1.998 – 2.002" La Paz-Bolivia. Pp.4-10.
15. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Políticas de Información, Educación y Comunicación para el Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia", La Paz, Diciembre 2.001, pp. 18 - 20-33.
16. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, " Recomendaciones de la 4º Evaluación del Programa Chagas de Bolivia, La Paz-Bolivia, 1.999.
17. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Fortalecimiento Institucional, capacidad del equipo de Chagas de la SNS/CCH, La Paz-Bolivia, pp. 53.
18. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Programa para el Control y la eliminación de la enfermedad de CHAGAS en Bolivia 1.998-2.002, Resumen ejecutivo, pp.11-14.
19. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL - PMA, Estudio de Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre la enfermedad de Chagas" La Paz-Bolivia, 2.001, pp. 88-95.
20. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Fortalecimiento Institucional, capacidad del equipo de Chagas de la SNS/CCH, La Paz-Bolivia, pp. 53-54.
21. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, Manual de Operaciones de Campo, primera edición 1.993, La Paz – Bolivia, pp. 67 – 90.
22. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas obre la Enfermedad de Chagas", MSPS – PMA, La Paz – Bolivia, feb. 2001. 94p.
23. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, "Anuario Epidemiológico 2000", La paz, OMS/OPS, 2001. 202p.
24. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, "Estrategia IEC para el Programa Nacional de Chagas, Informe Final", La Paz – Bolivia. 237p.
25. MPS-SP, UNIDAD DE GESTION DE CHAGAS (UNGECH), "Manual de operaciones de Campo", La Paz – Bolivia, Primera Edición; Mayo 1993.

26. OPS, "Control de la Enfermedad de Chagas a través del mejoramiento de la vivienda rural; Proyecto realizado en Trujillo – Venezuela", Washington, OMS; 1997. 76p.
27. OPS, "Informe de un grupo de estudios sobre estrategias de control de la enfermedad de chagas", Washington, OPS; 1997. 58p.
28. OPS/OMS, "Cuarta Evaluación de Programa Nacional de Control de la enfermedad de Chagas en Bolivia", Washington, OPS/OMS; 200, 37p.
29. SERPA F, "Médicos, Medicina e Historia", Edición Didáctica, cap. XV, Bogota-Colombia, 2.000, pp. 142-143.
30. SECRETARIA REGIONAL DE SALUD – TUPIZA, "Proyecto de reestructuración y reprogramación del Componente Salud – Programa Chagas – Tupiza", Proyecto 1995. Vol. 1. Tupiza.
31. SUCAM, "Proyecto para el Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia", La Paz, SUCAM; s.f. 30p.
32. TORRICO F, Castro M, "La enfermedad de Chagas: Control y Manejo" Cochabamba – Bolivia 1.998, pp. 8-9.
33. URUGUAY. DIRECCIÓN PROMOCION DE SALUD, "Taller de Comunicación Social en la Vigilancia de la Enfermedad de Chagas", Montevideo, OMS/OPS; 1996. 34p.
34. VALENCIA T. A, "Investigación Epidemiológica Nacional de la Enfermedad de Chagas", La Paz, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Secretaria Ejecutiva PL – 480 Título III; 1990. 184.
35. VANCE I, "Papel de la Educación en el control de Chagas, Modelo desarrollado por Pro Habitat en Tarija dentro del Poyecto piloto por SNS/CCH, Cochabamba, MDH; 1994. 10p.
36. VILLENA E, " Un modelo de salud para los Chichas, logros de salud 1.999" , Programa Chagas , Tupiza 2.000, pp.13-15.
37. WORLD DEVELOPMENT REPORT, 1.998, pp. 216-218.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ AULT, STEVEN; HOBBS, “Evaluación Técnica de USAID CCH – Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas” a Paz – Bolivia, OPS/OMS, 1992, 58p.
- ❖ ARGENTINA – MINISTERIO DE SALUD, “Sistema de Vigilancia para Evaluar el Impacto de los Programas de Control de la Enfermedad de Chagas”, Córdoba, Min. Salud; 1991, 95p.
- ❖ BOLIVIA- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO “Enfermedad de chagas en Bolivia”; Secretaría Nacional de Salud/CCH, La Paz; 1991 – 1994, 93p.
- ❖ BOLIVIA. DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, “Plan para Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia, periodo 1989 – 1993”, La Paz; DNE; Diciembre 1998. 17p.
- ❖ CASSAB ALFRED J, NOIREAU F, GUILLEN G, “Chagas, la Enfermedad en Bolivia, Conocimientos Científicos al inicio del Programa de Control (1998-2002), La Paz – Bolivia, Primera Edición, 1999. 259p.
- ❖ MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, “Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Enfermedad de Chagas”, MSPS – PMA, La Paz – Bolivia, feb. 2001. 94p.
- ❖ MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, “Anuario Epidemiológico 2000”, La paz, OMS/OPS, 2001. 202p.
- ❖ MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, “Estrategia IEC para el Programa Nacional de Chagas, Informe Final”, La Paz – Bolivia. 237p.
- ❖ MPS-SP, UNIDAD DE GESTION DE CHAGAS (UNGECH), “Manual de operaciones de Campo”, La Paz – Bolivia, Primera Edición; Mayo 1993.
- ❖ OPS, “Control de la Enfermedad de Chagas a través del mejoramiento de la vivienda rural; Proyecto realizado en Trujillo – Venezuela”, Washington, OMS; 1997. 76p.
- ❖ OPS, “Informe de un grupo de estudios sobre estrategias de control de la enfermedad de chagas”, Washington, OPS; 1997. 58p.
- ❖ OPS/OMS, “Cuarta Evaluación de Programa Nacional de Control de la enfermedad de Chagas en Bolivia”, Washington, OPS/OMS; 200, 37p.

- ❖ SUCAM, “Proyecto para el Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia”, La Paz, SUCAM; s.f. 30p.
- ❖ SECRETARIA REGIONAL DE SALUD – TUPIZA, “Proyecto de reestructuración y reprogramación del Componente Salud – Programa Chagas – Tupiza”, Proyecto 1995. Vol. 1. Tupiza.
- ❖ URUGUAY. DIRECCIÓN PROMOCION DE SALUD, “Taller de Comunicación Social en la Vigilancia de la Enfermedad de Chagas”, Montevideo, OMS/OPS; 1996. 34p.
- ❖ VALENCIA T. A, “Investigación Epidemiológica Nacional de la Enfermedad de Chagas”, La Paz, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Secretaria Ejecutiva PL – 480 Titulo III; 1990. 184.
- ❖ VANCE I, “Papel de la Educación en el control de Chagas, Modelo desarrollado por Pro Habitat en Tarija dentro del Poyecto piloto por SNS/CCH, Cochabamba, MDH; 1994. 10p.

XII. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	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. Análisis de Situación.	X	X																						
2. Revisión bibliográfica			X	X	X																			

Los recursos humanos utilizados fueron e investigador médico y auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería que realizan su pasantía en el Centro de Salud Sud del Municipio Tupiza.

Detalle de gastos:

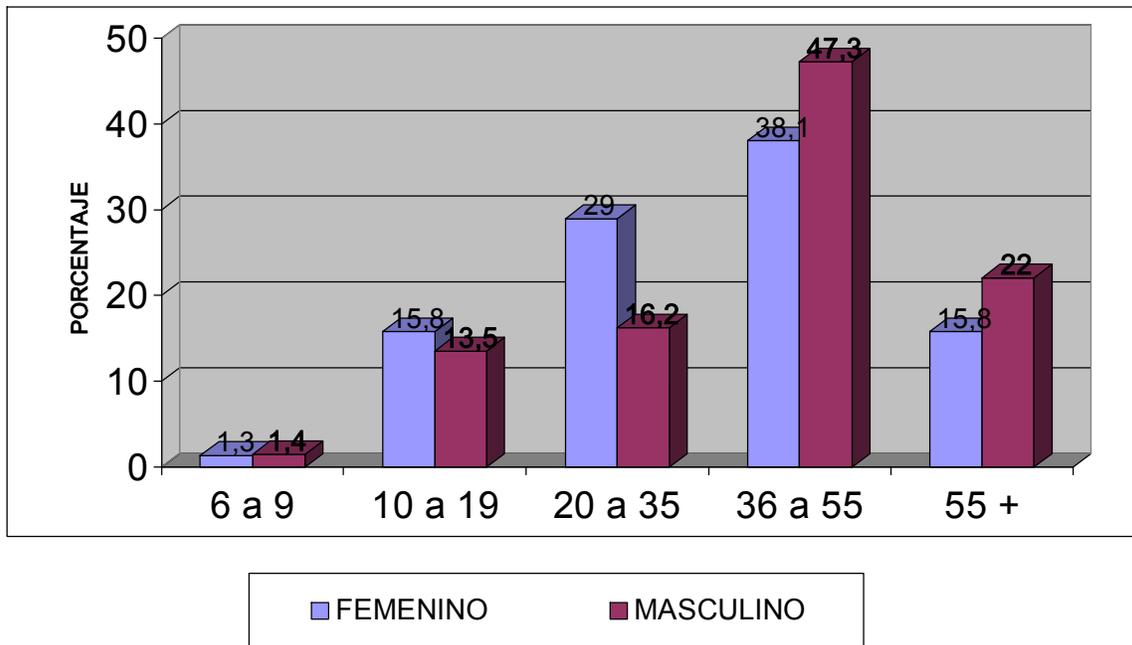
250 formularios de entrevistas estructuradas	Bs. 100
30 formularios de entrevistas a informantes clave	Bs. 40
50 formularios de observación de viviendas y hábitos de limpieza	Bs. 60
materiales de escritorio	Bs. 300
fotocopias	Bs. 200
Estipendio a personal encuestador 10 bs. Cada uno por 3 salidas	Bs. 300
Combustible vehículo por 3 salidas	Bs. 300
Fotografías	Bs. 100
Otros	Bs. 200
Costo Total:	Bs. 1.600

El monto total fue cubierto con recursos propios del investigador.

A N E X O S

GRAFICO 1

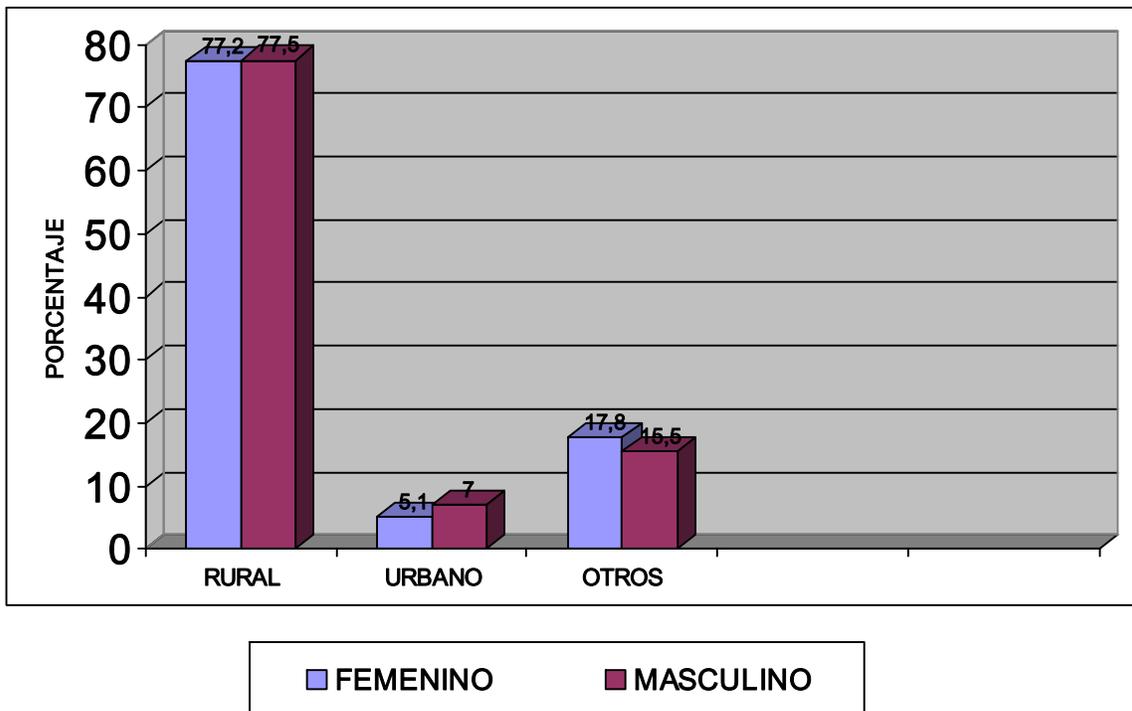
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGUN SEXO Y EDAD



