



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIOANÁLISIS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL
ASIGNATURA: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



**PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR Y
ESCOLAR DE LA FUNDACIÓN ALIMENTA LA SOLIDARIDAD
CARABOBO SEDE MAÑONGUITO. VALENCIA - ESTADO CARABOBO**

AUTORES:

Hamchou Anuar

Hinojosa Robsanny

Padrón Alvany

TUTOR:

Prof (a): Lcda. Torrealba Jessica

ASESOR METODOLÓGICO:

Prof(a): Coccione Santina

NAGUANAGUA, MARZO 2022



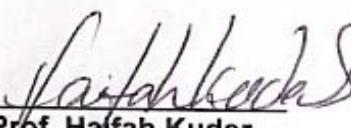
ACTA DE APROBACIÓN

Quienes suscriben, miembros del Jurado designado por la Coordinación de la Asignatura Trabajo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud – Sede Carabobo, para evaluar el trabajo titulado: **"PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR DE LA FUNDACIÓN ALIMENTA LA SOLIDARIDAD CARABOBO SEDE MAÑONGUITO. VALENCIA - ESTADO CARABOBO"**. Realizado por las estudiantes: Anuar Hamchou, Alvany Padron y Robsanny Hinojosa, titulares de la cedula de identidad No. V-24.301.040, 23.435.654 y 23.646.974 respectivamente; y tutorado por el Profesor: Jessica Torrealba, titular de la Cédula de Identidad No. V-19.411.143. Hacemos de su conocimiento que hemos actuado como jurado evaluador del informe escrito, presentación y defensa del citado trabajo. Consideramos que reúne los requisitos de mérito para su **APROBACIÓN**.

En fe de lo cual se levanta esta Acta, en Valencia a los 8 días del mes de Abril del año dos mil veintidós.


Prof. Santina Coccione
C.I: 10.063.311
Jurado Principal


Prof. Elisa Martinez
C.I: 11.526.026
Jurado Principal


Prof. Halfah Kuder
C.I: 12.077.839
Jurado Principal



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios, por acompañarnos y guiarnos a lo largo de nuestra carrera universitaria, por ser fortaleza en los momentos difíciles y por brindarnos una vida llena de aprendizajes.

A nuestros padres por ser los pilares y el motor que nos impulsó este largo camino académico y en toda nuestra vida, gracias por ser un ejemplo en nuestras vidas y por tener siempre las palabras de apoyo para seguir adelante en los días difíciles

A nuestras familias, especialmente a nuestros hermanos que fueron parte indispensable para continuar luchando por este sueño.

A nuestra Tutora Lcda. Jessica Torrealba quien desde su amor nos orientó y se convirtió en nuestro guía en esta investigación, gracias por el apoyo, dedicación y la confianza puesta en nosotros.

A la Fundación Alimenta la Solidaridad Carabobo por permitirnos formar parte de la labor tan maravillosa que realizan, repartiendo amor en cada plato que preparan.

A SNC PHARMA C.A. por el apoyo logístico que nos brindaron, además por la colaboración al cedernos el uso de sus espacios y recursos a lo largo de esta investigación.

A todos nuestros amigos que fueron una motivación y apoyo, sin ustedes este trabajo no habría sido posible.

Nuestro más sincero agradecimiento para todos.

DEDICATORIA

A mis padres Naifi y Saadou por todo el apoyo incondicional que me brindaron para estar en el lugar donde estoy, a ti en especial mami que desde el cielo me das todas las fuerzas para seguir adelante y lograr ese sueño que tanto quieres, sé que esta alegría la compartimos juntos. Dedico a mis hermanos, sobrinos y a cada una de las personas que siempre me impulsaron a llegar a la meta teniendo siempre un mensaje positivo para mí. A mi tía querida Haifa Kuder por estar en todo momento y guiarme en este camino que ha sido largo, siempre has sido el bastón que me impulso con sus consejos y experiencia. Con mucho amor y cariño dedico a ustedes Alvany y Robsy por ser más que amigas, por ser mis hermanas, que en las buenas y en las malas estamos siempre el uno para el otro, sin ustedes nada de esto fuera posible. Con todo mi cariño para ustedes, Anuar Hamchou

A mis padres Álvaro y Anailse; que a pesar de todo lo que nos ha tocado vivir, desde la distancia nunca han dejado de guiarme, apoyarme e impulsarme; me han dado mis valores, mis principios y mi perseverancia para lograr todos mis objetivos. Esto es con mucho amor por y para ustedes. A mi esposo Julio, por ser mi pilar y apoyo incondicional en todo momento; has sido fundamental para lograr este objetivo, dándome ánimos cuando más los he necesitado. A mi hermano Aníbal, por ser quien me mostró lo bonito que es dedicarse al área de la salud. A mi hermano Alberto, por siempre apoyarme y estar presente. A Rocco; aunque ya no estés conmigo físicamente, fueron infinitas las horas que incondicionalmente estuviste a mi lado haciéndome compañía mientras estudiada. Y por último a mis compañeros Anuar y Robsy; sin ustedes este camino no hubiera sido tan bonito y divertido.

Con todo mi amor para ustedes, Alvany Padrón.

A mis padres, Fanny y Robert que a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento, depositando en mí su entera confianza sin dudar nunca de mis capacidades y siempre hacerme sentir que podía aún en los momentos más complicados. Es por ustedes que soy lo que soy ahora, esto es una pequeña retribución a todos sus sacrificios y a todo al amor que me entregan. A mis Hermanos Christian y Jeiro que aún en la distancia siempre estuvieron presentes en estén arduo camino. A mis sobrinos Glory, Gleí, Estefania y Matías por ser ese rayito de luz y felicidad en mi vida. A todos mis familiares que siempre fueron el apoyo y el impulso para seguir luchando por este sueño tan bonito. A Alvany y Anuar quienes formaron parte de este largo camino y que se convirtieron en mi pequeña familia, sin ustedes esta experiencia no habría tenido tanta diversión.

Para ustedes con todo mi amor, Robsanny Hinojosa

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue establecer la prevalencia de parasitosis intestinal, su relación con el nivel socioeconómico y las condiciones socio-sanitarias en niños de edad preescolar y escolar de la Fundación Alimenta la Solidaridad Carabobo Sede Mañonguito. Valencia- Edo Carabobo, entre Enero - Febrero del año 2020. Se realizó una investigación de tipo descriptivo y correlacional, la muestra estuvo constituida por 40 niños en edad preescolar y escolar. El procesamiento se llevó a cabo a través de tres técnicas: Método Directo con solución Salina y Lugol, Método de Kato y Coloración de Quenzel. Según los resultados obtenidos el 100% de la población resultó parasitada, teniendo predominio los niños en edad escolar (57,7%) niños en edad preescolar (42,5%). En cuanto a los parásitos que predominaron *Endolimax nana* 18 (45%), *Giardia intestinalis* 14 (35%), *Entamoeba coli* 11 niños (27,5%), *Iodamoeba bütschlii* 3 (7,5%), *Entamoeba histolytica/dispar* 2 (5%), *Entamoeba sp* con un total de un niño (2,5%), *Entamoeba histolytica* 1(2,5%), *Blastocystis sp* 26 niños (65%) y *Trichuris trichiura* 1 niño(2,5%). Se llegó a la conclusión que la falta de servicios básicos y las prácticas higiénicas inadecuadas son completamente condicionantes para la aparición de parasitosis intestinales, siendo la población más susceptible los niños en edades preescolares y escolares.

