



**Grado en Enfermería**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Educación para la salud y prevención  
infecto-contagiosa en el campo de  
refugiados de Zaatari.***

Alumno: Carlos Nieto Páez

Tutor: Jesús Morente López

**Madrid, Mayo de 2016**

# Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción .....	5
3. Estado de la cuestión.....	6
3.1 Contexto socioeconómico, geopolítico y religioso.....	6
3.2 Campo de refugiados de Zaatari .....	9
3.3 Descripción de las enfermedades infecciosas diana .....	16
3.3.1 Diarrea aguda .....	16
3.3.2 Infecciones respiratorias agudas.....	19
3.3.3 Leishmaniasis.....	21
3.4 Educación para la salud en el marco comunitario. ....	23
3.5 ACNUR y los agentes de salud comunitaria. ....	25
4. Justificación .....	28
4.1 Epidemiología en Zaatari.....	28
4.2 Efectividad de la educación para la salud en el marco comunitario.....	30
5. Población diana y captación.....	34
5.1 Población diana .....	34
5.2 Captación.....	35
6. Objetivos.....	38
6.1 Objetivos generales .....	38
6.2 Objetivos específicos.....	38
7. Contenidos .....	39
8. Sesiones.....	40
8.1 Planificación general .....	40
8.2 Primera sesión .....	41
8.3 Segunda sesión.....	42
8.4 Tercera sesión .....	43
8.5 Cuarta sesión .....	44
9. Evaluación.....	45
9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	45
9.2 Evaluación de resultados.....	46
10. Anexos .....	48
11. Bibliografía.....	59

# 1. Resumen

Las enfermedades infecciosas suponen un gran problema en los campos de refugiados, tanto por su morbi/mortalidad como por su potencial epidémico. La falta de infraestructuras y personal sanitario, el hacinamiento y la insalubridad hacen que sean el caldo de cultivo perfecto para las enfermedades infecciosas.

A consecuencia de la guerra civil siria el número de personas que viven en campos de refugiados de la región ha aumentado de forma exponencial y debido al corto recorrido temporal de estos campos no existen demasiados precedentes sobre trabajos contextualizados en la zona, por lo que se ha decidido elegir el campo de refugiados de Zaatari situado en Jordania.

Respecto a la metodología se ha decidido optar por un proyecto educativo basado en la educación para la salud en el marco comunitario con el objetivo de modificar y en última instancia reducir los comportamientos y actitudes que favorecen la transmisión de estas enfermedades infecciosas con mayor incidencia en Zaatari (infecciones respiratorias, diarrea aguda y leishmaniasis) combinando un adecuado estudio sociocultural, político y epidemiológico de los refugiados y de su contexto con la enseñanza de los principales conocimientos y habilidades para el combate y la interrupción de la cadena de transmisión de estas enfermedades infecciosas diana.

La estrategia irá enfocada a instruir a agentes de salud comunitaria que forman parte de la comunidad (profesores, líderes sociales y tribales) para que potencien y transmitan estos conocimientos y habilidades al resto de la población refugiada y que actúen como mediadores culturales.

**Palabras clave:** educación para la salud, campo de refugiados, prevención infecto-contagiosa, agentes de salud comunitaria, leishmaniasis, diarrea aguda, infecciones respiratorias.

## **Abstract**

Infectious diseases are a major problem in refugee camps, both by their morbidity / mortality and their epidemic potential. The lack of infrastructure and health personnel, overcrowding and unsanitary conditions make them the perfect breeding ground for infectious diseases.

As a result of the Syrian Civil War the number of people living in refugee camps in the region has increased exponentially and due to the short time of these camps there are not many precedents of works done in the area, so It has decided to choose the Zaatari refugee camp located in Jordan.

Regarding the methodology has been decided to opt for an educational project based on health education in the community framework with the aim of modifying and ultimately reduce the behaviors and attitudes that favor the transmission of these infectious diseases with the highest incidence in Zaatari (respiratory infections, acute diarrhea and leishmaniasis) combining an adequate socio-cultural, political and epidemiological study of refugees and their context with the teaching of key knowledge and skills to combat and interrupting the chain of transmission of these infectious diseases target .

The strategy will be focused on educating community health workers who are part of the community (teachers, social and tribal leaders) to enhance and transmit this knowledge and skills to the rest of the refugee population and act as cultural mediators.