Fuente: tabla 1

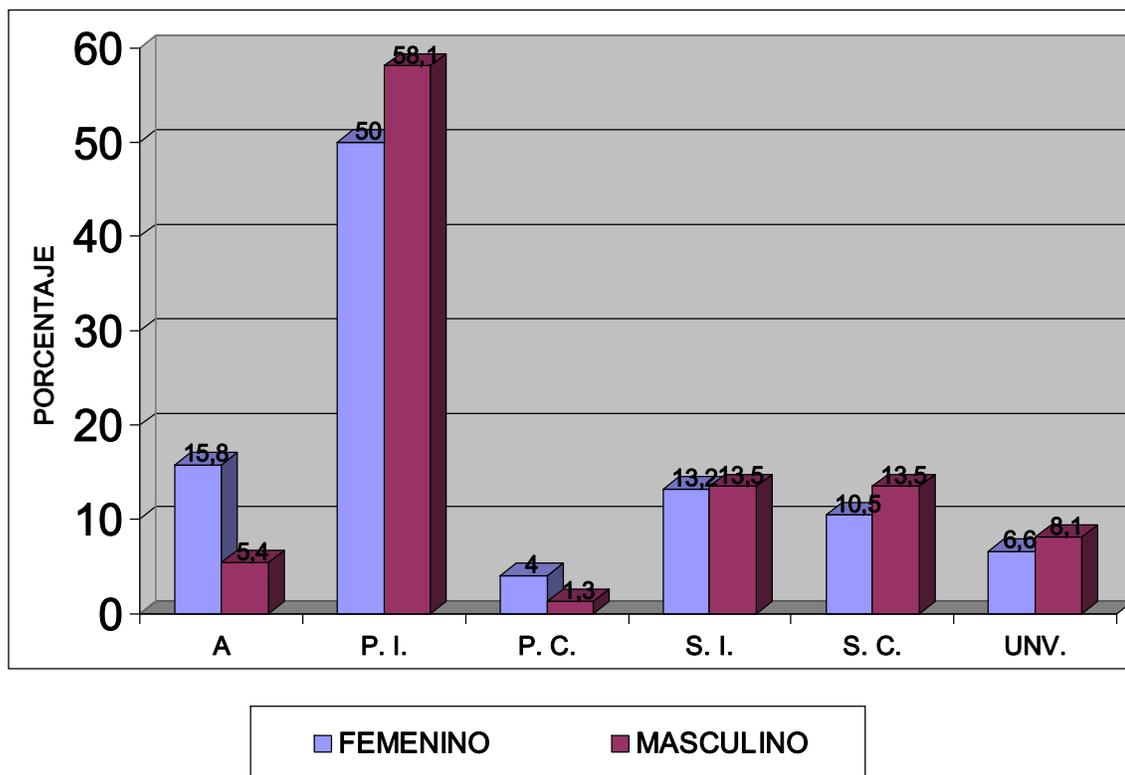
GRAFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN PROCEDENCIA Y SEXO



Fuente: tabla 2
GRAFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO



Fuente: tabla 3

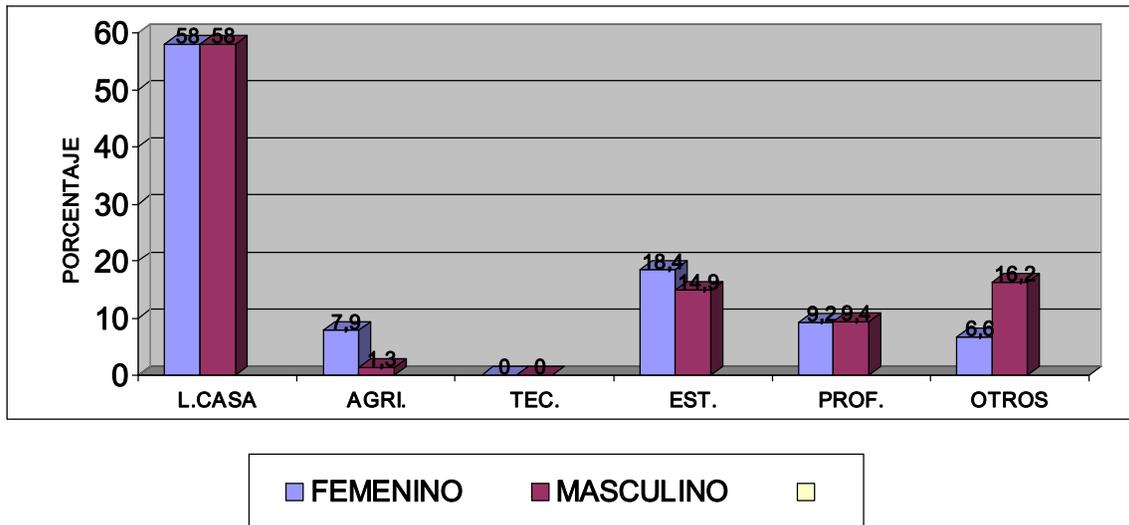
TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO

ESTADO CIVIL	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Casado (a)	45	59.2	54	73	99	66
U. Estable	3	4	1	1.3	4	2.7
Soltero(a)	23	30.3	17	23	40	26.7
Viudo(a)	5	6.6	2	2.7	7	4.7
Total	76	100%	74	100%	150	100%

GRAFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN OCUPACION Y SEXO



Fuente: tabla 5

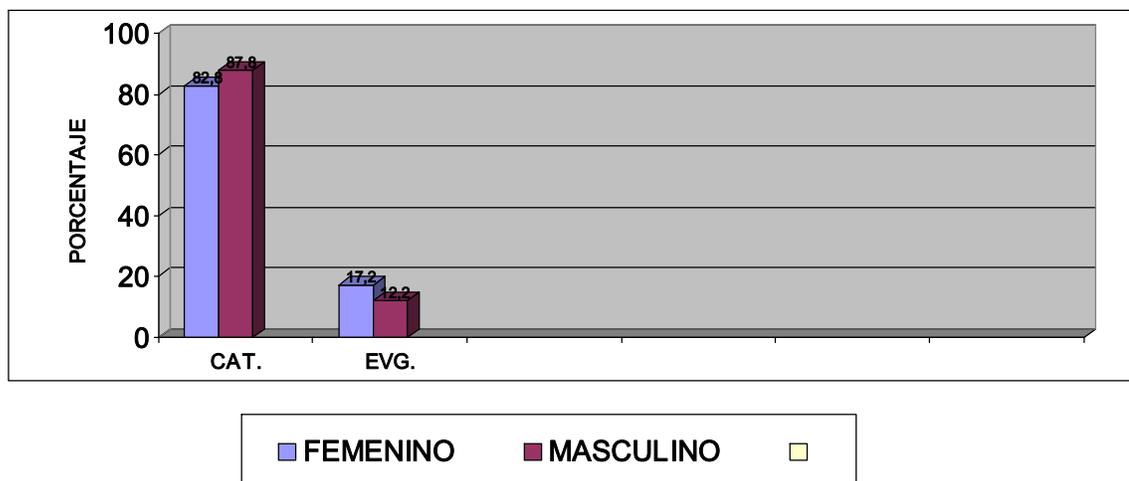
TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN RELIGION Y SEXO

RELIGIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
CATOLICO(A)	63	82.8	65	87.8	128	85.3
EVANGELICA	13	17.2	9	12.2	22	14.7
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

GRAFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN RELIGION Y SEXO



Fuente: tabla 6

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL VECTOR Y CONTROL VECTORIAL Y SEXO

CONOCIMIENTO SOBRE EL VECTOR Y SU CONTROL	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Nivel Elevado	33	43.4	46	62.2	79	52.7
Nivel Medio	38	50	24	32.4	62	41.3
Nivel Bajo	5	6.6	4	5.4	9	6
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE LA TRANSMISION Y SEXO

CONOCIMIENTO DEL CONTROL DE LA TRANSMISIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Nivel Elevado	25	32.9	32	43.2	57	38
Nivel Medio	49	64.5	39	52.7	88	58.7
Nivel Bajo	2	2.6	3	4.1	5	3.3
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Y SEXO

CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Nivel Elevado	12	15.8	14	19	26	17.3

Nivel Medio	56	73.7	55	74.3	111	74
Nivel Bajo	8	10.5	5	6.7	13	8.7
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

TABLA 10
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACION Y SEXO

CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE IEC	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Nivel Elevado	8	10.5	15	20.2	23	15.3
Nivel Medio	60	79	50	67.6	110	73.4
Nivel Bajo	8	10.5	9	12.2	17	11.3
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

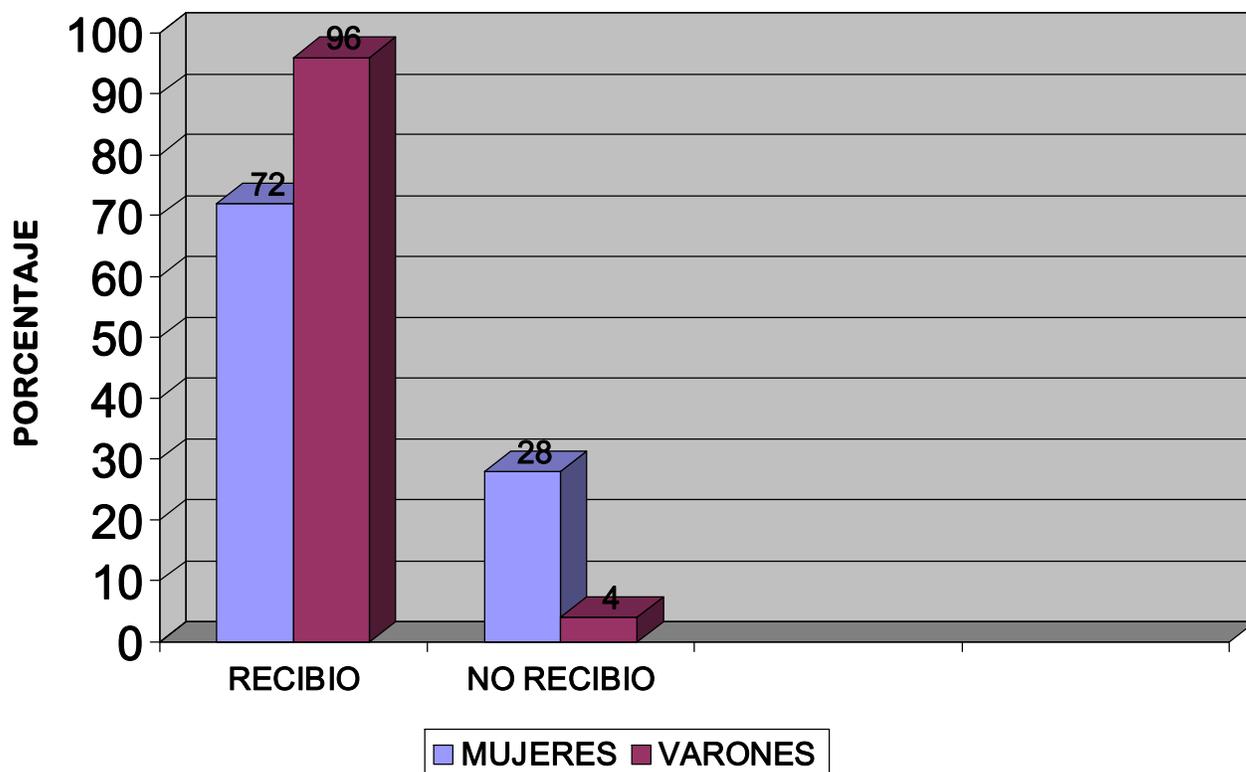
TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y SEXO

RECEPCIÓN DE INFORMACION	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
RECIBIO	55	72	71	96	126	84
NO RECIBIO	21	28	3	4	24	16
T O T A L	76	100%	74	100%	150	100%

GRAFICO 11

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y SEXO



Fuente: tabla 11

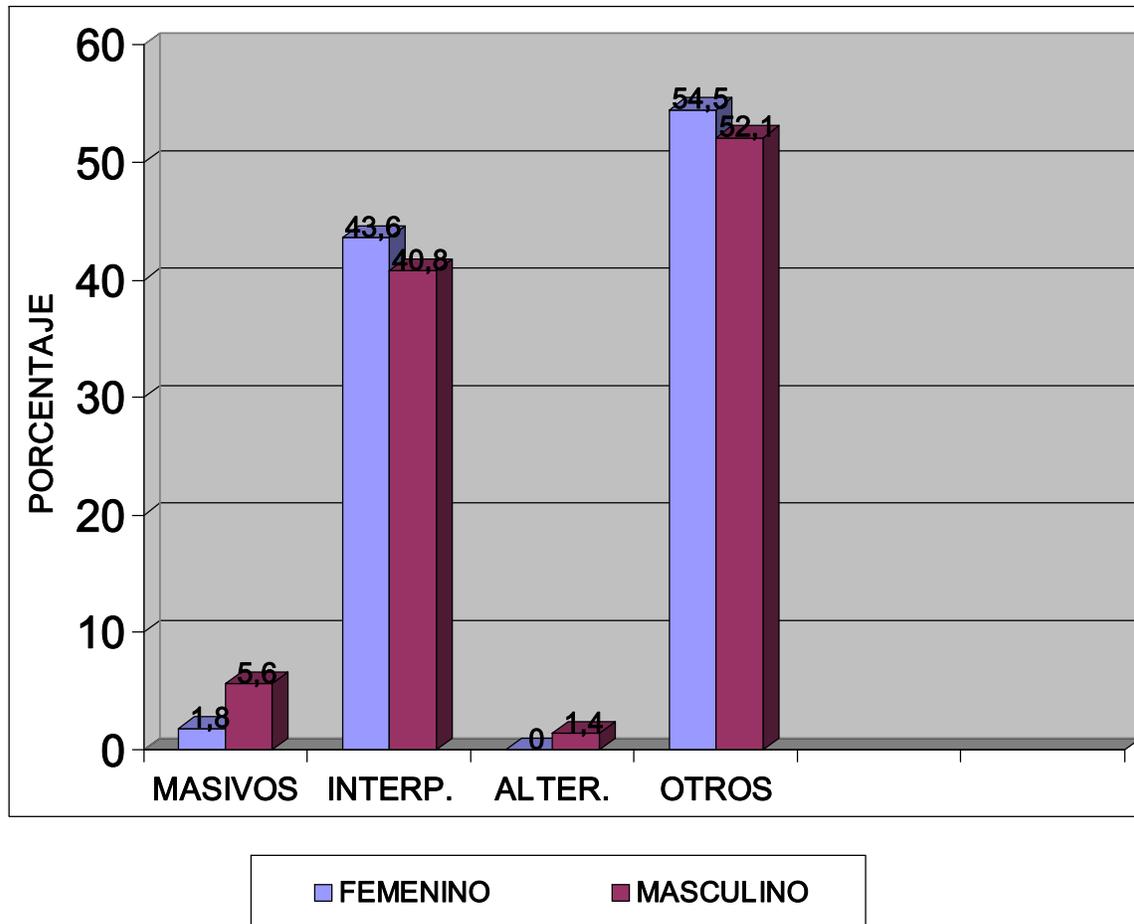
TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN MEDIOS DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES RECIBIO INFORMACIÓN Y SEXO