Palabras Clave: Parasitosis intestinales, Estratos Social, Condiciones Sociosanitarias

ABSTRAC

The purpose of this research was to establish the prevalence of intestinal parasitosis, its relationship with socioeconomic status and socio-sanitary conditions in preschool and school children of the Alimenta la Solidaridad Carabobo Sede Mañonguito Foundation. Valencia- Edo Carabobo, between January - February of the year 2020. Se carried out a descriptive and correlational research, the sample was constituted by 40 children of preschool and school age. The processing was carried out through three techniques: Direct Method with Saline and Lugol solution, Kato Method and Quenzel Coloration. According to the results obtained, 100% of the population was parasitized, with a predominance of school-age children (57.7%) preschool children (42.5%). As for the parasites that predominated *Endolimax nana* 18 (45%), *Giardia intestinalis* 14 (35%), *Entamoeba coli* 11 children (27.5%), *Iodamoeba bütschlii* 3 (7.5%), *Entamoeba histolytica/dispar* 2 (5%), *Entamoeba* sp with a total of one child (2.5%), *Entamoeba histolytica* 1 (2.5%), *Blastocystis* sp 26 children (65%) and *Trichuris trichiura* 1 child (2.5%). It was concluded that the lack of basic services and inadequate hygienic practices are completely conditioning factors for the appearance of intestinal parasitosis, with the population being the most susceptible to children of preschool and school age.

Keywords: Intestinal parasitosis, Social Strata, Sociosanitary Conditions

ÍNDICE

ÍNDICE.....	6
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
MATERIALES Y MÉTODOS	13
Diseño y tipo de investigación	13
Población y Muestra.....	13
Metodología	14
RESULTADOS	16
Tabla 1	16
Tabla 2	17
Tabla 3	18
Tabla 4	19
Tabla 5	21
Tabla 6	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7	24
Tabla 8	27
Tabla 9	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS.....	39
ANEXO A. Cuestionario Condiciones Sociosanitarias.....	41
ANEXO B. Cuestionario Graffar Méndez Castellano.	42
ANEXO C. Consentimiento Informado.....	43
ANEXO D. Manual de Recolección de la Muestra.	44

INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales son infecciones que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de helmintos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo. De acuerdo a la clasificación taxonómica los parásitos pueden dividirse en dos grandes grupos, los protozoos y los helmintos.¹

En referencia a la clasificación anterior dentro de los protozoos más comunes se encuentran *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica/dispar*, *Chilomastix mesnili*, *Entamoeba coli*, *Iodamoeba bütschlii*, *Dientamoeba fragilis* y *Endolimax nana*. Por otro lado, los helmintos más comunes son *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale*, *Strongyloides stercoralis*, *Himenolepis diminuta* e *Himenolepis nana*.^{1,2}

Resulta oportuno destacar que en la actualidad uno de los parásitos intestinales de mayor frecuencia en la población es el *Blastocystis sp*, dicho parásito es considerado como el único chromista causante de parasitosis intestinal en humanos.³

Sobre la base de las consideraciones anteriores, las enfermedades parasitarias intestinales constituyen una de las infecciones más comunes a nivel mundial y de mayor prevalencia en comunidades de bajos recursos de países en desarrollo.⁴ Los parásitos intestinales, ya sean unicelulares (protozoos) o pluricelulares (helmintos), producen una amplia gama de cuadros clínicos, lo que representa un importante problema de salud pública.⁵

En este orden de ideas La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que aproximadamente el 24% de la población mundial está infectada por parásitos intestinales transmitidos por el suelo, con mayor prevalencia en zonas geográficas menos favorecidas, donde además los niños en edad escolar son considerados epidemiológicamente como una población susceptible a las infecciones por parásitos intestinales, debido a la exposición constante a los factores de riesgo, tales como no usar calzado, jugar con tierra, consumir agua no potable y disponer de forma inadecuada la basura.⁶

En Venezuela, las tasas de prevalencia son variables, pero pueden ser particularmente altas en comunidades rurales e indígenas. Este tipo de poblaciones son particularmente vulnerables a la parasitosis intestinal, debido a diversos factores entre los que destacan: ubicación geográfica, bajo ingreso y condiciones precarias en su hábitat; estas carecen en muchos casos de un acceso adecuado a la educación, agua potable, alimentación y servicios de salud.

Existen hábitos que son heredados de generación en generación, como andar gran parte del tiempo descalzos en la tierra y consumir frutas directamente de los árboles o suelos sin que antes se laven las mismas. De igual forma, los niños tienen por lo general la costumbre de jugar con sus mascotas, pero no tienen el hábito de lavarse las manos con frecuencia o antes de consumir los alimentos, problemas que favorecen el incremento de las probabilidades para que los niños adquieran infecciones repetitivas por parásitos intestinales.

Es importante considerar que los niños sufren las consecuencias de las enfermedades infecciosas, las cuales en el caso del parasitismo intestinal

limitan el desarrollo físico y mental y pueden asociarse a anemia y desnutrición, por lo que se debe estar atento para detectar a tiempo este problema de salud en la población infantil.^{7, 8,9.}

Se han realizado estudios en países en vías de desarrollo que demuestran una estrecha relación entre la pobreza, las condiciones higiénicas limitantes y la alta frecuencia de parasitosis intestinal.^{10, 11.} En este sentido la evaluación de los aspectos socioeconómicos en comunidades, se hace estrictamente necesaria en virtud de establecer las causas en la prevalencia de la parasitosis intestinal, empleando diversos instrumentos entre los cuales se encuentra el método Graffar.

Dicha clasificación mencionada anteriormente es un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción de la madre, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento, es decir, nos ayuda a clasificar por estrato a cada familia.¹²

Por lo anteriormente expuesto se hace notar la importancia del estudio coproparásitológico en la población preescolar y escolar, por esta razón se realizó la presente investigación donde se determinó la prevalencia de parasitosis intestinal en niños de edad preescolar y escolar de la Fundación Alimenta la Solidaridad Carabobo sede Mañonguito, Valencia- Estado Carabobo; además de relacionar las condiciones socioeconómicas con la presencia de parasitosis intestinal, se consideraron como factores predisponente las condiciones socio-sanitarias de la población bajo estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la prevalencia de parasitosis intestinal, su relación con el nivel socioeconómico y las condiciones socio-sanitarias en niños de edad preescolar y escolar de la Fundación Alimenta la Solidaridad Carabobo Sede Mañonguito. Valencia- Edo Carabobo, entre Enero - Febrero del año 2020.

Objetivos Específicos

- Identificar los parásitos intestinales presentes en la muestra bajo estudio.
- Determinar la prevalencia de parasitosis intestinal según la edad y sexo.
- Detectar el nivel socioeconómico y las condiciones socio-sanitarias.
- Relacionar la prevalencia de parasitosis intestinal con el nivel socioeconómico y las condiciones socio-sanitarias de la muestra.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptivo y correlacional, debido a que permitirá tener un conocimiento de cómo se presenta el problema en estudio, de la población o parte de ella, la frecuencia con la que ocurre y quienes presentan las características a determinar. Además, es de campo y de corte transversal ya que está diseñado para medir la prevalencia de un resultado en un tiempo determinado en el cual se establece la proporción y/o frecuencia de las variables bajo estudio con respecto a la población.

En relación al diseño de la investigación, es de tipo no experimental debido a que se realizó sin manipular alguna de las variables, se observan los hechos tal y como ocurren en la naturaleza para luego analizarlos.¹³

Población y Muestra

La presente investigación contó como población todos los niños que forman parte de la fundación Alimenta La Solidaridad Carabobo Sede Mañonguito en el período comprendido entre Enero-Febrero del 2020. Por su parte, la muestra estuvo constituida por 40 niños en edad preescolar y escolar.