Keywords: health education, refugee camp, preventing contagious, community health workers, leishmaniasis, acute diarrhea, respiratory infections.

## 2. Introducción

La elaboración de este proyecto educativo surge fruto de mi preocupación acerca del estado en que se encuentran la población siria refugiada y la reflexión de como colaborar desde la enfermería para mejorar dicha realidad. Debido a la novedosa situación de estos refugiados sirios (con características socioculturales y epidemiológicas propias) prácticamente no existen ejemplos de un proyecto educativo de estas características por lo que opino que es necesario profundizar en este tema desde la perspectiva enfermera para mejorar el conocimiento y la actuación en este ámbito.

Desde hace más de 5 años se está desarrollando una guerra civil en Siria de consecuencias catastróficas. Cientos de miles de personas han resultado muertas o heridas mientras que el número de desplazados se cuenta por millones. Se ha producido un aumento exponencial de las personas que viven en campos de refugiados de los países vecinos como Zaatari, donde subsisten con medios rudimentarios y expuestos a multitud de peligros. La propagación de enfermedades infecciosas en este medio es habitual y potencialmente muy dañina debido al volumen de refugiados en Zaatari y al peligro epidémico, por lo que he decidido elegir este campo a fin analizar e intentar evitar esta transmisión. La elección de un proyecto educativo para trabajar en este ámbito surge del enorme potencial de la educación para la salud a la hora de modificar las conductas o hábitos que favorezcan esta transmisión a nivel de toda la comunidad. En un sentido más amplio, la educación para la salud es un medio más que adecuado y legítimo para la enfermería ya que combina algunas de las mejores cualidades que puede aportar esta profesión (trato directo con las personas y la comunidad, visión holística que aúna las ciencias sociales y de la salud, coste-beneficio elevado y aportación de conocimientos e instrucción a la población para que logre mejoras en su propia salud y autonomía).

El cuidado es un acto indispensable para la condición enfermera y consiste en ayudar a ser, no imponiendo la visión propia, sino velando para que el otro sea desde su singularidad. Este concepto también se puede extrapolar al ámbito comunitario y la educación para la salud es el medio idóneo para llevarlo a cabo. La enfermería debe adaptarse a la cultura y hábitos del lugar y aportar lo necesario para que la comunidad logre la mayor autonomía posible y una mejoría en su estado de salud.

### **3. Estado de la cuestión**

Para realizar un proyecto educativo de forma contextualizada y efectiva es necesario conocer previamente todas las variables y factores que influyen en su elaboración y desarrollo. Esta sección pretende mostrar todas esas variables de forma holística además de mostrar los conocimientos e informaciones más actuales en los diferentes campos elegidos.

Los puntos principales a tratar serán: contexto socioeconómico, geopolítico y religioso de la guerra civil en Siria, características del campo de refugiados de Zaatari, descripción de las enfermedades infecciosas diana, definición y modelos de educación para la salud en el marco comunitario y el papel de ACNUR y los agentes de salud comunitarios.

#### **3.1 Contexto socioeconómico, geopolítico y religioso**

La República Árabe Siria es un país situado en Oriente Medio con una población de 22.157.800 personas y una densidad de población de 118,3 habitantes por km<sup>2</sup> (1). Se trata de una república unitaria semipresidencialista que limita geográficamente con Turquía al norte, Irak al este, Jordania al sur y el mar Mediterráneo y Líbano al oeste. Las regiones del oeste tienden a ser más húmedas y a concentrar la mayor parte de la población mientras que las regiones del este están menos densamente pobladas debido a las duras condiciones del desierto sirio.

La población siria se caracteriza por una estructura de edad joven (58% menores de 24 años) que viene acompañado con un importante descenso de la tasa global de fecundidad en el periodo 2000-2010 (de 3,6 a 2,9) y de la mortalidad (en el mismo periodo, las tasas de mortalidad infantil se redujeron en casi un tercio mientras que la tasa de mortalidad en adultos cayó de 98,5 a 75,3 por cada 1.000 habitantes) debido a la mejora de los servicios sanitarios y a las campañas de vacunación (2).

Este patrón es típico de una transición demográfica en su fase final donde los índices de natalidad descienden motivado por factores como el acceso a la contracepción, la incorporación de la mujer a la educación y al mercado laboral, el proceso de urbanización y la sustitución de la agricultura de subsistencia por la agricultura de mercado. Además la importancia de las enfermedades infecciosas se está reduciendo en contraste con las enfermedades crónicas y no comunicables propias de países desarrollados.