MEDIOS DE COMUNICACION	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
MASIVOS	1	1.8	4	5.6	5	3.9
INTERPERSONALES	24	43.6	29	40.8	53	42.1
ALTERNATIVOS	0	0	1	1.4	1	0.8
OTROS	30	54.5	37	52.1	67	53.2
TOTAL	55	100%	71	100%	126	100%

GRAFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN MEDIOS DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES RECIBIO INFORMACIÓN Y SEXO



Fuente: tabla 12

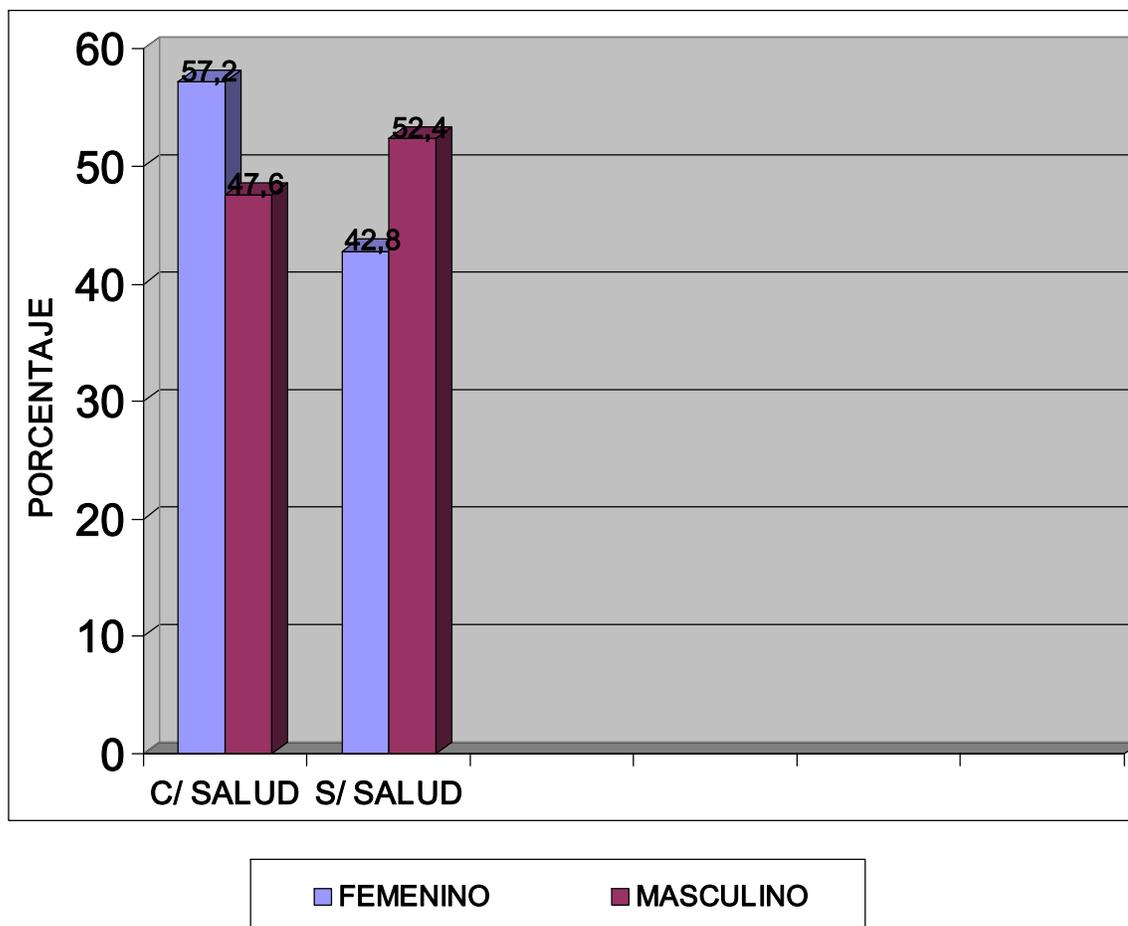
TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN FUENTE Y ACCESIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y SEXO

FUENTE Y ACCESIBILIDAD	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
REL. C/ SALUD	8	57.2	10	47.6	18	51.4
SIN REL. SALUD	6	42.8	11	52.4	17	48.6
TOTAL	14	100%	21	100%	35	100%

GRAFICO 13

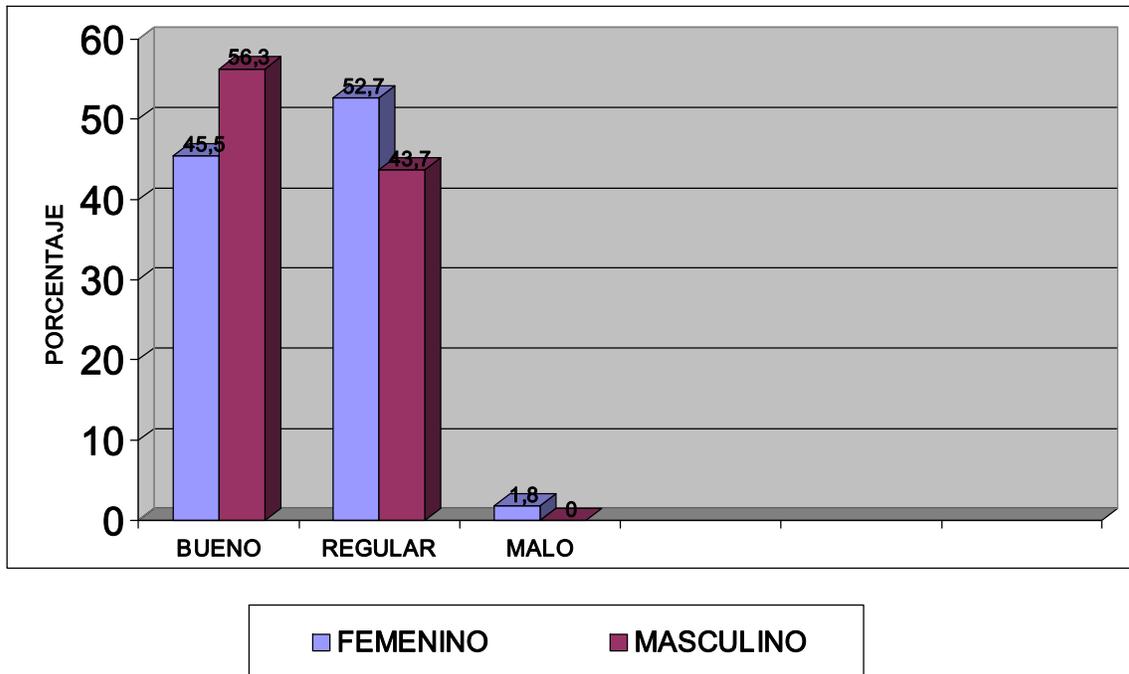
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN FUENTE Y ACCESIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y SEXO



Fuente: tabla 13

GRAFICO 14

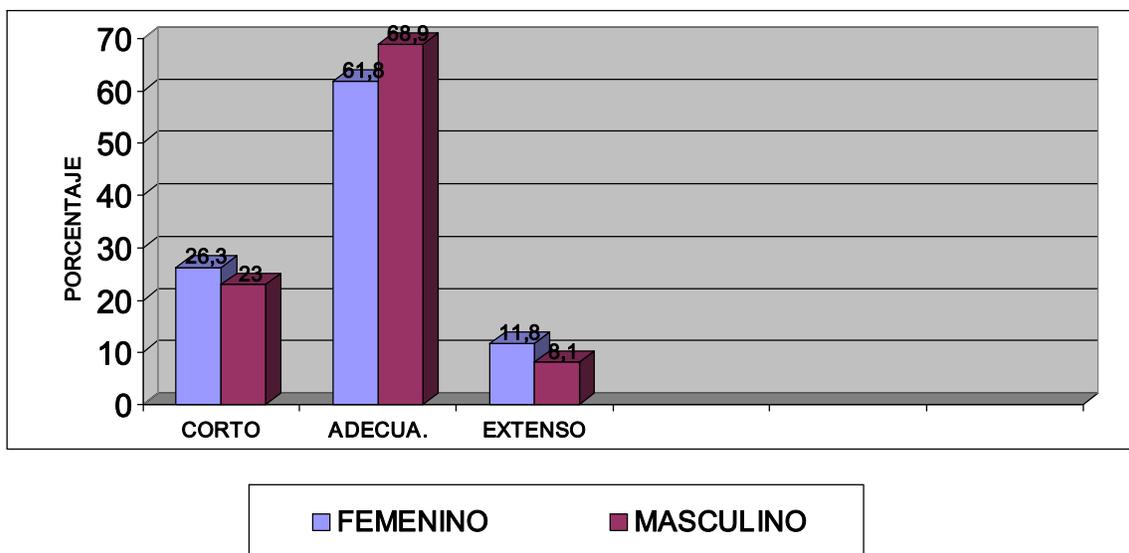
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO



Fuente: tabla 14

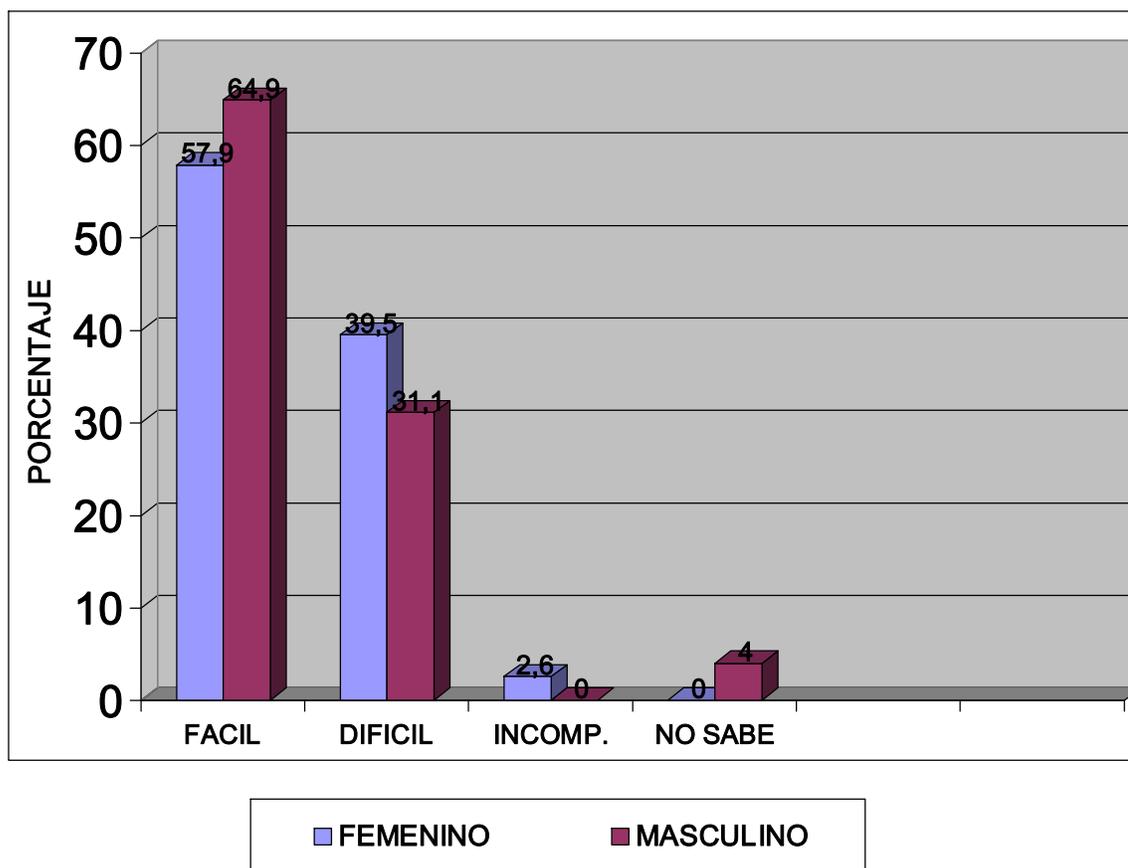
GRAFICO 15

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ESPACIO DE LA INFORMACION RECIBIDA Y SEXO