Metodología

Previo a la firma de un consentimiento informado se procedió a la entrevista dirigida a investigar las condiciones socio-sanitarias y socioeconómicas del niño y su familia.

La recolección de los datos se hizo a través de dos cuestionarios, el primero (Anexo A) dirigido a evaluar las condiciones socio-sanitarias de la vivienda tales como tipo de vivienda, piso de la vivienda, tipo de patio, disposición de excretas, calidad del agua que consumen, consumo de alimentos crudos y cocidos, hábitos de lavado de manos, donde se estableció una escala para un total de 10 puntos asignando al grupo familiar una categoría según los puntajes obtenidos; como se muestra a continuación:

CONDICION SOCIOSANITARIA	PUNTAJE
BUENA	8-10
REGULAR	7-4
INADECUADA	0-3

Por otro lado, el segundo cuestionario estaba destinado a recaudar los datos para clasificar la condición socioeconómica de la familia, para la misma se utilizó el Método de Graffar Méndez Castellano modificado, a través del cual se logra clasificar el estrato social de la familia luego de la sumatoria de puntos que generan las respuestas de los entrevistados. (Anexo B)

PUNTAJE	ESTRATO	DENOMINACION
4-6	I	ALTO
7-9	II	MEDIO ALTO
10-11-12	III	MEDIO BAJO
13-16	IV	POBREZA RELATIVA(OBRERO)
17-20	V	POBREZA CRITICA

Para garantizar la correcta recolección de la muestra además de explicar de manera verbal el procedimiento a los representantes de los niños se entregó junto al recolector estéril un formato explicativo con los pasos a seguir para la recolección y también la manera de identificar la muestra para su posterior entrega y procesamiento. (Anexos C y D)

El procesamiento se llevó a cabo a través de tres técnicas: Método Directo con solución Salina y Lugol, Método de Kato y Coloración de Quenzel. De igual forma, el análisis estadístico de cada uno de los datos se realizó con la ayuda de Statistics versión 8.0, el cual nos permitió determinar las frecuencias y porcentajes obtenidos; es importante mencionar que no se pudo establecer una estrategia estadística de correlación entre la prevalencia de parasitosis intestinal y el nivel socioeconómico y sociosanitario debido a que toda la muestra bajo estudio se encuentra parasitada, lo cual constituye un 100% de la misma.

RESULTADOS

Luego de finalizado el muestreo de los niños que forman parte de la fundación alimenta la solidaridad Carabobo, sede Mañonguito; la muestra estuvo representada por un total de 40 niños en edades comprendidas entre 2 y 12 años de ambos sexos, a los cuales se le realizaron estudios coproparasitológicos y se les aplicó una encuesta para evaluar las condiciones sociosanitarias y el estrato socioeconómico de los niños integrantes del estudio; obteniéndose los siguientes resultados.

Tabla 1 **Caracterización de la muestra de acuerdo a edad y sexo**

Edad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Preescolares (2-6 años)	7	17,5	10	25
Escolares (7-12 años)	14	35	9	22,5
Total	21	52,5	19	47,5

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla antes mencionada (tabla 1) podemos observar que la muestra estuvo representada por 21 niños que forman parte del sexo

femenino que representa el 52,5% y 19 niños que forman parte del sexo masculino que representa el 47,5%; a su vez podemos evidenciar que aquellos preescolares comprendidos en edades entre 2 y 6 años para el sexo femenino son 7 representando el 17,5% y para el sexo masculino son 10 representando el 25%, en este orden de ideas aquellos preescolares comprendidos en edades entre 7 y 12 años para el sexo femenino son 14 representando el 35% y para el sexo masculino son 9 representando el 22,5%

Tabla 2 Frecuencia de Parasitosis según edad de la muestra bajo estudio

Edad	Tipos de Parásitos	Frecuencia	%
Preescolares (2-6 años) 17 (42,5%)	Protozoarios	13	76,5
	Chromistas	13	76,5
	Helmintos	1	5,9
Escolares (7-12 años) 23 (57,5%)	Protozoarios	15	65,2
	Chromistas	13	56,5
	Helmintos	0	0

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla 2, observada anteriormente se destaca la frecuencia de parasitosis intestinal según la edad de la muestra bajo estudio, donde se obtuvo de la totalidad de la muestra que el 42,5% (17) están en edad preescolar, mientras que el 57,5% (23) están en edad escolar. Del grupo de escolares se obtuvo que el 76,5% de ellos está parasitado por protozoarios lo

que está representado por 13 niños, de igual forma el 76,5% estuvo parasitado por chromistas (*Blastocystis sp*) lo que se traduce en un total de 13 niños, en este grupo solo uno de los niños estuvo parasitado por Helminto lo que representa el 5,9%. En cuanto al grupo de los niños de edad escolar, el 65,2% resultó parasitado con protozoarios lo que estuvo representado por 15 de los niños, mientras que 13 niños resultaron parasitados por Chromistas (*Blastocystis sp*) lo que se traduce en un 56,5% de este grupo etario, en cuanto a este grupo de edades ninguno resulto parasitado por Helmintos.

Tabla 3 Frecuencia de parasitosis según sexo de la muestra bajo estudio

Sexo	Tipo de Parásito	Frecuencia	%
Femenino 22 (55%)	Protozoarios	15	68,2
	Chromistas	14	63,6
	Helmintos	1	4,5
Masculino 19 (47,5%)	Protozoarios	13	59,1
	Chromistas	12	54,5
	Helmintos	0	0

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla anterior se refleja la frecuencia de parasitosis intestinal según el sexo de la muestra bajo estudio; se observa que el sexo femenino estuvo representado por 21 niñas (55%), mientras que el sexo masculino por 19 niños (47,5%) de la muestra total. En cuanto a las niñas parasitadas; se obtuvo que 15 (68,2%) presentaron protozoarios, 14 niñas (63,6%) presentaron *Blastocystis sp* en cuanto a los helmintos solo una de ellas

resultado parasitada lo que representa el 4,5%. En relación a los niños un 59,1% (13) resultó parasitado por protozoarios, un 54, 5%(12) parasitado por *Blastocystis sp*, mientras que ninguno de ellos resultó parasitado por helmintos.

A su vez, dentro de los resultados obtenidos se refleja que el total niños poli parasitados se ubica en un 70% de la muestra, lo cual corresponde a 28 niños; mientras que el 30% de la muestra se encuentran monoparasitados y eso corresponde a un total de 12 niños. De igual forma se pudo obtener la prevalencia de parasitosis para cada una de las formas parasitarias encontradas de la siguiente manera: *Endolimax nana* con un total de 18 niños (45%), *Giardia intestinalis* con un total de 14 niños (35%), *Entamoeba coli* con un total de 11 niños (27,5%), *Iodamoeba bütschlii* con un total de 3 niños (7,5%), *Entamoeba histolytica/dispar* con un total de 2 niños (5%), *Entamoeba sp* con un total de un niño (2,5%), *Entamoeba histolytica* con un total de un niño (2,5%), *Blastocystis sp* con un total de 26 niños (65%) y *Trichuris trichiura* con un total de un niño(2,5%).

Tabla 4 Nivel socioeconómico según el método de Graffar Méndez Castellano modificado de la muestra bajo estudio.