El PIB de Siria en 2009 se situó en 56.300 millones dólares, siendo la industria petrolífera, la agricultura y el turismo las principales fuentes de riqueza. El PIB per cápita se situó en los 2.750 dólares, cifra que se duplicó entre los años 2000 y 2010 (2). Paradójicamente, el desempleo entre los jóvenes aumentó considerablemente durante el mismo período (48% en 2011, cinco veces más que en el 2000) (3), lo que combinado con una gran desigualdad económica ha sido uno de los factores que propiciaron las revueltas de 2011.

La situación de la educación mejoró en el mismo período pero la desigualdad de género continuó (las mujeres sufren un analfabetismo del 22% mientras que los hombres únicamente de un 10%) (2).

La importante situación geográfica de Siria, a medio camino entre Europa y Asia y con salida al Mediterráneo ha definido la historia de Siria y su heterogénea composición étnica y religiosa. Siempre ha sido una zona en disputa y numerosos imperios han ocupado su territorio desde hace más de 2.000 años.

Siria se sitúa en un cruce de civilizaciones que la ha dotado de características religiosas y etnográficas únicas. Existen 2 principales grupos lingüísticos en Siria que se asocian con las etnias más importantes; la árabe, con aproximadamente un 90% de la población y la kurda con un 10%. Además existen varias etnias minoritarias como la turca, la armenia o la asiria (4).

Respecto a la religión la composición es completamente heterogénea; alrededor del 85% de la población procesa el islam, divididos entre aproximadamente un 65% la rama sunní y un 20% la rama chií, que a su vez se divide a la mitad entre alauíes (la corriente sincrética que siguen la mayoría de dirigentes del régimen) y duodecimistas, una rama chií cercana a Irán. También existen importantes minorías cristianas (católicos maronitas y ortodoxos griegos de Antioquía representan el 12% de la población) y el 3% restante lo integrarían los drusos, una comunidad monoteísta y cercana al agnosticismo y al neoplatonismo (4).

En 2011 como resultado de la primavera árabe se produjo una revuelta democrática de carácter sunní que, ante la represión del gobierno, se expandió por todo el país. Debido a la situación geoestratégica de Siria varias fuerzas externas intervinieron para lograr sus objetivos en la región; Rusia apoya al régimen debido a su relación histórica con Moscú mientras que Estados Unidos apoya a los rebeldes para intentar situar un gobierno más cercano a sus políticas. A su vez existe un enorme conflicto religioso sunní-chií, donde Arabia Saudí intenta fomentar su visión conservadora e intolerante del islam (hanbalí) frente a otras visiones sunnís más moderadas como la hanafí o safí que dominan en Siria mientras que Irán apoya al régimen alauita (una rama del chiismo) (5).

Todo este equilibrio de fuerzas ha ocasionado que la guerra se haya alargado y cronificado, creando una situación desastrosa para la población siria.

Desde un punto de vista socioeconómico, demográfico y sanitario Siria ha pasado de ser un país de índice de desarrollo humano medio a un estado fallido con la economía y las infraestructuras destruidas. Algunos datos son muy reveladores:

- La esperanza de vida de los hombres era en 2011 de 73 años mientras que en la mujer era de unos 77 años (6). En 2013 esta cifra se había reducido a 62 años en el caso de los hombres y a 76 en las mujeres. Esta cifra muestra la terrible mortalidad que produce la guerra sobre todo en la población masculina (hasta agosto de 2014 se había registrado 191.000 muertes, el 85% de ellas de hombres (7).
- Desde el inicio del conflicto se han producido 750.000 heridos, 13,7 millones de afectados y 10,8 millones de personas que necesitan ayuda humanitaria (8).
- A finales de 2013 alrededor del 60% de los hospitales públicos, el 38% de los centros de atención primaria de la salud, y el 78% de las ambulancias sirias habían sido destruidos o seriamente dañados (3).
- Enfermedades infecciosas como la polio, hepatitis A y el sarampión que habían sido controladas por los esfuerzos en vacunación durante los años 90 están reapareciendo a consecuencia a la falta de vacunas (9).
- El declive de las actividades económicas y agrícolas, el duro invierno y el asedio alrededor de grandes ciudades están creando las condiciones perfectas para la hambruna generalizada y la desnutrición .Esta escasez prolongada y aguda de alimentos ha dado lugar a que de 10 millones de sirios necesiten alimentos de emergencia (3).
- 200.000 sirios han muerto desde el inicio del conflicto debido como resultado de la grave escasez de medicamentos y servicios sanitarios para tratar sus enfermedades crónica (3).
- Más de 4,6 millones de personas han tenido que huir de su país a consecuencia del conflicto. Se ubican principalmente en los países vecinos Turquía, Jordania y Líbano, aunque hay un número creciente que inicia el camino a Europa. El número de desplazados internos asciende a 6,8 millones (10).