Fuente: tabla 15
GRAFICO 16

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN EL LENGUAJE UTILIZADO PARA RECIBIR INFORMACION Y SEXO



Fuente: tabla 16

TABLA 17

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN HORARIO EN QUE RECIBIO LA INFORMACIÓN Y SEXO

HORARIO	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
MAÑANA	58	76.3	38	51.3	96	64
MEDIODIA	0	0	3	4.1	3	2
TARDE	14	18.4	20	27	34	22.7
NOCHE	4	5.3	13	17.6	17	11.3
TOTAL	76	100%	74	100%	150	100%

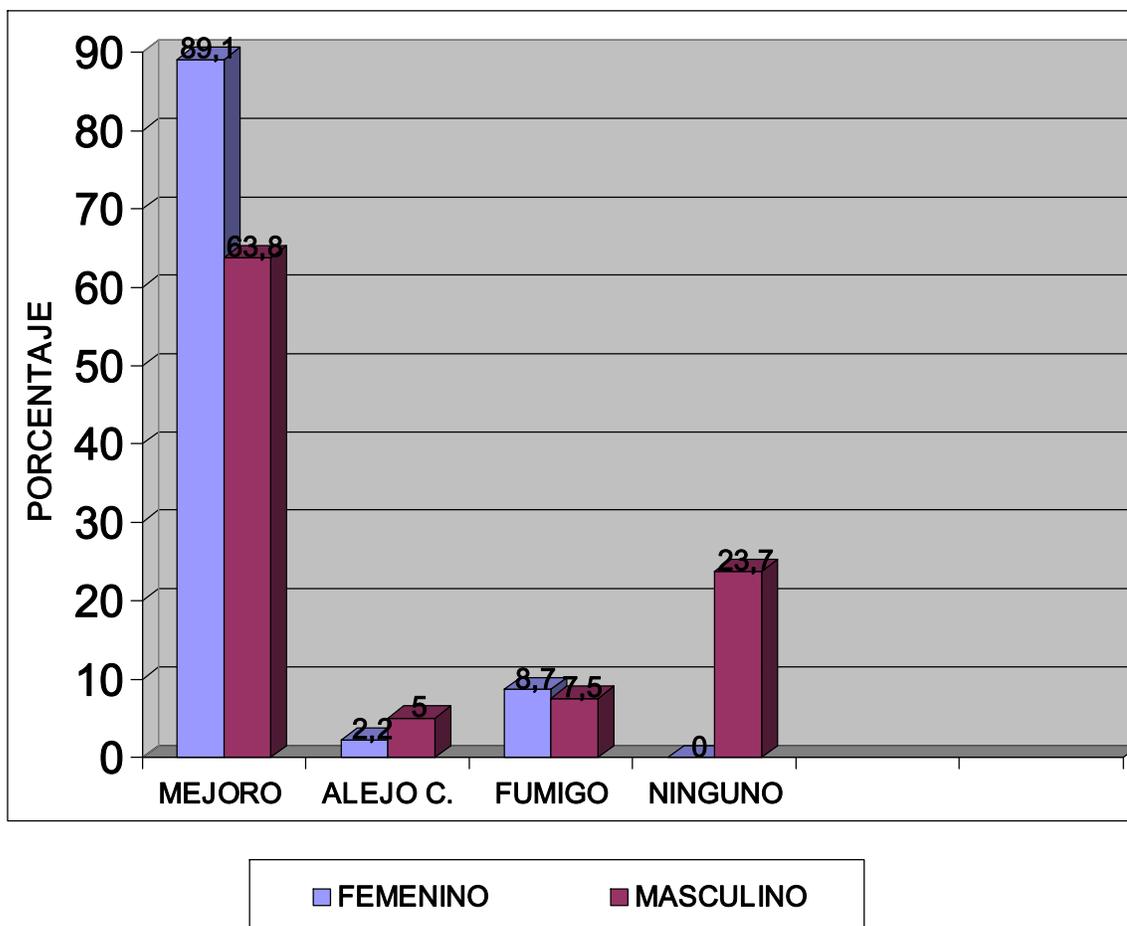
TABLA 18

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CAMBIOS REALIZADOS EN EL ENTORNO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO

CAMBIOS EN EL ENTORNO	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
MEJORO SU VIVIENDA	41	89.1	51	63.8	92	73
ALEJO LOS CORRALES	1	2.2	4	5	5	4
FUMIGO SU VIVIENDA	4	8.7	6	7.5	10	7.9
NINGUNO	0	0	19	23.7	19	15.1
T O T A L	46	100%	80	100%	126	100%

GRAFICO 18

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN CAMBIOS REALIZADOS EN EL ENTORNO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO



Fuente: tabla 18
 TABLA 19

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CHAGAS Y SEXO

PARTICIPACIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
PARTICIPO	10	13.2	27	36.5	37	24.7
NO PARTICIPO	66	86.8	47	63.5	113	75.3
TOTAL	76	100%	74	100%	150	100%

TABLA 20

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN GRADO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CHAGAS Y SEXO

PARTICIPACIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
ACTIVA	3	30	14	51.9	17	45.9
REGULAR	5	50	11	40.8	16	43.2
PASIVA	2	20	2	7.4	4	10.8
TOTAL	10	100%	27	100%	37	100%

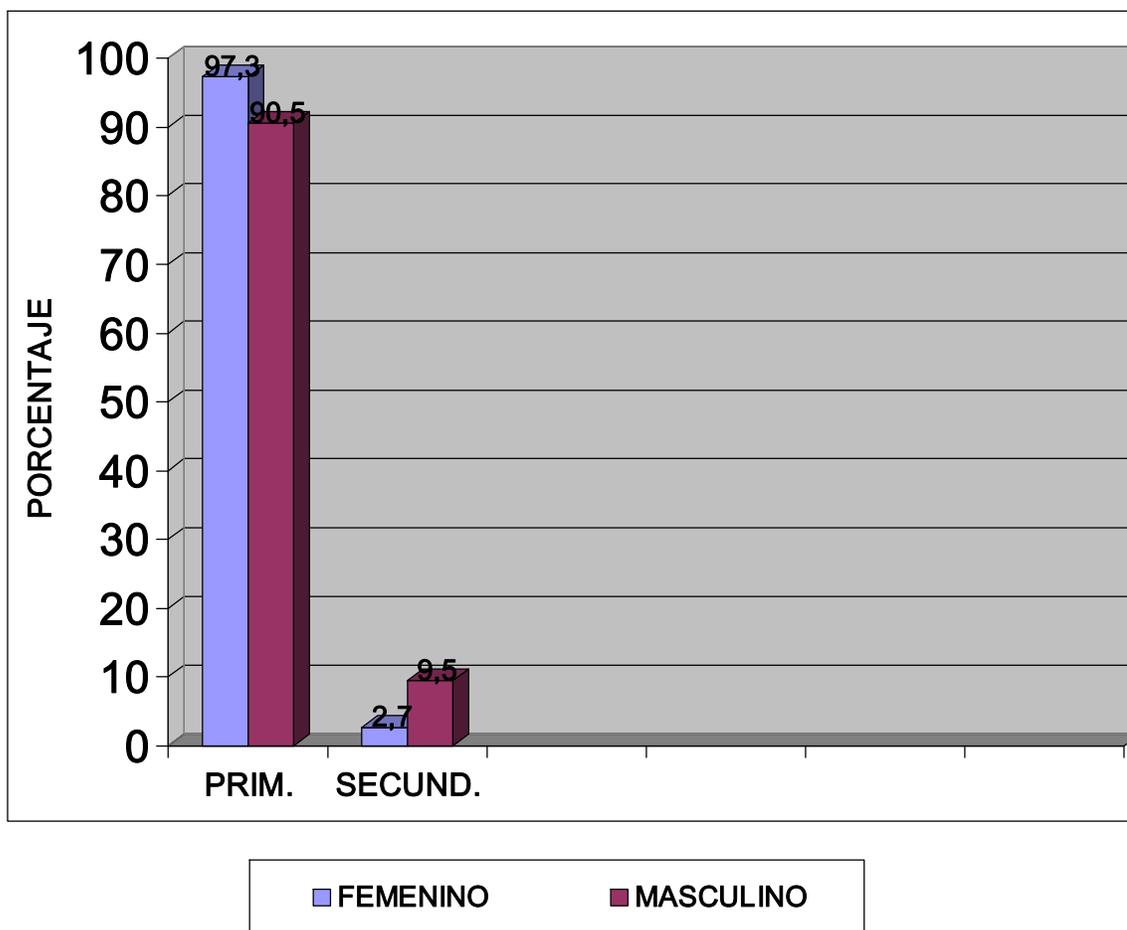
TABLA 21

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ACCIONES DE PREVENCIÓN EN EL ENTORNO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO

ACCIONES DE PREVENCIÓN	MUJERES		VARONES		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
PRIMARIA	74	97.3	67	90.5	141	94
SECUNDARIA	2	2.7	7	9.5	9	6
TOTAL	76	100%	74	100%	150	100%

GRAFICO 21

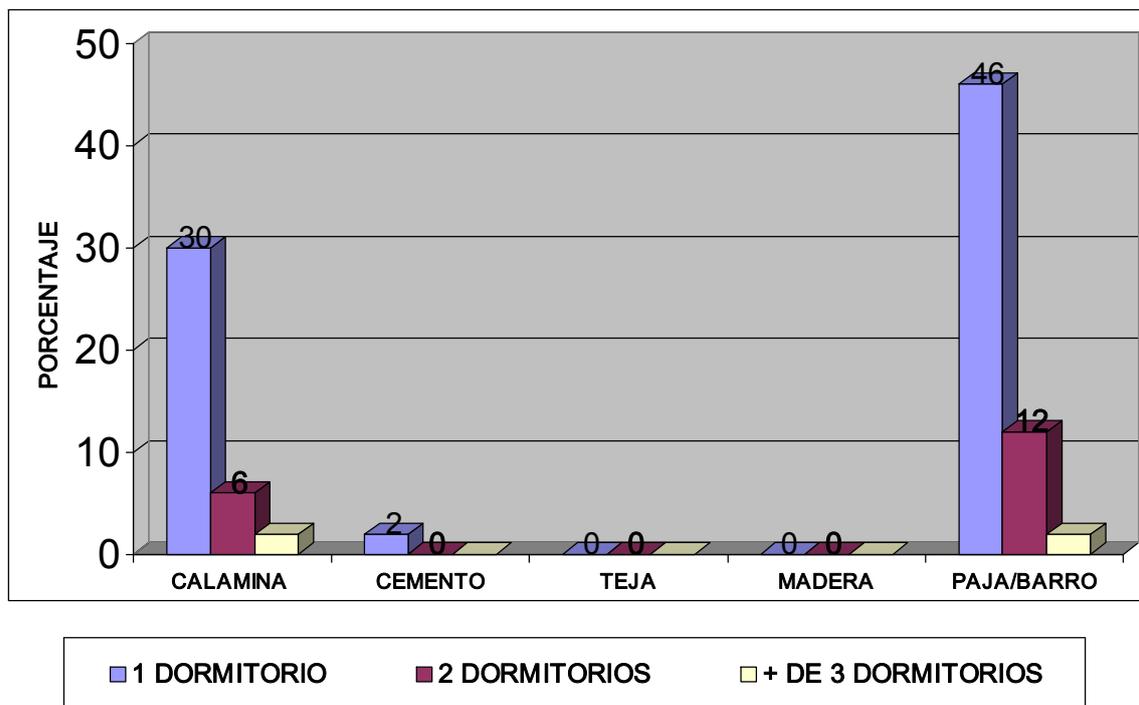
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES SEGÚN ACCIONES DE PREVENCIÓN EN EL ENTORNO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y SEXO



Fuente: tabla 21

GRAFICO 22

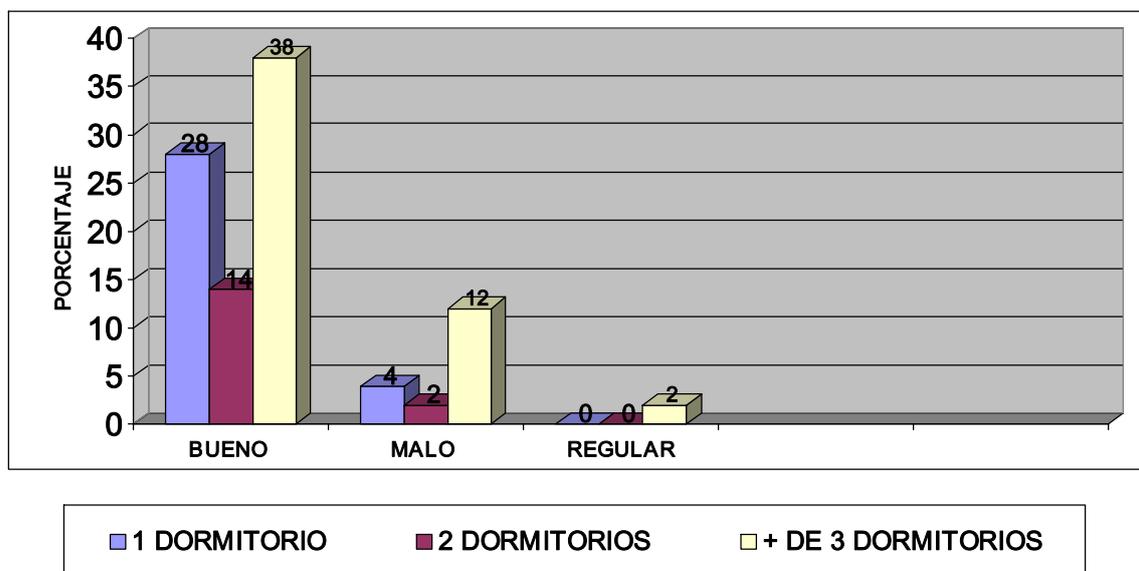
TIPO DE MATERIALES DE LA CUBIERTA DE LOS DORMITORIOS