Estrato	Frecuencia	%
I	0	0
II	0	0
III	14	35
IV	21	52,5
V	5	12,5
Total	40	100

Estrato I (De 04 a 06)	Estrato II (De 07 a 09)	Estrato III (De 10 a 12)	Estrato I V(De 13 a 16)	Estrato V (De 17 a 20)
---------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla 4 se puede observar la descripción de la estratificación socioeconómica de las familias de los niños que integran el estudio, donde se obtuvo que ninguna de las familias están dentro de los estratos I y II lo que representa un 0% en ambos casos , mientras que el Estrato III tiene un total de 14 familias lo que se traduce en un 35%, el Estrato IV con un total de 21 familias lo que representa el 52,5% y el Estrato V que está representado por 5 familias lo que se traduce en un 12,5%, esto permite identificar que la muestra bajo estudio está distribuida entre los Estratos III,IV y V respectivamente según la estratificación de Graffar.

**Tabla 5 Frecuencia de las Condiciones Sociosanitarias de la muestra
bajo estudio (Condiciones de Hábitat)**

	Frecuencia	%
Tipo de Vivienda		
Casa	32	80
Quinta	0	0
Rancho	8	20
Otro		0
Piso de la Vivienda		
Cemento	30	75
Baldosa	10	25
Tierra	0	0
Otro	0	0
Habitaciones que posee		
1	4	10
2	21	52,5
3	10	25
Más de 3	5	12,5
Personas que la habitan		
1	0	0
2	1	2,5
3	10	25
Más de 3	29	72,5
Posee Patio		
Si	23	57,5
No	17	42,5
Piso del Patio		
Cemento	10	25
Tierra	13	75
Depósito de Excretas		
Poceta	40	100
Letrinas	0	0
Huecos	0	0
Otros	0	0
Frecuencia de Limpieza de la vivienda		
Diario	36	90
Interdiario	4	10

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla 5 en cuanto a las condiciones socio-sanitarias específicamente señalando las condiciones de hábitat se puede observar que en cuanto al tipo de vivienda un 80% afirma vivir en casas lo que representa 32 familias mientras que 8 de las familias afirman vivir en ranchos lo que representa un 20%. En cuanto a las condiciones del piso de la vivienda; 30 de las familias afirman tener piso de cemento lo que se traduce en un 75%, mientras que 10 familias afirman tener pisos de baldosa lo que representa un 25%.

En relación con el número de habitaciones que poseen las viviendas se obtuvo que 4 familias (10%) poseen viviendas con 1 habitación, 21 familias (52,5%) poseen viviendas de 2 habitaciones, 10 familias (25%) poseen viviendas de 3 habitaciones y 5 familias (12,5%) poseen viviendas con más de 3 habitaciones. En lo que respecta a la cantidad de personas que habitan la vivienda; ninguna de las familias indica tener 1 integrante lo que representa el 0% de la muestra, 1 familia (2,5%) integrada por 2 personas, 10 familias (25%) integradas por 3 personas y 29 familias (72,5%) integradas por más de 3 personas.

Por otra parte, las familias que indicaron poseer patio en las viviendas fueron 57,5% de la muestra (23), mientras que aquellas que no poseen patio representan el 42,5% para un total de 17 familias; de estas 23 familias, 10 indicaron poseer patio de cemento (25%) mientras que las demás familias (13) indicaron poseer piso de tierra (75%). En relación a la disposición de excretas el 100% de la población (40) indicó poseer poceta. En último lugar se obtuvo la frecuencia de limpieza de la vivienda donde se observa que 36 de las familias, que se traduce en un 90% de la muestra indica hacer una limpieza diaria de su vivienda, mientras que 4 familias que representan el 10% indicaron hacer una limpieza interdiaria de sus viviendas.

Tabla 6. Frecuencia de las Condiciones Socio-Sanitarias de la muestra bajo estudio (Consumo de Alimentos y Agua)

	Frecuencia	%
Consumo de Agua		
Grifo	7	17,5
Potable	30	75
Tanque	0	0
Hervida	3	7,5
Filtrada	0	0
Agua Clorada	0	0
Consumo de Alimentos		
Cocidos	33	82,5
Crudos	7	17,5
Fritos	0	0
Sitio donde consume los alimentos		
Hogar		
Si	40	100
No	0	0
Total	40	100
Comedor		
Si	40	100
No	0	0
Total	40	100
Aseo de las manos de quien prepara los alimentos		
Antes de manipularlos		
Si	20	50
No	0	0
Total	20	50
Después de manipularlos		
Si	19	47,5
No	0	0
Total	19	47,5
Después de ir al baño		
Si	1	2,5
No	0	0
Total	1	2,5

Fuente : Datos Propios de la Investigación

Continuando con el estudio de las condiciones sanitarias de la muestra bajo estudio, en lo que se refiere al consumo de agua se indicó que un 75% (30) de la muestra consumen agua potable, un 17,5% (7) agua de grifo y un 7,5% (3) refirió consumir agua hervida. En relación al consumo de alimentos un 82,5% (33) indico que consumen alimentos cocidos con un porcentaje 17,5 % (7) para el consumo de alimentos crudos. En cuanto al lugar donde los niños consumen alimentos; 40 niños, lo que representa el 100% de la muestra; indicaron comer alimentos preparados en el comedor y de igual forma 40 niños (100%) consumen alimentos preparados en el hogar esto debido a que algunos de ellos consumen solo 1 comida preparada en el comedor mientras que las otras comidas que realiza en el día son preparadas en el hogar. En lo referido al aseo de las manos de quienes preparan los alimentos se obtuvo que 20 personas (50%) indicaron lavarse las manos antes de la manipulación de los mismos, 19 personas (47,5%) indicaron lavarse las manos después de la manipulación de los alimentos y solo 1 persona indico lavarse las manos después ir al baño lo que representa un 2,5% de la muestra bajo estudio.

Tabla 7 Frecuencia de las Condiciones Socio-Sanitarias de la muestra bajo estudio (Medidas de Higiene de los niños)

	Frecuencia	%
Lavado de Manos		
Antes de Comer		
Si	29	72,5
No	0	0
Total	29	72,5
Después de Comer		

Si	38	95
No	0	0
Total	38	95
Después de Ir al Baño		
Si	29	72,5
No	0	0
Total	29	72,5

Hábitos

Onicofagia		
Si	0	0
No	0	0
Total	0	0
Chupado de Dedos		
Si	3	7,5
No	0	0
Total	3	7,5
Geofagia		
Si	15	37,5
No	0	0
Total	15	37,5
Uñas Sucias		
Si	7	17,5
No	0	0
Total	7	17,5
Juego Con Mascotas		
Si	3	7,5
No	0	0
Total	3	7,5

Cambio de Ropa

Diario		
Si	40	100
No	0	0

Total	40	100
Interdiario		
Si	0	0
No	0	0
Total	0	0

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En lo que respecta a las medidas de higiene utilizadas por los niños, se tiene que 29 de ellos (72,5%) afirma lavarse las manos antes de comer mientras que 11 (27,5%) afirmó que no lo hace; un 95% afirmo lavarse las manos después de comer lo que se traduce en 38 de los niños, indicando entonces que 2 de ellos no se lava las manos después de comer y por otro lado, 29 indicaron lavarse las manos luego de ir al baño lo que representa el 72,5%, mientras que el 27,5% afirmo no hacerlo.