## 3.2 Campo de refugiados de Zaatari

El 29 de julio de 2012, como consecuencia del recrudecimiento de la guerra civil siria y de su cronificación en el tiempo se fundó el campo de refugiados de Zaatari por parte de la JHCO (Organización de Caridad Hachemita de Jordania) en colaboración con ACNUR (la agencia de la ONU responsable de los refugiados).

Desde entonces hasta nuestros días, Zaatari se ha convertido en el 2º campo de refugiados del mundo por población, únicamente superado por el campo de Dadaad, situado en Kenia.

Zaatari se encuentra en la zona norte de Jordania (concretamente en la gobernación de Macraq) un área semidesértica a unos 15 km de la frontera con Siria, 12 km de la ciudad de Macraq y a 76 km de la ciudad de Amán, capital de Jordania. Esta cercanía es la responsable de una afluencia tan alta de refugiados.

El diseño cuadrangular de este campo fue planificado por las ACNUR en colaboración con el gobierno jordano antes de la llegada de los refugiados, hecho que diferencia este campo de los situados en otras regiones como África, donde la población se asentó de manera más caótica y desorganizada. La magnitud del campo es enorme, contando 8,75 km de diámetro y más de 5 km² divididos en 12 distritos distintos (11)

Respecto a las infraestructuras y servicios, el diseño del campo y una financiación adecuada han permitido que Zaatari cuente con unos recursos no disponibles en la mayoría de los campos de refugiados como los que se muestran a continuación (11):

- 24.000 casa prefabricadas.
- 9 escuelas con más de 19.000 alumnos.
- 27 centros comunitarios (para el soporte psicosocial y las actividades recreativas).
- 2 hospitales y 9 centros de atención primaria con 120 trabajadores.
- 35 litros de agua por persona y día.
- 2100 k/calorías por persona y día.

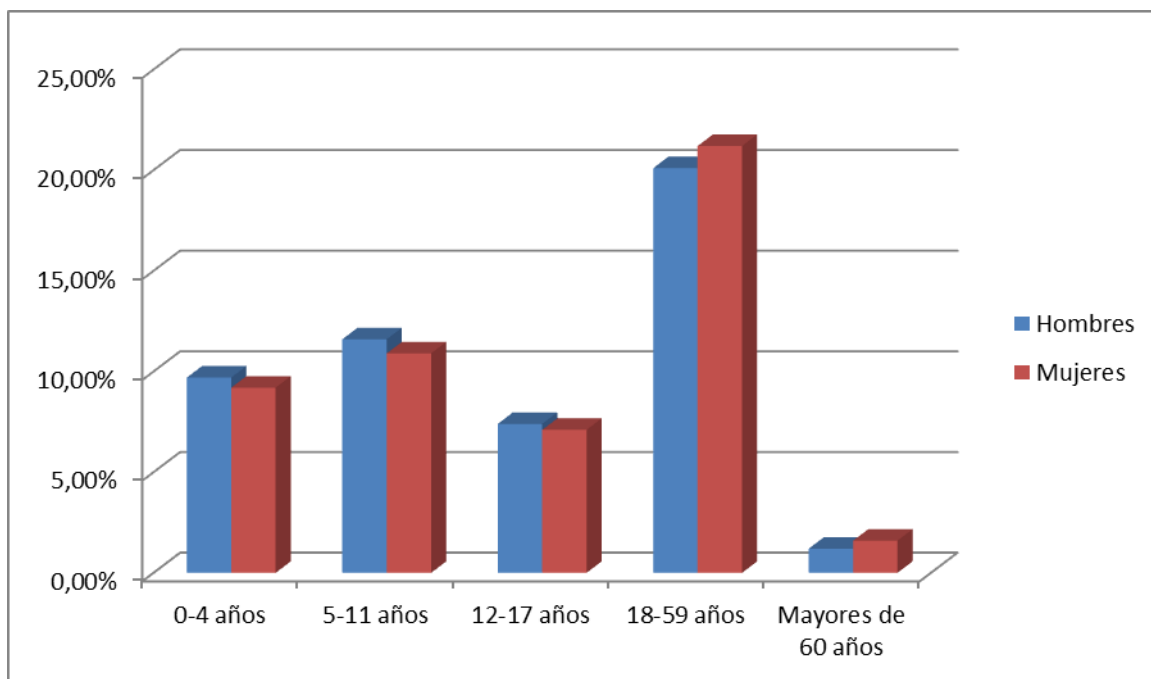
Esta relativa abundancia de medios respecto a otros campos de refugiados se explica tanto por el gran volumen de donaciones privados (sobre todo de los países árabes del golfo) como al nivel de vida previo en Siria. La gran mayoría de la población siria era de clase media y contaba con bastantes comodidades por lo que los estándares no pueden ser los mismos que en un campo de refugiados de África, tanto por las necesidades como por la exigencia de la población.