Fuente: tabla 22

GRAFICO 23

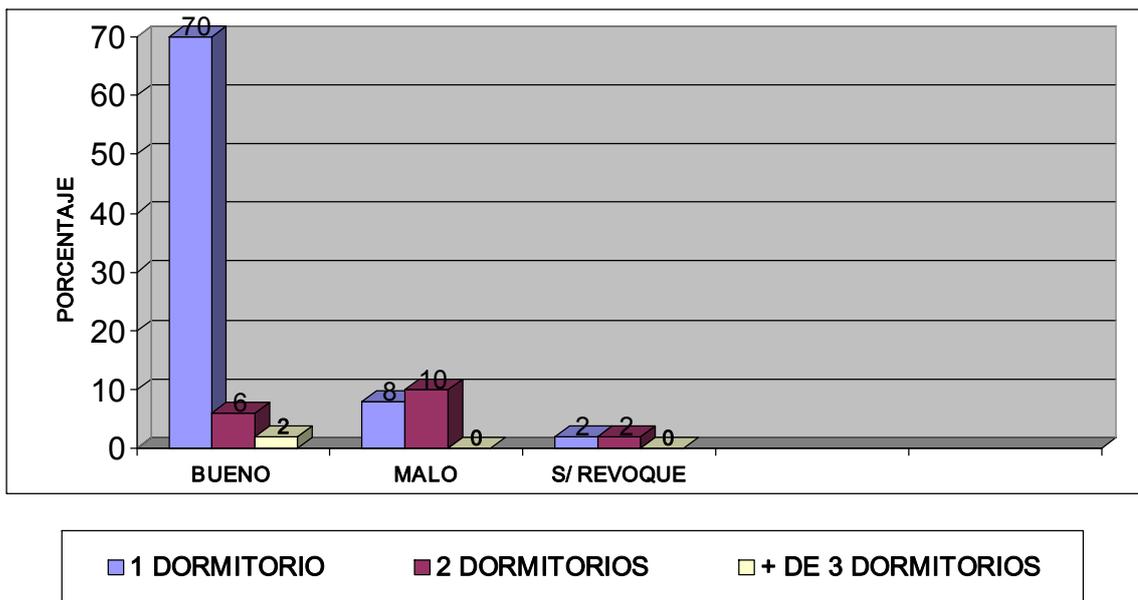
CONDICIONES DE LA CUBIERTA



Fuente: tabla 23

GRAFICO 24

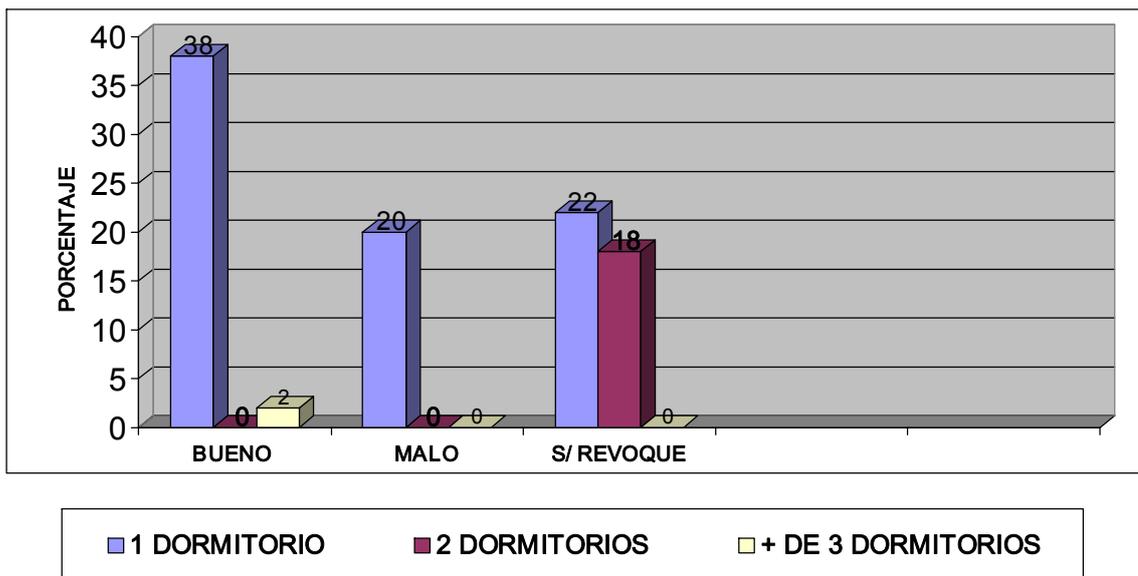
CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE INTERIOR



Fuente: Tabla 24

GRAFICO 25

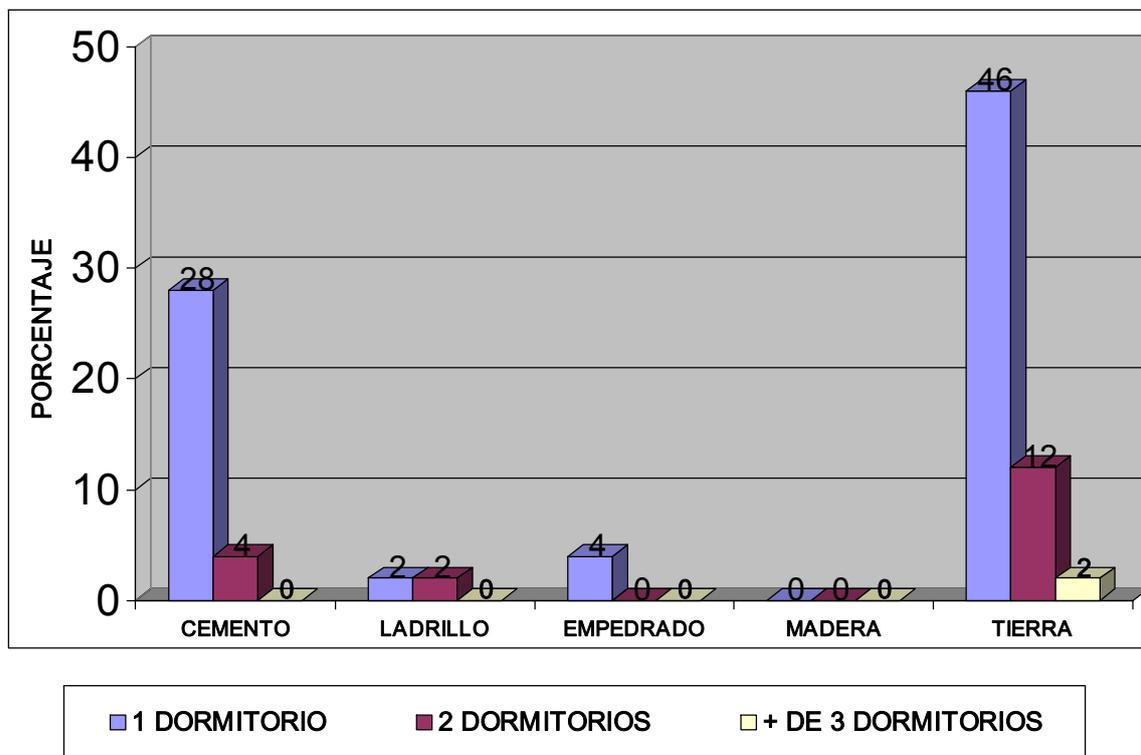
CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE EXTERIOR



Fuente: tabla 25

GRAFICO 26

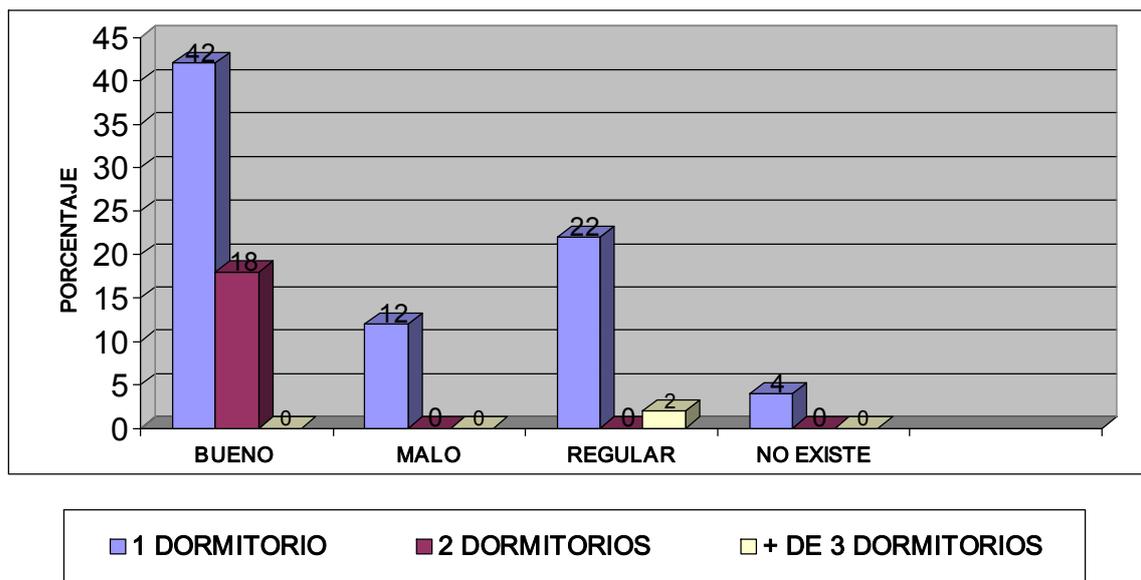
CARACTERÍSTICAS DEL PISO



Fuente: tabla 26

GRAFICO 27a

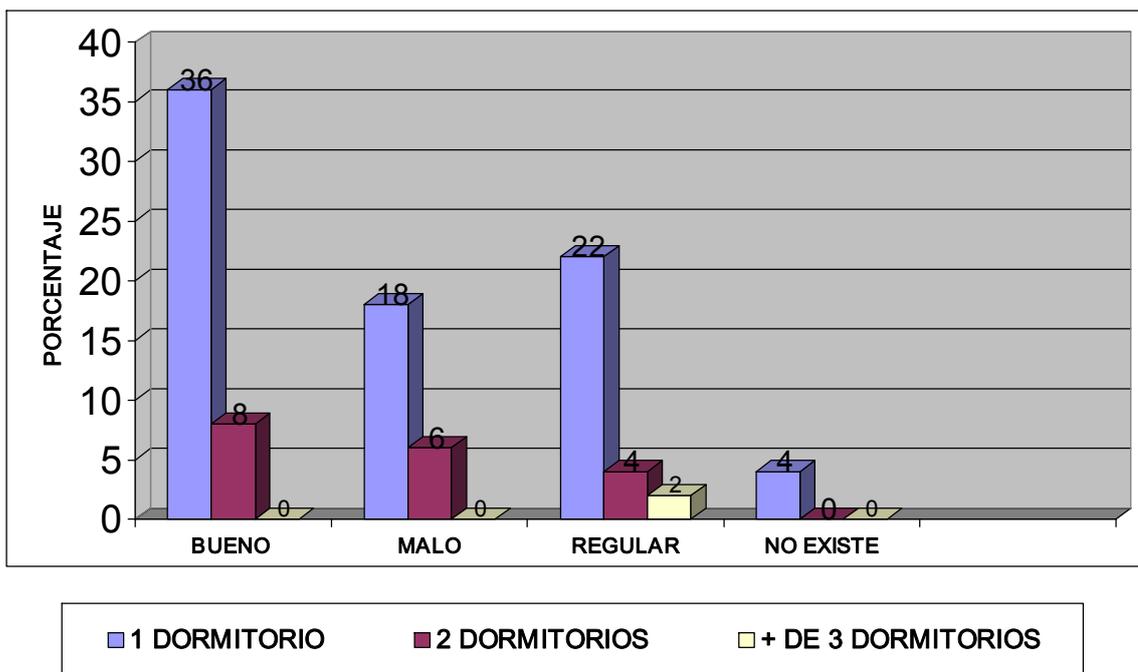
CARACTERÍSTICAS DE LAS PUERTAS



Fuente : tabla 27a

GRAFICO 27b

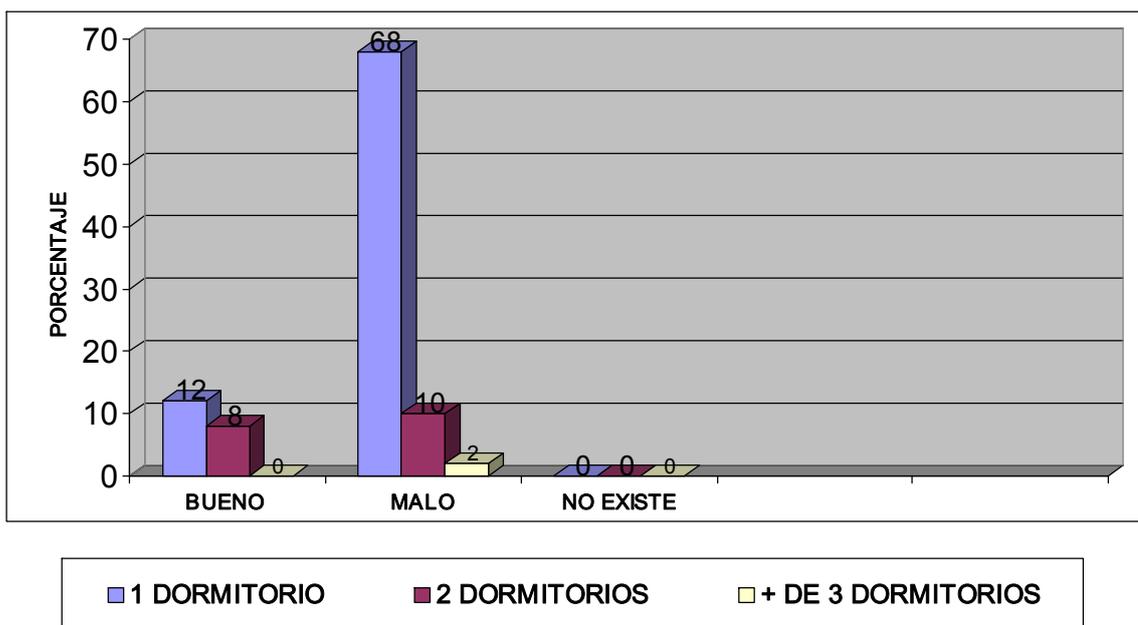
CARACTERÍSTICAS DE LAS VENTANAS



Fuente: tabla 27b

GRAFICO 28

CONDICIONES DE LA COCINA



Fuente: tabla 28

TABLA 29

UBICACIÓN DE LOS CORRALES

Clase	Mala ubicación	%	Buena ubicación	%	Buen estado	%	Mal estado	%	Total
-------	----------------	---	-----------------	---	-------------	---	------------	---	-------