En relación con los hábitos que presenta los niños de la muestra bajo estudio, ninguno presento onicofagia, 3 manifestaron chuparse el dedo lo que representa el 7,5%, mientras que 15 de ellos (37,5%) presentan Geofagia, 7 presentan uñas sucias lo que representa el 17,5% y así mismo 3 de ellos (7.5%) afirman que juegan con mascotas. Por otro lado, en cuanto al cambio de ropa 40 de ellos respondieron que lo realizan de manera diaria lo que representa el 100% de la población tal como se puede observar en la tabla 7.

Tabla 8 **Sintomatología presentada en los niños**
de la muestra bajo estudio

Síntomas	Frecuencia	%
Prurito Anal	21	67,7
Intranquilidad	7	22,6
Bruxismo	7	22,6
Cólicos	3	9,7
Dolor Abdominal	11	35,5
Diarrea	11	35,5
Inapetencia	3	9,7

Fuente : Datos Propios de la Investigación

En la tabla 8 se observa la sintomatología que presentó la población bajo estudio, donde se obtuvo que 21 de ellos presentaron Prurito Anal (67,74%), 7 manifestaron Intranquilidad (22,6%), de igual manera 7 de ellos presentaron Bruxismo (22,6%), mientras que 11 de los niños que forman parte de la población bajo estudio presentaron Dolor Abdominal y Diarrea lo que representa 35,48% para cada uno de los síntomas, y 3 de ellos manifestaron tanto Cólicos como Inapetencia para un 9,67% respectivamente.

Tabla 9 **Distribución porcentual de la muestra
en cuanto a las condiciones sanitarias**

Condición Sanitaria	Frecuencia	%
Buena	11	27,5
Regular	26	65
Inadecuada	3	7,5

Fuente: Datos Propios de la Investigación

En relación a la distribución porcentual de las condiciones socio-sanitarias de la muestra bajo estudio, se observó que 11 de las familias (27,5%) que forman parte de la población tienen una condición socio-sanitaria buena, mientras que 26 de las familias (65%) tiene una condición Regular, así mismo solo 3 de las familias arrojo resultados para una condición socio-sanitaria Inadecuada representando un 7,5% de la población bajo estudio. Como se especificó anteriormente la escala incluye 3 categorías según el puntaje obtenido en la encuesta realizada donde de 0-3 puntos se tiene una condición socio-sanitaria Inadecuada, de 4-7 puntos Regular y de 8-10 puntos una condición socio-sanitaria Buena; como se puede observar en la tabla 9.

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud las parasitosis intestinales producidas por protozoarios y helmintos, afectan a más de 2 billones de personas a nivel mundial y constituyen un problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo que mantienen altas tasas de prevalencia debido a las deficientes condiciones de saneamiento ambiental, insuficiente educación sanitaria y a la falta de medidas de control y prevención adecuadas.¹⁴

Numerosos estudios realizados en países subdesarrollados han demostrado la relación que existe entre la pobreza y las condiciones higiénicas, limitaciones que se asocian a una alta frecuencia e intensidad de estas infecciones, siendo la población infantil la más susceptible debido a su inmadurez inmunológica y al poco desarrollo de hábitos higiénicos. La prevalencia de las parasitosis intestinales en Venezuela no se diferencia de las registradas en otros países latinoamericanos con características climáticas, condiciones de insalubridad y pobreza semejantes.¹⁵

Es importante resaltar y es de hacer notar que la totalidad de la muestra de esta investigación resultó parasitada, observando una mayor frecuencia de parasitosis por protozoarios tanto en las niñas como en los niños, teniendo en cuenta que el cromista *Blastocystis* sp. fue el de mayor relevancia, mientras que las parasitosis por helmintos estuvo presente en un porcentaje muy bajo de la población; obteniendo así resultados similares a los estudios realizados por Acurero et al¹⁶ donde la prevalencia de entero parásitos en la población estudiada fue de 4;1,9%, de éstos el mayor porcentaje

correspondió a *Blastocystis sp*, mientras que en un estudio realizado por Pérez¹⁷ este concluyó que la prevalencia de parasitosis por protozoarios estuvo representada en casi la totalidad de la muestra donde el parásito de mayor prevalencia fue *Blastocystis sp*, mientras que las infecciones parasitarias por helmintos se presentaron en una proporción más baja.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación se observó que predominó la parasitosis en el sexo femenino lo que coincide con la investigación realizada por Arenciba Sosa et al¹⁸ en 2013 donde prevaleció el sexo femenino y grupo de edad de cero a cuatro años en una población infantil venezolana.

Es importante destacar que dentro de la muestra bajo estudio se observó un predominio de poli parasitismo con un máximo de 4 especies por individuo, mientras que el monoparasitismo estuvo representado por el 30% de la muestra, hecho que es apoyado por la investigación de Ortiz et al¹⁹ en el año 2015 donde un porcentaje mayor se encontró poliparasitado y en una menor proporción se encontraron monoparasitados con el 77 % y 23 % respectivamente.

En relación a las especies parasitarias identificadas; los protozoarios presentes en mayor proporción fueron *Blastocystis sp*, *Endolimax nana*, *Giardia intestinalis* y *Entamoeba coli*. Lo cual se relaciona con los estudios realizados en 2015 por Nastasi Miranda²⁰ donde las especies más prevalentes fueron *Blastocystis sp*, *Entamoeba coli* y *Giardia intestinalis*; destacando también que las asociaciones parasitarias más frecuentes fueron *Blastocystis sp* con *Endolimax nana* y *Blastocystis sp* con *Entamoeba coli*.

De igual forma se observó la presencia de otras especies como *Entamoeba histolytica/dispar*, *Entamoeba sp*, *Entamoeba histolytica*, *Iodamoeba bütschlii* y *Trichuris trichiura*. Es de hacer notar que algunas de estas especies antes eran consideradas con poca relevancia clínica, ya que forman parte de la microbiota intestinal y pueden ser comensales, sin embargo numerosos estudios han demostrado que la manifestación clínica de signos y síntomas característicos de estas infecciones está íntimamente relacionado a la carga parasitaria de los pacientes, además de que su importancia radica en la epidemiología, ya que su presencia indica la contaminación fecal humana del agua y de los alimentos dentro de la comunidad.

Actualmente es fundamental el diagnóstico oportuno de parasitosis intestinal que permita evitar que se desencadene en estos individuos afectados el desarrollo de síntomas intestinales e incluso nutricionales que afecten el desarrollo normal especialmente en niños en edades preescolares y escolares y además garantizar el acceso a un tratamiento para mejorar su calidad de vida.²⁰

En lo que se refiere al nivel Socioeconómico de las familias que formaron parte de esta investigación está distribuida entre los Estratos III, IV y V según la estratificación de Graffar, lo que se traduce en Estrato medio bajo (III), Pobreza Relativa (IV) y Pobreza Crítica(V), lo que arroja resultados similares a un estudio realizado por Solano et al²¹ en el año 2014, en el sur de Valencia a preescolares, escolares y adolescentes en zonas urbanas con precarias condiciones de vida donde se encontró una prevalencia de 48,2% de parasitismo intestinal, sin predominio entre poliparasitismo o monoparasitismo; sin embargo sus resultados arrojaron prevalencia de

parasitosis en estratos socio-económicos bajos, dicha estratificación fue realizada con la escala de Graffar- Méndez Castellano donde prevaleció la presencia de protozoarios en el estrato social IV y helmintos en el estrato social V .