Sobre el acceso a agua (una prioridad fundamental para los campos de refugiados), el campo de Zaatari asegura su disponibilidad a todos sus habitantes, tanto de uso doméstico como potable. En un principio se instalaron en el campo diferentes puntos de agua pública donde se cocinaba, lavaba y aseaba. Estos puntos han ido cayendo en desuso con la instalación de tanques de agua privados (31% de los hogares) y el uso de baño y ducha domésticos de agua no potable (84,6%). Sin embargo, el 56% de la población sigue utilizando los centros para conseguir agua potable para beber y cocinar, mientras que el otro 44% se asegura el agua mediante el uso de sus recursos económicos ( comprando agua embotellada o tratando de agua de los tanques) en su gran mayoría por el temor a que esta agua pueda ser peligrosa para su salud (12).

ACNUR se encarga de la administración y organización de los servicios que se prestan en el campo, además de colaborar con las ONG en diferentes funciones. Actualmente existen más de 20 ONG de distintos ámbitos trabajando simultáneamente en Zaatari, con sus funciones claramente delimitadas en varios ítems; agua e higiene, educación, equipamientos, atención a la mujer, nutrición, atención al niño, protección y salud.

En el último censo de diciembre de 2015 habitaban Zaatari 79.138 personas, aunque su población ha fluctuado bastante dependiendo de la evolución de la contienda y las regiones que afecta (el pico se produjo en 200.000 personas en abril de 2013). Se calcula que desde que el campo abrió sus puertas han pasado por el 353.000 refugiados (11).

Demográficamente Zaatari se divide al 50% entre mujeres y hombres. Existe una importante presencia de niños y adolescentes (un 57 % es menor de 17 años) seguida de una no menos importante población adulta (un 40% entre los 17 y 59 años) y una mínima población de edad avanzada (un 3% mayores de 60 años). Estos datos son muy reveladores a la hora de configurar el refugiado medio en Zaatari; la gran mayoría son familias de mediana edad con hijos pequeños a su cargo (un 57% de los grupos familiares tienen niños a su cargo) (12). A continuación se mostrará una tabla (tabla 1) donde visualizar la composición demográfica del campo de refugiados de Zaatari:



**Tabla 1: Franjas de población en Zaatari.**

**Elaboración propia a partir de estadísticas de ACNUR, 4 de Abril de 2016.**

Llegados a este punto es importante describir detalladamente los principales grupos de población de Zaatari para contextualizar el proyecto educativo y conocer las características de las personas a las que va enfocado en última instancia este proyecto; hombres, mujeres, niños y adolescentes que habitan el campo.

## **Mujeres**

El porcentaje de mujeres mayores de 18 años que habitan en el campo de Zaatari es del 22,8%, lo que supone un total de 18.144 mujeres (11).