Gallineros	35	70%	15	30%	10	20%	40	80%	100%
Conejeras	45	90%	5	10%	28	56%	22	44%	100%
Corrales	30	60%	20	40%	38	76%	12	24%	100%
Chancheros	43	86%	7	14%	39	78%	11	22%	100%
Total	153		47		115		85		100%

TABLA 30

HABITOS Y COSTUMBRES DE ASEO EN LAS VIVIENDAS DE LA COMUNIDAD CHACOPAMPA

HABITOS	Nº	SI	%	NO	%	TOTAL
Dormitorio barrido	64	30	47%	34	53%	100%
Dormitorio ordenado	64	22	34%	42	66%	100%
Cocina ordenada	50	15	30%	35	70%	100%
Cocina limpia	50	17	34%	33	66%	100%
Patio ordenado	40	12	30%	28	70%	100%
Basura en el patio	40	32	80%	8	20%	100%
Escombros en el patio	40	35	87%	5	13%	100%
Corrales limpios	153	40	26%	113	74%	100%
TOTAL DORMITORIOS	64					
TOTAL COCINAS	50					
TOTAL PATIOS	40					
TOTAL CORRALES	153					

TABLA 31

HABITOS Y COSTUMBRES DE ASEO PERSONALES EN LA COMUNIDAD CHACOPAMPA

HABITOS	Nº Observaciones	SI	%	NO	%	TOTAL
Cama tendida	150 * camas	70	47%	80	53%	100%
Ropa ordenada/casa	200 personas	32	16%	168	84%	100%
Ropa limpia/persona	200 personas	85	43%	115	57%	100%
Familia aseada	50 ** familias	31	62%	19	38%	100%
TOTAL	150 camas	70		80		
TOTAL	200 personas	117		283		
TOTAL	50 familias	31		19		

* Se observaron y registraron 150 camas entre la población encuestada.

** 50 es el número de familias visitadas por los 10 encuestadores, tomando como promedio 4 componentes por cada familia, tenemos 200 personas evaluadas aproximadamente.

Buenos días, permítame que le quite unos minutos de su tiempo. Le ruego pueda responder las siguientes preguntas, muchas gracias por su colaboración.

Edad----- Sexo: -M- -F- Procedencia:..... Escolaridad.....
Estado Civil:..... Ocupación: Religión :

1. Conoce al insecto transmisor (vector) de la enfermedad de Chagas?
1) SI _____ 2) NO _____
2. Con que nombre conoce Ud. Al vector?

3. Como reconoce al vector?

4. A través de que medio de comunicación o persona recibió la información sobre el vector?
 - 1) Libros, bibliotecas
 - 2) Oficina del Programa Chagas
 - 3) Centros de salud
 - 4) PIV (Puestos de Información de la Vinchuca)
 - 5) Medios de Comunicación (Radio, televisión, prensa)
 - 6) Otros
 - 7) NS/NR
5. En qué época del año aparecen o hay más vinchucas?
 - 1) Verano
 - 2) Primavera
 - 3) Otoño
 - 4) Invierno
 - 5) No sabe / No responde
6. Conoce si todas las vinchucas producen la enfermedad de Chagas?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
7. Como reconoce la presencia de la vinchuca en su casa?

8. Conoce y/o vio alguna vez huevos y/o ninfas de vinchuca?

9. Cree Ud. Que la presencia de la vinchuca en un domicilio traerá la mala suerte o desgracias futuras?

10. Conoce si la enfermedad de Chagas es contagiosa o no entre personas?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
11. Conoce las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
12. Cual considera la forma más fácil de transmisión?
 - 1) Por la el vector (vinchuca)
 - 2) Por transfusión de sangre infectada
 - 3) Madre-niño (Connatal)
 - 4) Accidental
 - 5) Por la leche materna
13. Conoce Usted donde viven las vinchucas?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
14. Donde cree Ud. Que viven mejor las vinchucas?
 - 8) Vivienda de adobe, piso de tierra, paredes sin revocar y techo de paja o caña
 - 9) Casa deshabitadas.
 - 10) Vivienda de ladrillo, con revoque, piso de cemento y techo de calamina
 - 11) Gallineros
 - 12) Corrales
 - 13) Conejeras
15. Como evitaría Ud. la presencia de la vinchuca?
 - 1) Mejorando la vivienda (arreglar techo, paredes y piso)
 - 2) Limpieza de la vivienda
 - 3) Alejando de la vivienda corrales, gallineros y conejeras
 - 4) Fumigando la vivienda con químicos
 - 5) Fumigando los corrales, conejeras y gallineros con químicos
 - 6) Otros

ANEXO 2 : ENCUESTA 2 : DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Puede reconocer la enfermedad en una persona contagiada y como lo haría?

2. Cuales órganos considera Ud. Que son más atacados por la enfermedad?

- 1) Corazón
- 2) Sistema nerviosos (Cerebro. Médula espinal)
- 3) Estomago / intestinos
- 4) Sistema Locomotor (músculos, articulaciones y huesos)
- 5) Sistema Urinario (riñones, vejiga)
- 6) Otros

2. Cree Ud. Que la enfermedad de Chagas:

- 1) Puede causar la muerte lentamente
- 2) Puede causar la muerte súbitamente
- 3) Causa invalidez.
- 4) No causa la muerte
- 5) Es causa de rechazo por la gente de la Comunidad
- 6) Otros

4. Desearía Ud. Saber si tiene la enfermedad de Chagas?

- 1) SI _____ 2) NO _____

3. Cual la razón por la que no quiere saber si tiene la enfermedad:

- 1) Miedo o temor
- 2) Afectaría mi vida diaria
- 3) Para no perder mi familia.
- 4) No tengo dinero para laboratorio
- 5) Evitar el rechazo por la gente de la Comunidad
- 6) Otros

6. Cree U. Que la enfermedad de Chagas se cura?

- 1) SI _____ 2) NO _____

7. Como cree Ud. Que se puede curar la enfermedad?

8. A donde acudiría para realizarse tratamiento?

1. Posta de Salud
2. Laboratorio del Programa Chagas
3. Medicina tradicional
4. PIV (Puestos de Información de la Vinchuca)
5. Otros
6. NS/NR

9. Conoce o ha escuchado hablar de el/los medicamentos para curar la enfermedad?

- 1) SI _____ 2) NO _____ 3) Lugar _____

10. Cual es el obstáculo para realizar tratamiento?

- 1) Falta de tiempo
- 2) Falta de dinero
- 3) Distancia
- 4) Miedo o temor al tratamiento
- 5) No sabe / No responde

ANEXO 3 : ENCUESTA 3 : CONOCIMIENTOS I.E.C.

1. Recibió alguna vez, algún tipo de información sobre la enfermedad de Chagas?
1) SI _____ 2) NO _____
2. A través de que medio le llegó la información?
 - 1) Charlas, cursillos, seminario
 - 2) Afiches, volantes, carteles
 - 3) Medios de Comunicación (radio, televisión, prensa)
 - 4) Otros
 - 5) NS/NR
3. La información le sirvió para:
 - 1) Conocer la enfermedad (transmisión, síntomas, contagio, vector)
 - 2) Conocer las formas de prevención de la enfermedad (Ej. Fumigación, alejamiento de corrales)
 - 3) Trabajar en comunidad para ayudar a prevenir la enfermedad
 - 4) NS/NR
1. A su entender, los mensajes de la información sobre la enfermedad de Chagas que recibió fueron:
 - 1) Mala
 - 2) Regular
 - 3) Buena
 - 4) NS/NR
2. A su juicio, el tiempo de duración de la información fue:
 - 1) Corto tiempo
 - 2) Tiempo adecuado
 - 3) Muy extenso
3. Los mensajes que le ofrecieron en la información fueron:
 - 1) De fácil comprensión
 - 2) De difícil comprensión
 - 3) Incompresible
 - 4) NS/NR
4. Cuando tiene más tiempo para recibir la información?
 - 1) En la mañana
 - 2) Al mediodía
 - 3) En la tarde
 - 4) En la noche
5. Usted buscó más información?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
1. Si buscó más información, donde lo hizo?
 - 1) Libros, bibliotecas
 - 2) Oficina del Programa Chagas
 - 3) Centros de salud
 - 4) PIV (Puestos de Información de la Vinchuca)
 - 5) Medios de Comunicación (Radio, televisión, prensa)
 - 6) NS/NR
2. Qué cambios hizo en su casa con la información que recibió?
 - 1) Fumigo o hizo fumigar su casa periódicamente
 - 2) Mejoro su casa (Ej. Revocar paredes, poner calaminas a los techos)
 - 3) Alejo los corrales de su casa
 - 4) NS/NR
3. Usted transmitió la información que recibió?
 - 1) Comentó la información con su familia
 - 2) Comentó la información con otras personas (amigos, conocidos)
 - 3) Comentó la información con la junta de vecinos
 - 4) No transmitió a nadie
4. Sabía usted que en Tupiza existe el Programa Chagas donde le pueden atender gratuitamente?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
5. Participó alguna vez de alguna actividad del Programa de Chagas?
 - 1) SI _____ 2) NO _____
12. Si la respuesta es afirmativa, en que actividad participó usted?

15. Qué haría usted para mantener los hábitos de prevención de la enfermedad?
 - 1) Invertiría en mejorar su vivienda (revocar, alejamiento de corrales, etc.)
 - 2) Trabajaría en comunidad (actividades de fumigación, arreglo de viviendas)
 - 3) Fumigaría periódicamente su vivienda

ANEXO 4

MATERIALES DE LA CUBIERTA

Dormitorios	1	2	3	4
Calamina Cemento Teja Madera Paja/barro				

CONDICIONES DE LA CUBIERTA

Dormitorios	1	2	3	4
Buen estado Mal estado Regular estado				

CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE INTERIOR

Dormitorios	1	2	3	4
Buen estado del revoque Mal estado del revoque Sin revoque				

CONDICIONES DE LAS PAREDES – REVOQUE EXTERIOR

Dormitorios	1	2	3	4
Buen estado del revoque Mal estado del revoque Sin revoque				

CARACTERÍSTICAS DEL PISO

Dormitorios	1	2	3	4
Cemento Ladrillo Empedrado Madera Tierra				

CARACTERÍSTICAS DE LAS PUERTAS Y VENTANAS

Puertas	1	2	3	4	Ventanas	1	2	3	4
Buen estado Mal estado Regular estado No existe					Buen estado Mal estado Regular estado No existe				

CONDICIONES DE LA COCINA

Estado	1	2	3	4
Buen estado Mal estado No existe				

CORRALES

UBICACIÓN			ESTADO	
Gallineros	Buena	Mala	Buena	Mala
Conejeras	Buena	Mala	Buena	Mala
Corrales	Buena	Mala	Buena	Mala
Chancheros	Buena	Mala	Buena	Mala

ANEXO 5

OBSERVACION DE HABITOS Y COSTUMBRES DE ASEO EN LA COMUNIDAD DE CHACOPAMPA, 2.005

1.- Su dormitorio esta limpio y barrido?	SI	NO
2.- Su dormitorio esta ordenado?	SI	NO
3.- Su cama esta tendida?	SI	NO
4.- Su ropa esta ordenada?	SI	NO
5.- Su ropa esta limpia?	SI	NO
6.- Su cocina esta ordenada?	SI	NO
7.- Su cocina esta limpia?	SI	NO
8.- Su patio esta ordenado?	SI	NO
9.- Tiene basura en su patio?	SI	NO
10.- Tiene escombros en su patio?	SI	NO
11.- Tiene los corrales limpios?	SI	NO
12.- La familia esta aseada?	SI	NO

Para el llenado de este formulario no se realizarán preguntas; el encuestador tendrá que observar, en el momento de llenar los otros formularios y llenar marcando con un circulo en el lugar que corresponda.