En frecuencia de las condiciones sociosanitarias y lo relacionado a las condiciones de habitad tenemos que un gran porcentaje indico vivir en casas, donde la mayoría de estas viviendas presentan patios de tierra, de igual forma hay un pequeño porcentaje indico que vive en ranchos. También es importante resaltar que la mayoría de estas familias viven en condiciones de hacinamiento, esto es importante resaltarlo ya que el factor de hacinamiento es un factor predisponente de parasitosis intestinal.²²

En referencia al consumo de alimentos y aguade la muestra en estudio, tenemos que casi en su totalidad afirmo consumir agua potable, en relación al lugar donde consumen los alimentos todos los integrantes del estudio afirman consumir alimentos en casa y en el comedor, esto debido a que el comedor no proporciona todas las comidas diarias. En lo referido al aseo de las manos de quienes preparan los alimentos y según los resultados obtenidos en las encuestas se debe resaltar que el aseo de manos no se realiza de manera correcta, de igual forma es importante destacar que es muy bajo el porcentaje que afirmó lavarse las manos luego de ir al baño, pudiendo comparar dichos resultados con el estudio de Martínez et al²³ donde se observó que un porcentaje muy bajo de la población de esa investigación realizaba un correcto aseo de manos previo a la manipulación de los alimentos y después de ir al baño.

A pesar de no estar incluidas dentro de las edades de interés en nuestra investigación se obtuvo que, 4 de las cocineras que forman parte de

la fundación resultaron parasitadas, cada una con al menos dos especies parasitarias, siendo un factor condicionante para todos aquellos que consumen los alimentos que estas preparan ya que ninguna afirmo lavarse las manos luego de ir al baño.

En relación con los hábitos que presentan los niños de la muestra bajo estudio manifiestan chuparse el dedo, mientras que en menor proporción presentan Geofagia, uñas sucias, y una proporción aún más baja afirman jugar con mascotas, Por otro lado en cuanto al cambio de ropa el realiza el cambio de manera diaria, estos resultados se asemejan a las conclusiones a las que llegaron Izzeddin et al²⁴ quienes observaron que dentro de las condiciones socio-sanitarias desfavorables predominaron, el contacto de los niños con tierra en un 70%, así como la presencia de animales en casa en un 85%, los cuales son factores importantes en la aparición de parasitosis intestinal especialmente en los niños.

Aunque no forma parte de los objetivos de nuestra investigación queríamos destacar la sintomatología presentada en los niños de la muestra bajo estudio, presentando de manera muy marcada purito anal, Intranquilidad y bruxismo, mientras que en menor porcentaje se manifestó el dolor abdominal y la diarrea como síntomas, es importante que estos signos y síntomas se presentaron previos al diagnóstico coproparásitológico, además es de hacer notar que la mayoría de los niños presentó bajo peso y talla, hecho que se relaciona con otras investigaciones realizada por Martínez et al²³ el dolor abdominal fue la principal manifestación clínica; seguido por el bruxismo y el purito anal.

Finalmente en relación a la categorización de las familias del presente estudio según la condición socio-sanitaria se obtuvo que las familias se

encuentran en su mayoría dentro de una condición sociosanitaria, donde predomina un limitado acceso a servicios básicos (agua potable, electricidad, gas, salud), hacinamiento, condiciones socioeconómicas desfavorables principalmente falta de empleo o bajos ingresos, pudiendo comparar con los resultados obtenidos por Cardona et al²⁵ quienes concluyen que las determinantes sociales para el desarrollo del parasitismo son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas, políticas que influyen en la calidad de la salud personal, las cuales incluyen categorías como la enseñanza, el empleo, el nivel y distribución de los ingresos, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria, la nutrición, la raza, el género y el estrés. Así mismo Nicholls²⁶ incluye dentro de los factores sociales determinantes de las parasitosis intestinales las deficientes condiciones de la vivienda, la falta de acceso a agua potable, la higiene inadecuada, los bajos ingresos, la educación deficiente y las barreras de acceso a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Las parasitosis intestinales se consideran una enfermedad de salud pública, donde los factores predisponentes de contagio están condicionados por el estrato económico, condiciones de vivienda e higiene; además del acceso a los servicios de agua potable, desecho de excretas y hábitos higiénicos básicos, como el lavado de manos y la correcta preparación de los alimentos.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando a lo largo de esta investigación y sustentándose en los resultados, se obtuvo que la prevalencia de parasitosis intestinal esté representada por el 100% de la población evaluada.

En este mismo orden de ideas se puede concluir que prevaleció el sexo femenino sobre el masculino, de igual forma en las especies parasitarias encontradas prevalecieron los protozoarios y el chromista *Blastocystis* sp.porencima de los Helmintos.

Teniendo en cuenta todos los factores anteriormente mencionados y según resultados obtenidos en la investigación donde se logró categorizar a las familias según sus condiciones sociosanitarias y socioeconómicas; hecho que nos permitió conocer en líneas generales los aspectos que los hacen ser más vulnerables a las parasitosis intestinales, por lo que finalmente se llegó a la conclusión que la falta de servicios básicos y las prácticas higiénicas inadecuadas son completamente condicionantes para la aparición de parasitosis intestinales, siendo la población más susceptible los niños en edades preescolares y escolares tal y como obtuvimos a lo largo de están investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clínica universidad de Navarra. Diccionario médico. [Internet] Universidad de Navarra, Madrid, España. [Actualizado 14 Abr 2018; citado 08 Jul 2019] disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/helminto>.
2. Girard R. Manual de parasitología; Técnicas para Laboratorios de Atención Primaria de Salud y para el Diagnóstico de las enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. Tercera edición. Universidad nacional autónoma de Honduras. 1996. [actualizado 2014; citado 2019 Jun 11]

3. Devera R, Cordero A, Uzcategui Y, Blanco Y, Amaya I, et al. Blastocistosis en niños y adolescentes de una comunidad indígena del estado Bolívar, Venezuela. 2016
4. Organización mundial de la salud (OMS). Control de enfermedades tropicales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1998; pág. 201.
5. Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas. Medellín: Ed. Rojo. 2003; pág.506
6. Hagel I, Salgado A, Rodríguez O, Ortiz D, Hurtado M, Puccio F. Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales. Venezuela.Gac Med Caracas 2001; 1: 82-90.
7. Barón M, Solano L, Concepción Páez M, Pabón M. Estado nutricional de hierro y parasitosis intestinal en niños de Valencia, estado Carabobo, Venezuela. An Venez Nutr 2007; 20:5-11.
8. Solano L, Acuña I, Barón M, De Salim A, Sánchez A. Influencia de las parasitosis intestinales y otros antecedentes infecciosos sobre el estado nutricional antropométrico de niños en situación de pobreza. Parasitol Latinoam 2008; 63:12-19.
9. Guevara MJ. Parasitismo intestinal en niños y niñas de 2 a 11 años que se atienden en el hospital Girón-Azuay. [tesis] Cuenca, Ecuador 2018.
10. Guevara Y, De Haro I, Cabrera M, De la Torre G y Salazar P. Enteroparasitosis en poblaciones indígenas y mestizas de la Sierra de Nayarit, México. Parasitol. Latinoam 2003; pag.58, 30-34.
11. Rivero Z, Díaz I, Acurero E, Camacho M, Medina M y Ríos L. Prevalencia de Parasitosis Intestinales en escolares de 5 a 10 años de un Instituto del Municipio Maracaibo. Estado Zulia-Venezuela. Kasmera 2001; pag.29, 153-70.
12. Barrios Cisneros. "Escala De Estratificación Social De Graffar".