Su perfil sociocultural es bastante homogéneo; debido a su lugares de procedencia (principalmente la gobernación de Daara, aunque también hay población de Homs, Damasco y Alepo), un alto porcentaje de estas mujeres son de etnia y lengua árabes, así como practican mayoritariamente el islam sunní de tipo Hanafí , una de las 4 escuelas de pensamiento sunní y considerada la más liberal de ellas respecto al papel de la mujer en la sociedad (5) . Además, estas mujeres son predominantemente de ambientes urbanos (los más castigado por la guerra civil) y su religiosidad es más laxa respecto a las mujeres jordanas (debido al carácter laico del régimen sirio) o a las mujeres sirias de origen rural.

La Siria de preguerra era una de los países musulmanes más igualitarios respecto a la posición de la mujer dentro de la sociedad; no existían leyes que regularan o impusieran el uso del niqab o pañuelo (incluso se prohibía en las universidades), las mujeres sirias ocupaban puestos de responsabilidad tanto en la política como en los medios empresariales ,su emancipación del hogar era mayoritaria (solo un 21,4% se encontraba en el paro) (13), disponían de métodos anticonceptivos gratuitos y permisos de maternidad para compatibilizar su vida laboral y familiar. Su alfabetización rondaba el 78% (con una persistente brecha educacional entre las mujeres jóvenes y mayores) y la enseñanza era mixta, obligatoria y pública hasta los 12 años (14) .Esta liberación progresiva de la mujer tenía sus matices; afectaba predominantemente a zonas urbanas, mientras que las zonas rurales continuaban perpetuando los tradicionales roles familiares y secundarios de la mujer en el islam. A consecuencia de la guerra en Siria este proceso emancipador se ha visto muy dañado; en las zonas donde los islamistas han conseguido el poder se ha impuesto la sharia o ley islámica que impone todo tipo de restricciones para la mujer. Además, el reclutamientos de los varones para la guerra y la destrucción del sistema educativo y sanitario ha dejado a la mujer en una situación muy complicada obligándola a obtener el sustento para la familia y debiendo educar y cuidar a los niños y enfermos del núcleo familiar (15).

### **Niños y adolescentes**

El número de niños y adolescentes menores de 18 de ambos sexos en el campo de Zaatari es de 44.845, lo que supone un 55,9% de la población (11), lo que nos da una idea de la magnitud e importancia de este grupo de población.

Respecto a la escolarización y a la asistencia a la escuela e instituto en el campo de Zaataria, 52,8% de los niños y adolescentes en edad escolar están registrados en algún tipo de establecimiento educativo oficial (12). Además unos 3.000 niños y adolescentes han recibido educación informal (que no otorga ningún título oficial del gobierno de Jordania) que consiste en sesiones recreativas, alfabetización y aritmética básica, educación religiosa y de talleres formativos en habilidades o profesiones concretas .Los porcentajes de asistencia en la educación primaria se sitúan en un 62 % para las niñas y en un 52% para los niños, reduciéndose significativamente en la educación secundaria, donde las mujeres acuden en un 54% y los hombres únicamente en un 33%.

Algunos de los factores que explican esta elevado absentismo escolar son: la necesidad de ayudar en casa o en el trabajo (afecta mucho a adolescentes varones), el desinterés por ir a la escuela en un contexto de futuro incierto, la potenciales agresiones de camino y vuelta al colegio, la expectativa de un potencial regreso a Siria, la educación informal en el hogar, la necesidad de gastar dinero en material escolar y la insuficiencia de medios educativos.

Respecto a las características socioculturales de este grupo de población, su perfil medio encajaría con estudiantes de zonas urbanas, de etnia árabe y religión sunní anteriormente integrados casi en su totalidad en el laico y mixto sistema educativo sirio. Anteriormente a la guerra civil un 100% de los niños y un 98% de las niñas asistían a la educación primaria obligatoria, mientras que un 67% de ambos sexos cursaban la educación secundaria (12). A consecuencia del estallido de violencia, muchos de estos niños y adolescente dejaron de ir a las escuelas a causa de la inseguridad y a medida que han escapado de Siria han pasado grandes periodos de tiempo sin recibir educación, lo que ha causado multitud de retrasos y dificultades en su aprendizaje. Otra importante característica a tener en cuenta es el estado psicológico y mental de estos niños y adolescentes. Debido a lo que han vivido y visto durante la guerra civil muchos de ellos padecen estrés postraumático y depresión e incluso algunos enfermedades psiquiátricas más graves con mayor frecuencia que la población refugiada adulta debido a su situación de vulnerabilidad.