ANEXO 6

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE : AUTORIDADES MUNICIPALES

- 1.-Cual es su responsabilidad y cargo en el Municipio:
- 2.- El Municipio desarrolla programas y proyectos de manera conjunta con la Red de Salud?
- 3.- El Municipio en sus procesos de planificación participativa, en los últimos años, ha recibido de parte de las OTB's y Comites de Vigilancia, demandas para ejecutar proyectos de salud en Chagas?
- 4.- El Municipio ha participado en alguna actividad para eliminar el Chagas, como: fumigación, mejoramiento de la vivienda, educación y/o capacitación?
- 5.- Según su conocimiento, en que zonas y comunidades de su Municipio hay mayor presencia de vinchucas y de la enfermedad de Chagas?
- 6.- Como afecta la enfermedad de Chagas a las comunidades de su municipio?
- 7.- Que instituciones, aparte de la Red de Salud, en el territorio promueven acciones de salud para eliminar vinchucas?
- 8.- Que organizaciones comunitarias son más visibles en la coordinación de proyectos de salud en su municipio?
- 9.- Cual es el sistema de comunicación que su municipio utiliza para informar a las comunidades los diferentes programas y proyectos que ejecutan anualmente?
- 10.- (en caso de haberse detectado la inexistencia de proyectos con relación a la enfermedad de Chagas) porque su municipio no contempla proyectos relacionados con la enfermedad de Chagas?

ANEXO 7

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE : PROFESORES RURALES

Establecimiento Educativo en el que trabaja:

- 1.- Dentro de las clases que imparte, incluye temas de salud? Cuales?
- 2.- Que tipo de contenidos acerca de salud incluye en su clase?
- 3.- Utiliza algún material de apoyo didáctico?
- 4.- Quien le proporciona?
- 5.- Usted cree que la enfermedad de Chagas es un problema en su región?
- 6.- Trabaja o trabajo con temas sobre la vinchuca y la enfermedad de Chagas?
- 7.- Los alumnos conocen y/o preguntan sobre la vinchuca, la enfermedad y las maneras de prevenirla durante la clase o fuera de ella?
- 8.- Recibió capacitación sobre la enfermedad de Chagas?
- 9.- Quien le brindo la capacitación?
- 10.- Que sugerencia tiene para incluir temas de salud en las aulas ?

ANEXO 8

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE : AUTORIDADES COMUNALES

Cargo que desempeña dentro su Comunidad:

- 1.- Dentro de las reuniones en su comunidad, hablan de temas de salud? Cuales?
- 2.- Que tipo de contenidos acerca de salud incluyen en sus reuniones?
- 3.- Conoce las actividades del Programa Chagas?
- 4.- Conoce a los PIV (Puesto de Información del Vector)?
- 5.- Usted cree que la enfermedad de Chagas es un problema para su familia?
Porqué?
- 6.- Participa Ud. En alguna actividad coordinada con el Programa Chagas?
- 7.- Los comunarios conocen y/o preguntan sobre la vinchuca, la enfermedad y las maneras de prevenirla durante las reuniones o fuera de ella?
- 8.- Recibió capacitación sobre la enfermedad de Chagas?
- 9.- Quien le brindo la capacitación?
- 10.- Que sugerencia tiene para combatir a esta enfermedad en su Comunidad?

ANEXO 9

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE : TÉCNICOS DEL PROGRAMA CHAGAS

- 1.- Realiza actividades de Información, Educación y Capacitación sobre la enfermedad de Chagas habitualmente en la Comunidad?
- 2.- Cuanto tiempo dedica a la actividad de IEC en la Comunidad, sobre la enfermedad de Chagas?
- 3.- Recibió capacitación en la estrategia de IEC sobre la enfermedad de Chagas?
- 4.- Conoce las características de la IEC en Chagas?
- 5.- Que instrumentos y/o técnicas de IEC aplica Ud. En las Comunidades para hablar de la enfermedad de Chagas?
- 6.- Participa Ud. En alguna actividad coordinada de prevención y promoción con los Comunarios ?
- 7.- Cuales son los medios de comunicación más utilizados por el Programa para promocionar la salud y prevenir la enfermedad de Chagas?
- 8.- Quienes se muestran más receptivos a la información, niños, adolescentes, jóvenes o mayores de edad?
- 9.- Cual(es) componente(s) del Programa Chagas cree Ud. Que deba(n) utilizarse con más intensidad para lograr un mejor impacto en la lucha contra la enfermedad?
10. Que opinión tiene sobre la importancia de la estrategia de IEC en el Programa Chagas?
11. Cuanto tiempo dedica a la actividad de IEC sobre la enfermedad de Chagas?

ANEXO 10

RESULTADOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS

VECTOR

Conocimiento:

Los grupos mixtos de adultos son los más informados y los que conocen más a la vinchuca.

“... hemos vivido con la vinchuca desde antes, ahora casi no hay...”
(Chacopampa, Abril 2005)

Todos conocen al insecto transmisor de la enfermedad con el nombre de vinchuca, y todos los mayores conocen los huevos no así los jóvenes, existe algún desconocimiento en los escolares al reconocer al vector puesto que lo comparan con cucarachas, insectos voladores y hasta con un alacrán “... la vinchuca tiene alas negras y vuela por la noche...” una mayoría reconocen su presencia por las heces fecales que deja en la pared “... su caca es negra y mancha feo las paredes así sabemos que hay vinchucas en el cuarto pero no los buscamos...”

Algunos participantes todavía creen que la presencia traerá mala suerte para los que viven en la casa

“... cuando aparecen vinchucas, seguro es que algo malo les va a pasar en esa casa, siempre traen mala suerte...”

Actitud: Los comunarios dicen “... debíamos arreglar las casas y los corrales con ayuda de las autoridades...”

Práctica: Realizan acciones de cuidado y protección frente al riesgo de la vinchuca para evitar la enfermedad, los pobladores de la Comunidad identifican a la vinchuca como un “bicho que chupa sangre” y produce una enfermedad llamada “Mal de Chagas” del que hay que “...tener cuidado, especialmente los niños en las noches...”

TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

Conocimiento: Todos los participante adultos saben que la vinchuca causa la enfermedad de Chagas. La mayoría conoce que la enfermedad es causada por la picadura de la vinchuca principalmente durante la noche, algunos manifiestan que

la enfermedad se contagia por la sangre de una persona enferma a otra sana y que la vinchuca al picar la retransmite.

“... cuando dormimos las vinchucas salen de sus agujeros y nos pican...”

Todos conocen que las vinchucas viven en las grietas de las casas, en casas abandonadas y en los corrales de animales.

“... antes cuando había harta vinchuca, hacían ruido fuerte en la noche cuando venían y prendíamos el mechero y todo el cuarto era negrito, llenito de vinchucas, ahora ya no hay; uno que otro se ven...”

Para el control de la infestación, manifiestan que el rociado, la limpieza en las viviendas y el mejoramiento de las viviendas sería la solución.

Actitud: la mayoría de los participantes dicen que “... sabemos que los corrales tienen que estar lejos de la casa pero nosotros vivimos de nuestros animalitos y cuando el corral esta alejado los mata el frío o los zorros..”

Práctica: los corrales y gallineros están ubicados muy cerca de la casa habitada y en algunos casos disponen de pequeños cajones dentro de las viviendas para albergar a gallinas y conejos en la noche.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Conocimiento: Solamente los adultos y mayores pueden reconocer a una persona enferma con Chagas por el enflaquecimiento, la palidez de la piel, el cansancio fácil, la debilidad y en algunos casos el abdomen abultado, los escolares y jóvenes tienen mucha dificultad para reconocer a una persona enferma.

“... bien flaquitos se vuelven y no tienen fuerzas para nada...”

Los jóvenes y mayores en la mayoría señalan que el corazón y los intestinos son los órganos mas afectados por la enfermedad y provoca invalidez, sin embargo existe confusión en el momento de la muerte, algunos dicen que causa muerte repentina y otros que mueren lentamente, los escolares y adolescentes no tienen certeza de que órganos son afectados.

“... estando sanitos la gente se muere de repente..”

“... sus barrigas se hinchan bien grande y les duele harto y hay que llevarlos al hospital de Tupiza para que les curen...”

Los que no quieren someterse a exámenes de detección de la enfermedad manifiestan que no lo hacen por miedo a saber que tienen la enfermedad ya que

les puede afectar emocionalmente y que pudieran ser objeto de rechazo por su Comunidad.

“... prefiero no saber porque peor enfermaría y quien cuidaría mis guaguas, mis animalitos, la chacra...”

“... cuando ya no podemos trabajar, la gente no nos hacen valer...”

La mayoría de las personas mayores creen que la enfermedad es curable, pero no están dispuestas a realizarse tratamiento por falta de dinero.

“... creo que como todos los chacopampeños debo tener chagas porque antes había harta vinchuca y a todos nos han picado, ahora me falta plata para hacerme curar...”

Muy pocos conocen o han escuchado hablar de los medicamentos para la cura de la enfermedad.

“... el doctor de Chagas vino con medicamentos para curar la enfermedad pero no conocemos que serán y si nos sanaran...”

“... parece que en Tupiza curan la enfermedad con medicinas, pero no he podido ir hasta ahora por falta de tiempo y platita...”

Actitud: no tienen confianza al tratamiento médico “...me han dicho que esta enfermedad no se cura con nada...”

Práctica: muy pocos acuden a la Posta de Salud o al Programa Chagas de Tupiza para realizarse exámenes de diagnóstico y tratamiento medicamentoso, la mayor parte de los casos fueron casos de emergencia por complicaciones cardiológicas (Infarto de Miocardio, Arritmias, Bloqueo de rama derecha del Haz de His o Insuficiencia Cardíaca Congestiva) o intestinales (fecalomas y volvulos) los cuales fueron tratados en el Hospital Eduardo Eguía de Tupiza.

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACION SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Medios y formas de comunicación:

Los medios de relacionamiento externo mayormente utilizados por la comunidad son: transporte interprovincial con servicios interdiarios, telefonía rural ENTEL, y para casos de emergencia la radio de la Posta de Salud. (La televisión es inexistente en la comunidad porque la energía eléctrica fue instalada en este año).

Conocimiento: La mayoría de los participantes recibió información mediante charlas informales con los técnicos rociadores del Programa Chagas.

“...los vinchuqueros nos vienen a charlar solo a la hora de comer, no dan folletitos ni revistas o algo para que conozcamos más de la enfermedad, en las noches mas bien se ocupan de tomar...”

La mayoría de los participantes manifiestan predisposición favorable a recibir información pero de manera planificada y con mayor frecuencia, con ayuda de instrumentos didácticos tales como cuadros, rotafolios, fotografías, pizarras y mejor si es con medios audiovisuales.

“... cuando vienen a fumigar nomás hablan del Chagas, después no aparecen más, nadie se acuerda de nosotros, deberían venir más seguido porque aquí hay mucha necesidad...”

“...cada año nos hacen poner plata en el POA para Chagas, pienso que con ese dinero podrían darnos no solo charlas sino que para que entendamos mejor traigan libros con dibujos, películas o fotos...”

En pocas ocasiones escucharon mensajes por la radio sobre la enfermedad y el mejoramiento de las viviendas.

“... antes por la radio decían que ayudemos para que no haya vinchucas, limpiando y arreglando nuestras casas, ahora casi no se escucha mucho hablar de esto...”

El acceso a la prensa escrita local ni nacional esta limitado a los profesores y algún otro profesional que trabaja por temporadas en la Comunidad y se traslada frecuentemente a la ciudad de Tupiza.

Los profesores y algunos lideres comunitarios en años anteriores fueron capacitados por personal del Programa Chagas en talleres realizados en la propia comunidad, les dieron certificados de asistencia pero no se les proporciono materiales educativos para una amplia difusión en la Comunidad, se designo a un encargado del PIV (Puesto de Información de la Vinchuca) y se capacito a comunarios del lugar en técnicas de rociado.

“... antes había seminarios sobre Chagas y participaban todos los profesores y también comunarios, eran de mucha ayuda, ahora ya no hay más estos cursos, no sabemos porque ya no vienen...”

Muchos de la participantes saben que el Programa Chagas en la ciudad de Tupiza atiende a los enfermos, pero no están seguros de que sea gratuito.

“... la medicina tenemos que comprar nosotros de la Argentina porque no dan en el Hospital...”

“... quisiéramos que los doctores vengan a la comunidad para que nos curen...”

La participación comunitaria esta centrada en acciones de rociado donde se coordinan actividades con los técnicos del programa Chagas, para preparar los domicilios y corrales.

“... sabemos que hay que mejorar las casas y alejar los corrales para que no haya nunca más vinchucas pero como nos falta plata a la mayoría, tal vez nos pudiera cooperar la Alcaldía o el Programa Chagas con algunos materiales y con orientación...”

La mayoría de los participantes manifiesta que el insecticida utilizado la primera vez fue más efectivo que los actuales.

“... cuando rociaron por primera vez al pueblo, murieron grandes cantidades de insectos y no solo vinchucas, ahora parece que rociarían agua nomás porque ya no les hace nada ni a las moscas...”

Actitud: La mayoría de los participantes consideran que el rociado de las viviendas con insecticida ya no es una solución porque siguen apareciendo vinchucas en la Comunidad, consideran más efectivo el mejoramiento de la vivienda, la limpieza y alejamiento de los corrales aunque carecen de apoyo económico para lograrlo.