13. Gómez, M. M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. [Internet]. 2006 Ene [citado 2020 Mar 28]
14. Figuera Lourdes, Kalale Heidi, Marchán Edgar. Relación entre la helmintiasis intestinal y el estado nutricional-hematológico en niños de una escuela rural en el estado Sucre, Venezuela. Kasmera [Internet]. 2006 Ene [citado 2020 Mar 28]; 34(1): 14-24.
15. Ledezma A, Fernández G. Enteroparasitosis: Factores predisponentes en la población infantil de la ciudad de Resistencia. Rev Argentina de Pediatría. 2004; 8(2):9-17. Prevalencia y factores asociados a parasitosis intestinales en escolares y su grupo familiar, municipio francisco linares alcantara estado aragua, venezuela, 2014
16. Acurero de Yamarte Ellen Mabel, Calchi La Corte Marinella, Merchán Jiménez Flor María, Useche Patricia Elena. Prevalencia de Blastocystis sp. en preescolares y escolares del municipio Maracaibo, Venezuela. Rev. Soc. Ven. Microbiol. [Internet]. 2013 Dic [citado 2021 Feb 15]; 33(2): 146-150.
17. Prevalencia y factores asociados a parasitosis intestinales en escolares y su grupo familiar, municipio francisco linares alcantara, estado Aragua, Venezuela, 2014 Autora: Kerly Pérez Parra
18. Arencibia Sosa Heriberto, Lobaina Lafita José Luis, Terán Guardia Carlos, Legrá Rodríguez Rafael, Arencibia Aquino Aylin. Parasitismo intestinal en una población infantil venezolana. MEDISAN [Internet]. 2013 mayo [citado 2020 Abr 8]; 17(5): 742-748.
19. Ortiz Vázquez Daily, Figueroa Sarmiento Lorena, Hernández Roca Cristina Victoria, Elizabeth Veloz Verónica, Jimbo Jimbo Mónica Eulalia. Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinal en niños. Comunidad "Pepita de Oro". Ecuador. 2015-2016. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Feb 28]; 40(2): 249-257.

20. Nastasi Miranda José Antonio. PREVALENCIA DE PARASITOSIS INTESTINALES EN UNIDADES EDUCATIVAS DE CIUDAD BOLÍVAR, VENEZUELA. Rev Cuid [Internet]. 2015 July [cited 2022 Feb 27]; 6(2): 1077-1084.
21. Solano R Liseti, Acuña G Irama, Barón María A, Morón de Salim Alba, Sánchez J Armando. Asociación entre pobreza e infestación parasitaria intestinal en preescolares, escolares y adolescentes del sur de Valencia estado Carabobo-Venezuela. Kasmera [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Feb 28]; 36(2): 137-147.
22. Solano R Liseti, Acuña G Irama, Barón María A, Morón de Salim Alba, Sánchez J Armando. Asociación entre pobreza e infestación parasitaria intestinal en preescolares, escolares y adolescentes del sur de Valencia estado Carabobo-Venezuela. Kasmera [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Mar 14]; 36(2): 137-147.
23. Pérez Martínez C, Rodríguez Toribio A, Ordóñez Álvarez LY, Corrales Aguilar V, Fleita Rodríguez A. Parasitismo intestinal en población de 1 a 10 años. Univ Méd Pinareña. 2019 [citado 2022 Feb 28]; 15(1): 29-37.
24. Izzeddin N, Hincapié L. Frecuencia de parasitosis intestinal y su relación con las condiciones socio-sanitarias en niños con edades comprendidas entre 1 y 7 años del sector la pocaterra. Rev Venezolana Salud Publica 2015 [citado 2022 Feb 28] 3(1): 9-14
25. Cardona-Arias JA. Determinantes sociales del parasitismo intestinal, la desnutrición y la anemia: revisión sistemática. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 28]; 41: e143.
26. Nicholls S. Parasitismo intestinal y su relación con el saneamiento ambiental y las condiciones sociales en Latinoamérica y el Caribe. Biomédica [Internet]. 2016 Dec [citado 2022 Feb 28]; 36(4): 496-497.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIOANÁLISIS



DPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Nombre: _____

Nro de Teléfono: _____

CUESTIONARIO: CONDICIONES SOCIO-SANITARIAS

El presente cuestionario se presenta como instrumento de recolección de datos de la investigación titulada **PARASITOSIS INTESITAL EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR DE LA FUNDACIÓN ALIMENTA LA SOLIDARIDAD CARABOBO SEDE MAÑONGUITO, VALENCIA - ESTADO CARABOBO**; por lo cual agradecemos su colaboración y sinceridad al completarlo.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Y EN LAS PREGUNTAS ABIERTAS RESPONDA:

- 1) Tipo de Vivienda: Casa _____ Quinta _____ Rancho _____ Otro _____
- 2) Piso de la Vivienda: Cemento _____ Baldosa _____ Tierra _____ Otro _____
- 3) Cantidad de habitaciones que posee la vivienda

1 _____ 2 _____ 3 _____ más de 3 _____

- 4) Cantidad de personas que habitan en la misma
- 5) 1 _____ 2 _____ 3 _____ más de 3 _____
- 6) ¿Posee Patio? Sí _____ No _____
- 7) ¿Cómo es el piso del patio? Cemento _____ Tierra _____ Otro _____
- 8) Depósito de Excretas: Poceta _____ Letrinas _____ Huacos _____ Otro _____
- 9) Tipo de agua que se consume en el hogar: Grifo _____ Tanque _____ Potable _____ Hervida _____ Filtrada _____ Agua clorada _____
- 10) En caso de consumir agua hervida señale:

Tiempo de Ebullición:

- 11) En caso de consumir agua clorada señale:

Cantidad de gotas por litro de agua _____

- 12) Consumo de alimentos (general): Crudos _____ Sancochados _____ Cocidos _____ Fritos _____ Otros _____
- 13) Consumo de Vegetales: Cocidos _____ Crudos _____ Lavados _____ Sin Lavar _____
- 14) Consumo de Frutas: Lavadas _____ Sin Lavar _____
- 15) Los Alimentos que ingiere su representado frecuentemente son provenientes de:
Hogar _____ Comedor _____ Otros _____
Explique: _____

- 16) ¿Su hijo (a) ha presentado en los últimos meses los siguientes síntomas?

Prurito anal _____ Intranquilidad _____ Bruxismo _____ Cólicos _____
Dolor Abdominal _____ Diarrea _____ Inapetencia _____

- 17) ¿Su hijo presenta los siguientes hábitos?

Onicofagia _____ Chapado de dedo _____ Geofagia _____ Uñas sucias _____
Jugar con mascotas _____ Lavados de manos antes de comer _____
Lavados de manos después de comer _____ Lavado de manos después de defecar _____

- 18) Frecuencia de limpieza de la vivienda

Diario _____ Interdiario _____

- 19) Frecuencia de cambio de ropa del niño (a)

Diario _____ Interdiario _____

- 20) Aseo de las manos (persona que prepara la comida):

Antes del Consumo y Manipulación de Alimentos _____
Después del Consumo y Manipulación de Alimentos _____
Después de ir al baño _____

EN CUANTO AL PERSONAL QUE LABORA EN LA FUNDACIÓN

- 21) Tipo de agua con la que se preparan los alimentos:

Grifo _____ Tanque _____ Potable _____ Hervida _____ Filtrada _____ Agua clorada _____

- 22) En caso de utilizar agua hervida señale: Tiempo de Ebullición: _____

- 23) En caso de utilizar agua clorada señale:

Cantidad de gotas por litro de agua _____

- 24) En cuanto a los alimentos administrados a los niños, los mismos son:

Crudos _____ Sancochados _____ Cocidos _____ Fritos _____ Otros _____

- 25) Administración de Vegetales:

Cocidos _____ Crudos _____ (Lavados _____ Sin Lavar _____)

- 26) Administración de Frutas: Lavadas _____ Sin Lavar _____

- 27) ¿Usted ha presentado en los últimos meses los siguientes síntomas?