## **Hombres**

El porcentaje de hombres mayores de 18 años en el campo de Zaatari es del 21,3%, lo que situa la cifra en 16.950 hombres (11).

Comparten mayoritariamente una serie de perfiles comunes como la religión musulmana de tipo sunní, la etnia y lengua árabe y la procedencia de zonas urbanas.

Antes de la guerra, la tasa de paro en hombres era del 6,7%, una cifra que se explica debido a que la mujer no se había integrado completamente en el mundo laboral (13). En la zona de Daara, de donde viene un gran porcentaje de población de Zaatari, los empleos mayoritariamente se correspondían al sector industrial (industria petroquímica y manufacturas textiles) y al sector agrícola (14), por lo que existe una gran heterogeneidad entre el nivel de estudios e ingresos (aunque existan ciertas bases homogéneas como la alfabetización, donde casi un 90,1% de los hombres están alfabetizados y no existe una brecha educacional tan acusada como en la población femenina, la religión mayoritariamente sunní y la lengua y etnias árabes).

La situación de desempleo crónico y pobreza ha obligado a muchos de estos hombres a buscar trabajos mal remunerados fuera del campo de Zaatari (que solo ofrece unos 3.000 puestos de trabajo entre seguridad, agentes de salud comunitarios, organización, logística y demás personal de interés, lo que ha ocasionado no pocos roces con la población jordana) (16).

Respecto a la organización familiar, la unidad familiar básica en Zaatari es de tipo familia extensa (distintas generaciones con parentesco que habitan el mismo núcleo familiar u hogar) aunque existen varios niveles familiares que es importante definir. En el primer nivel se encuentran los clanes, que son agrupaciones de familias extensas que suelen habitar la misma zona geográfica. La unión de estos clanes forma segmentos, un conjunto de clanes multifamiliares con costumbres propias. Por último se encuentra la figura de la tribu, que se define como un conjunto de segmentos o grupos multifamiliares con diversos grados de vinculación genética, social y cultural, que se agrupan en torno a una unidad familiar extensa (o familia mayor), símbolo de identidad colectiva que pretende dotar de homogeneidad al grupo (17).

Es de destacar que la organización tribal no solo se circunscribe a los ambientes rurales o más tradicionales sino que es ampliamente extendido en las zonas urbanas (a consecuencia de los proceso de industrialización y migración rural). Este hecho nos muestra la importancia que se da al sistema tribal, que subsiste aunque no se cuente con un marco territorial concreto ni un rol asignado. La transmisión de la línea tribal suele ser patrilineal, lo que implica que únicamente los hijos varones cuentan con los derechos y heredan la pertenencia a la tribu (en este sistema, las mujeres son meros instrumentos de cambio y negociación entre distintas tribus).

Siria es de los países árabes donde la influencia de las tribus en la vida social más se ha diseminado (debido a las características propias de un gobierno laico y nacionalista que fomenta el sentimiento nacionalista árabe en vez del tribal). Sin embargo estas tribus aún gozan de relevancia en distintos ámbitos estratégicos; la economía y el ejército son controladas por unas pocas tribus alauítas mientras que las distintas tribus sunníes tienen gran influencia política y religiosa (mediante el control de las cofradías religiosas) que les hace poder desafiar directamente al gobierno central. En este sentido sigue siendo completamente necesario contar con el apoyo de los distintos líderes tribales o religiosos para que movilicen a la población y participen en el proyecto educativo.

En lo referente al lugar de procedencia de la población refugiada, ACNUR siguió un modelo bastante prudente que establecía la población de los distintos campos de refugiados según su origen a fin de homogeneizar la composición de estos campamentos y evitar disputas religiosas y políticas. En este sentido, casi un 80% de la población refugiada proviene de la gobernación Siria de Daara (11), una región semidesértica y agrícola cercana geográfica y culturalmente a Jordania y mayoritariamente árabe y sunní (14). El otro 20% lo componen población sunní de las ciudades de Damasco, Homs y Alepo.

Debido a la magnitud de la extensión del campo y a su población así como al carácter emprendedor de la población siria, el funcionamiento de Zaatari es parecido al de una pequeña ciudad. Existen mezquitas, tiendas, salas de juegos, guarderías, campos de fútbol y otras muchas instalaciones civiles. Este dinamismo también tiene sus contras, ya que se han producido casos de tráfico de drogas, prostitución y episodios de violencia.