“... la gente no arregla sus casas por la crisis que cada día es peor, se necesita mucha plata...”

Práctica: Solo algunos comunarios que tienen otros ingresos al margen de la agricultura mejoran de modo parcial sus viviendas colocando tumbados y revocado interior de habitaciones.

Las autoridades Municipales Desarrollan programas con la Red de Salud como el SUMI, pero no proyectos, ha recibido demandas de las OTB's para ejecutar acciones de rociado en las Comunidades contra las vinchucas, el Municipio no ha intervenido en actividades operativas como educación y/o capacitación, identifican la zona de Chacopampa como la zona de mayor presencia de l vector y de enfermos de Chagas, afecta disminuyendo la capacidad productiva de las personas y por motivos de tratamiento abandonan sus comunidades y sus actividades agrícolas, no hay otras instituciones que realicen actividades específicas contra el mal de Chagas, las OTB's son las que más coordinan con

los proyectos de salud, la comunicación se da e las cumbres de OTB's que se realiza en forma mensual, no contempla proyectos porque el presupuesto no alcanza y el Programa Chagas recibe financiamiento de la cooperación externa. (anexo 6)

Los Profesores Rurales, abordan los temas de salud e higiene corporal, enfermedades parasitarias del sistema digestivo, infecciones respiratorias, salud oral y salud y medio ambiente, los contenidos son medidas de carácter preventivo, material de apoyo didáctico pizarrones y dibujos en cartulina elaborados por los propios alumnos, la enfermedad de Chagas en un problema en la región en el sentido de que la población de mayores de 20 años de edad ha sido picada por la vinchuca y algunos están enfermos y otros podrían estar enfermos, dan charlas en las clases sobre la vinchuca y el parásito que porta y que es productor de la enfermedad de Chagas y las medidas básicas de prevenir la enfermedad como el mejoramiento de las viviendas, el rociado y mantener alejados a los corrales de animales., los alumnos no tienen mucha inquietud por conocer de la enfermedad o la vinchuca puesto que no preguntan en clases para conocer más del tema, los más antiguos recibieron capacitación por el Programa Chagas y recibieron certificados de asistencia, los nuevos no fueron capacitados, siempre se habla de temas de salud en clases. (anexo 7)

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

Las autoridades Municipales Desarrollan programas con la Red de Salud como el SUMI, pero no proyectos, han recibido demandas de las OTB's para ejecutar acciones de rociado en las Comunidades contra las vinchucas, el Municipio no ha intervenido en actividades operativas como educación y/o capacitación, identifican la zona de Chacopampa como la zona de mayor presencia del vector y de enfermos de Chagas, conocen que la enfermedad de Chagas afecta disminuyendo la capacidad productiva de las personas, quienes por motivos de tratamiento abandonan sus comunidades y sus actividades agrícolas, reconocen que no hay otras instituciones que realicen actividades específicas contra el mal de Chagas, las OTB's son las que más coordinan con los proyectos de salud, la comunicación se da en las cumbres de OTB's que se realiza en forma mensual,

no contempla proyectos porque el presupuesto no alcanza y el Programa Chagas recibe financiamiento de la cooperación externa.

Los Profesores Rurales, abordan los temas de salud e higiene corporal, enfermedades parasitarias del sistema digestivo, infecciones respiratorias, salud oral y salud y medio ambiente, con contenidos sobre medidas de carácter preventivo y curativo, utilizan frecuentemente material de apoyo didáctico pizarrones y dibujos en cartulina elaborados por los propios alumnos, la mayoría manifiestan que la enfermedad de Chagas es un problema en la región en el sentido de que la población de mayores de 20 años de edad ha sido picada por la vinchuca y algunos están enfermos y otros podrían estar enfermos y esta situación les afecta en su salud física y emocional y les impide trabajar normalmente por lo que otros miembros de la familia asumen con el trabajo que realizaba el enfermo, dan charlas en las clases sobre la vinchuca y el parásito que porta y que es productor de la enfermedad de Chagas y las medidas básicas de prevenir la enfermedad como el mejoramiento de las viviendas, el rociado y mantener alejados a los corrales de animales., los alumnos no tienen mucha inquietud por conocer de la enfermedad o la vinchuca puesto que no preguntan en clases para conocer más del tema, los más antiguos recibieron capacitación por el Programa Chagas y recibieron certificados de asistencia, los nuevos no fueron capacitados, siempre se habla de temas de salud en clases.

Las Autoridades Comunales manifiestan: “ Algunas veces hablamos, de la forma de evitar algunas enfermedades en nuestras reuniones en la Comunidad por ejemplo de la enfermedad de Chagas, de las diarreas, de la tos...”, la mayoría conocen las actividades de rociado del Programa y conocen al responsable del puesto de información de la vinchuca, señalan como un problema importante a la enfermedad de Chagas porque significa pérdida de tiempo y dinero cuando algunos se realizan tratamiento, los que participaron en actividades coordinadas con el Programa fueron en tareas de rociado como ayudantes o rociadores en alguna oportunidad, no hay reuniones específicas sobre el tema de enfermedades, cuando alguien pregunta en una reunión, le remiten a la Posta de salud para mayor información, los que recibieron capacitación sobre la enfermedad de Chagas fueron en técnicas de rociado, detección del vector en intradomicilio y cuidado de la vivienda a cargo de técnicos rociadores durante las

tareas de evaluación de viviendas y rociado, para una mejor manera de enfrentar la enfermedad de Chagas recomiendan mayor inversión en dinero por parte del Municipio para mejoramiento de viviendas y alejamiento de corrales y que el tratamiento sea gratuito.

Los Técnicos del Programa, señalan que no se realiza en forma habitual actividades del Información, Educación y Comunicación sobre la enfermedad a la Comunidad porque no alcanza el tiempo y las actividades específicas son de detección del vector y rociado de viviendas, los técnicos de planta han sido capacitados en IEC en base a manuales del Programa Chagas, los técnicos a contrato muy poco, la mayoría conocen en forma imprecisa las características principales de la estrategia de IEC establecidas en la política de Información, Educación y Comunicación para el Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia, el medio de comunicación más utilizado es el de comunicación interpersonal durante las actividades de evaluación de vivienda y rociado en la Comunidad, los que más interés demuestran por aprender son las personas mayores de 20 años, existe unanimidad en los encuestados que el componente Información, Educación y Comunicación es el que puede lograr mayor impacto pero después del componente control vectorial y rociado.

ANEXO 11

IMPRESOS DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN DIFUNDIDOS POR EL PROGRAMA REGIONAL CHAGAS TUPIZA.

ANEXO 12

- PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL PROGRAMA REGIONAL CHAGAS
TUPIZA
- PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL MUNICIPIO TUPIZA

ANEXO 13

CONSENTIMIENTO INFORMADO : PARA LA PARTICIPACIÓN COMO ENTREVISTADO VOLUNTARIO EN LA INVESTIGACIÓN IEC – ENFERMEDAD DE CHAGAS – CHACOPAMPA – 2.005.

Yo----- con carnet de identidad N°-----

He sido informado sobre el tipo de estudio de investigación que se va a realizar a cargo del personal de salud de la ciudad de Tupiza a cargo del Dr Hubert Portela Lima Responsable del Programa Regional Chagas Tupiza .

1. La participación en el estudio “El Rol de la Información, Educación y Comunicación en la lucha contra la enfermedad de Chagas en la comunidad Chacopampa” es en forma Voluntaria, puedo retirarme del mismo cuando vea conveniente, sin dar explicaciones.
2. Durante el periodo que dure la recolección de información a través de las encuestas, recibiré la información completa sobre el motivo de la misma y su utilidad posterior para la Comunidad.
3. Durante el periodo de estudio, ningún miembro de mi familia se someterá a pruebas de laboratorio, toma de muestras de sangre o ingestión de medicamentos de ninguna naturaleza, que signifique un riesgo para mi salud o el de mi familia.
4. Para mostrar las condiciones en la que vive mi familia, autorizo al equipo investigador a ingresar a mi domicilio para que puedan observar, realizar preguntas y registrarlas en cassetes y hojas de encuestas, también tomar fotografías o filmaciones.
5. El equipo investigador se compromete a proteger mi identidad y la de mi familia y no divulgar, difundir o publicar mi nombre o imágenes de mi familia por ningún tipo de medios de difusión masivos, sin mi autorización expresa.
6. Se respetara por parte del equipo investigador en todo momento las creencias, costumbres, ritos y prácticas culturales sean individuales o de grupo, tomando la decisión personal de abandonar el estudio en caso de observar o percibir muestras de irrespeto a los derechos mencionados.

Chacopampa, Enero del 2.005

Voluntario Participante

Dr. Hubert Portela Lima

ANEXO 14

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CHAGAS

SEGUNDA REUNION DE EVALUACION DEL PROGRAMA CHAGAS

DEL SUR DE BOLIVIA

I. Tupiza 1ro y 2 de marzo de 2007

Justificación

Se reconoce a la enfermedad de Chagas como el más urgente e impactante problema de salud del Cono Sur de América, tanto por su magnitud, como por su impacto y su control ha sido declarado de atención prioritaria en los diferentes países.

En ese marco, Bolivia tiene a este mal como preponderante, que no obstante los grandes esfuerzos desarrollados, aun muestra indicadores preocupantes, principalmente en los departamentos de Chuquisaca, Tarija y Potosí, debido principalmente a la complejidad del problema de salud, que tiene que ver con la vivienda, el vector, el componente biológico, el nivel de vida y conocimientos de las personas y la respuesta de las instituciones responsables de luchar contra esta patología.

Por otro lado, ante la próxima conclusión del Proyecto del BID y la responsabilidad que por normativa legal en vigencia le corresponde a los SEDES de asumir la continuidad del Programa en los tres departamentos, y por otra parte a partir de la sensibilización y compromiso asumido en el II CAI Departamental realizado en Villamontes, el SEDES Tarija, ha lanzado la Estrategia Departamental de Chagas Cero, buscando a través de ello crear una estrategia que concluya en la elaboración y ejecución de un Programa Departamental, que con una visión integral de los componentes que hacen al tratamiento radical de este problema de salud, permita revertir los indicadores actuales.

En este sentido, por acuerdo firmado en la localidad de Villa Abecia por los Directores de los SEDES de Chuquisaca, Tarija y Potosí se ha decidido realizar el segundo Taller de análisis de situación que permita establecer líneas de acción a corto, mediano y largo plazo contra la Enfermedad de Chagas.

Objetivo general

Realizar la evaluación de las actividades comprometidas en la primera reunión de Evaluación del Programa Chagas del sur de Bolivia, llevada a cabo en Villa Abecia entre el 26 y 27 de octubre del 2006.

Objetivos específicos:

- Promover la integralidad del programa a nivel local
- Evaluar el Componente de Control Vectorial en los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija, gestión 2006.
- Evaluar el Componente de Diagnostico y Tratamiento en los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija, gestión 2006.
- Revisar el Rol de los SEDES en el desarrollo de los dos componentes.
- Establecer las directrices sobre los procesos de sostenibilidad del Programa de Control de Chagas en los tres departamentos.

Metodología

1. Presentaciones individuales del estado nacional y regional de los componentes Control Vectorial, Diagnóstico-Tratamiento e IEC a cargo de jefes departamentales.
2. Presentación de Plan Nacional de sostenibilidad
3. Trabajo de grupos
4. Plenaria de análisis, más elaboración y firma de documento.

Participantes

Nivel Nacional

- 1 Jefe Nacional de la Unidad de Epidemiología
- 1 Coordinador Técnico Chagas
- 1 Supervisora Técnica Nacional
- 1 Entomólogo Nacional
- 1 Responsable Nacional de Diagnóstico y Tratamiento
- 2 Supervisores Regionales de Diagnóstico y Tratamiento
- 1 Administrador Nacional
- 1 Informático Nacional
- 1 Coordinadora UCP-BID

Total 10 personas

Nivel departamental

Cargo	Chuquisaca	Potosí	Tarija
Director SEDES	1	1	1
Planificador Departamental	1	1	1
Epidemiólogo Departamental	1	1	1
Jefe Programa	1	1	1
Administrador logístico	1	1	1
TOTAL	5	5	5

Total departamental 15

INVITADOS

- Autoridades locales
- Representantes OPS-OMS Bolivia

FECHA Y LUGAR

Se realizará los días 1ro y 2 de marzo de 2007 en la localidad de Tupiza, Potosí.

Los gastos de organización, viajes, estadía y alimentación serán cubiertos con recursos BID del Programa Nacional de Chagas.

ANEXO 15

COMPROMISOS SEDES POTOSÍ DESCENTRALIZACION DEPARTAMENTAL GESTION 2007

- **Promover la integralidad del programa local**
- Para lograr la integralidad en vectores se tomo la decisión de que no existen técnicos de Chagas y malaria sino por el contrario ambos realizan las mismas actividades.
- Se realizaron pre convenios con los gobiernos Municipales cuyo proceso culminara hasta abril del presente año
- Con la Prefectura del Departamento esta en tramite la aprobación del plan de sostenibilidad para aplicarlo en el 2do semestre de la presente gestion
- En el tema IEC se estan realizando acciones aprovechando las organizaciones de locales por lo que se intervino con maestros, autoridades locales en los cuales ya se logro socializar el diagnostico y tratamiento
- Con algunos municipios se logro contratar RRHH permanente en ETV