Prurito anal _____ Intranquilidad _____ Bruxismo _____ Cólicos _____
Dolor Abdominal _____ Diarrea _____ Inapetencia _____

- 28) Aseo de las manos:

Antes de la Manipulación de los Alimentos _____
Después de la Manipulación de Alimentos _____
Después de ir al baño _____

- 29) A manera informativa: ¿Usted ha presentado diagnóstico de parasitosis intestinal en alguna oportunidad? Relate

ANEXO A. Cuestionario Condiciones Sociosanitarias.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIOANÁLISIS



DPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Nombre: _____ No de Teléfono: _____

V₀₁: Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Femenino

V₀₂: Edad: _____ años cumplidos

V₀₃: Lugar de Nacimiento:

- (1) Distrito Capital
- (2) Resto del País
- (3) Fuera del País

V₀₄: Estado Civil:

- (1) Soltero
- (2) Casado
- (3) Unido
- (4) Divorciado
- (5) Viudo

V₀₅: Calificación Promedio de Bachillerato (sin decimales):

_____ptos.

V₀₆: Tipo de Institución donde Obtuvo Título de Bachiller:

- (1) Pública
- (2) Privada
- (3) Semi-Privada (subsidiada)

V₀₇: Año de Graduación (últimos dos dígitos): _____

V₀₈: Rama de Educación Media que Cursó:

- (1) Ciencias
- (2) Humanidades
- (3) Ciencias y Humanidades
- (4) Otra (especifique): _____

V₀₉: Jefe de Familia:

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Hermanos u Otros Familiares
- (4) Cónyuge o Pareja
- (5) Usted
- (6) Otro (especifique): _____

V₁₀: Profesión del Jefe de Familia (ver al dorso):

- (1) Universitaria
- (2) Técnica Superior
- (3) Empleado sin Profesión Universitaria
- (4) Obrero Especializado
- (5) Obrero no Especializado

V₁₁: Nivel de Instrucción de la Madre (ver al dorso):

- (1) Universitaria
- (2) Secundaria Completa o Técnica Superior Completa
- (3) Secundaria Incompleta
- (4) Primaria o Alfabeto
- (5) Analfabeta

V₁₂: Principal Fuente de Ingreso de la Familia (ver al dorso):

- (1) Fortuna Heredada o Adquirida
- (2) Honorarios profesionales
- (3) Sueldo Mensual
- (4) Sueldo Semanal
- (5) Donaciones

V₁₃: Ingreso Familiar Mensual (aproximadamente):

_____ (Bs .F.)

V₁₄: Condiciones de la Vivienda (ver al dorso):

- (1) Óptimas con Gran Lujos
- (2) Óptimas con Lujos sin Exceso
- (3) Buenas Condiciones Sanitarias
- (4) Condiciones Sanitarias Deficientes
- (5) Condiciones Sanitarias Marcadamente Inadecuadas

V₁₅: Tenencia de la Vivienda donde Habita el Grupo Familiar:

- (1) Propia Totalmente Pagada
- (2) Propia Pagándose
- (3) Alquilada con Opción a Compra
- (4) Alquilada
- (5) Prestada, Al Cuido o Invasión

V₁₆: Cantidad de Integrantes del Grupo Familiar (incluido Ud.):

V₁₇: Medio de Transporte empleado para llegar a la Universidad (último utilizado):

- (1) Metro
- (2) Transporte Universitario
- (3) Por Puesto
- (4) Vehículos Particulares (padres, amigos)
- (5) Vehículo Propio
- (6) Ninguno

V₁₈: Tiempo Aproximado en minutos que Invierte en un día para

Trasladarse a la Universidad (ida y vuelta): _____

V₁₉: ¿Trabaja Ud.?:

- (1) No
- (2) Fijo (Ir a V₂₁)
- (3) Por Contrato (Ir a V₂₁)
- (4) Por Cuenta Propia (Ir a V₂₁)
- (5) A Destajo (Ir a V₂₁)

V₂₀: En Caso de no Trabajar, Ud. depende de:

- (1) Aporte de los Padres
- (2) Beca
- (3) Crédito Educativo
- (4) Pasantía Remunerada
- (5) Hermanos u Otros Familiares
- (6) Cónyuge o Pareja
- (7) Contribuciones Particulares (amigos, etc.)
- (8) No Aplica

V₂₁: Diga la Razón Más Importante por la Cual se Inscribió en la Escuela:

- (1) Por el Horario
- (2) Por la Familia
- (3) Por Vocación
- (4) Por Experiencia Laboral
- (5) Por Decisión del CNU
- (6) Por Equivocación
- (7) Por Recomendación
- (8) Por Demanda del Mercado Laboral
- (9) Por Prueba Interna
- (10) No Sabe
- (11) Otra (especifique): _____

V₂₂: Estrato Social (Según Método Graffar-Méndez Castellano):

- (1) I
- (2) II
- (3) III
- (4) IV
- (5) V

ANEXO B. Cuestionario Graffar Méndez Castellano.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIOANÁLISIS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS CLÍNICOS



Consentimiento:

Yo _____ portador de la C.I. _____, representante de _____ de _____ años de edad, después de tener conocimiento de las características de la investigación, declaro estar de acuerdo con que mi hijo (a) participe en la misma.



Nombre y Firma de los autores _____

Firma del Participante: _____

Responsable de la investigación:

Tutor: **Lcda. Jessica Torrealba** _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIOANÁLISIS



ANEXO C Consentimiento Informado.

MANUAL DE RECOLECCION DE LA MUESTRA

1. Lávese las manos con agua y jabón antes de iniciar la recolección de muestras de heces (o materia fecal).
2. Escriba el nombre completo del paciente, la fecha y hora de recolección de la muestra en la parte exterior del recolector de heces previamente entregado. Use letra de molde legible.
3. Antes de usar al baño, levante la tapa del inodoro y coloque un pedazo de papel de cera o envoltura de plástico sobre la taza del inodoro que esté asegurado con cinta adhesiva para evitar que la muestra caiga en la taza del inodoro.
4. Presione sobre el centro la envoltura de plástico o papel de cera con el fin de generar una hendidura esto va a facilitar la recolección de la muestra. Baje la tapa del inodoro y proceda a la expulsión de heces (muestra de heces). No expulse la muestra en el inodoro. No se debe orinar en la muestra. No pase (o expulse) la muestra directamente en el recolector.
5. Use la cuchara incorporada a la tapa del recolector para transferir pequeñas muestras de las áreas que aparecen con sangre, viscosas o acuosas. Si la muestra es sólida, tome muestras de los dos extremos y del centro.
6. Cierre el recolector asegurándose de que quede muy bien sellado.
7. Asegúrese de que el nombre del paciente y la fecha de la recolección se encuentren en la parte exterior del recolector de heces.
8. Coloque el recolector en una bolsa de plástico y ciérrela, para su transporte.
9. Deseche el resto de las heces en el inodoro y deseche la envoltura de plástico sucia.
10. Lávese bien las manos con agua y jabón.
11. Entregue la bolsa con el recolector de heces tan pronto como sea posible dentro de las 24 horas de su recolección.

ANEXO D. Manual de Recolección de la Muestra.