Respecto al encaje del campo de refugiados en Jordania hay varios factores que crean tensión con la población local; la presión demográfica en un país pequeño como Jordania, la competencia por los empleos y recursos educativos, sociales y sanitarios, las diferencias culturales y los problemas de seguridad ligados a las mafias y el terrorismo (16). A pesar de todo esto, los episodios de rechazo a los refugiados han sido muy minoritarios y en periodos de gran afluencia de refugiados. Esto se debe a otros factores que facilitan la cohesión de los refugiados sirios: los históricos lazos tribales en la región de Houran (zona que incluye una porción en Siria y otra en Jordania), la cultura y religión similares (la gran mayoría son sunníes de etnia árabe), relaciones comerciales y económicas preexistentes entre las dos regiones y en general unos estereotipos positivos de la población jordana respecto a la siria, ya que estos dos países se han caracterizado por sus estrechas relaciones comerciales, su amistad y su cooperación (16).

### **3.3 Descripción de las enfermedades infecciosas diana.**

#### **3.3.1 Diarrea aguda**

La diarrea aguda constituye una de las enfermedades más comunes en los campos de refugiados debido a las condiciones de hacinamiento e insalubridad que se producen. Se ha decidido elegir esta patología tanto por la elevada morbilidad infantil como por el potencial epidémico que tiene en caso de producirse un brote importante en el campo de Zaatari.

La diarrea se define como una alteración del movimiento normal del intestino que se caracteriza por un aumento en el contenido de agua, el volumen o la frecuencia de las deposiciones (más de 3 al día). Se clasifica de acuerdo a las tendencias en el tiempo (agudas o crónicas) y a las características de las deposiciones (acuosa, grasa e inflamatoria) (18).

Dado que existen muchos tipos de diarrea e intervienen multitud de factores exógenos y endógenos únicamente se describirá la diarrea aguda o gastroenteritis: aquella que tiene una duración menor de 14 días y cuyo origen es casi siempre infeccioso (19).

Los síntomas que cursan con diarrea aguda son: aumento de deposiciones líquidas, malestar general, náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico, sensación de hinchazón abdominal, dolor de cabeza y con frecuencia fiebre en mayor o menor medida. En algunos casos puede observarse sangre en las heces.

La principal complicación de la diarrea aguda es la deshidratación. Se produce una importante pérdida de líquidos y electrolitos que si no se restituye adecuadamente puede ocasionar la muerte.



La diarrea aguda se clasifica principalmente a partir de la presencia o no de sangre en las heces (acuosa o con sangre). A continuación se describirán sus principales subtipos y agentes patógenos que intervienen (20) :

### **Diarrea acuosa**

- **Secretora:** se define como un cuadro diarreico hipersecretor resultado del movimiento de agua y electrólitos desde la mucosa intestinal hasta el lumen  
Es producida principalmente por el *Vibrio cholerae* (bacteria causante del cólera) y la *Echerichia coli* enterotoxigénica.
- **Osmótica:** se define como un cuadro diarreico consecuencia de lesiones en las vellosidades que produce una menor absorción y un incremento de la secreción. Los principales agentes patógenos que intervienen son los rotavirus.

### **Diarrea con sangre**

- **Invasiva:** es causada en la mayoría de los casos por la bacteria *Shigella*, patógeno responsable de la disentería. Constituye una urgencia médica grave si no es tratada. Se trata de una bacteria propia del ser humano, siendo éste su reservorio. La transmisión persona a persona ocurre a través de heces humanas infectadas, siendo el mecanismo de transmisión fecal-oral. Normalmente la transmisión ocurre dentro de la familia, en guarderías y hospitales. El período de incubación varía de uno a siete días. Predomina en los meses de verano y es una infección común en los países no desarrollados.
- **No invasiva:** principalmente causada por la bacteria *Escherichia coli* enterohemorrágica. Se considera una enfermedad emergente en los países desarrollados, dado que su principal reservorio es el ganado vacuno.

Los factores de riesgo para las diarreas agudas son (18) :

- **Fuente de agua contaminada:** El agua contaminada con heces humanas procedentes de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen patógenos.
- **Malnutrición:** Los niños que fallecen por diarrea suelen padecer malnutrición precedente lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas.
- **Higiene personal deficiente:** falta de comportamientos higiénicos como el lavado de las manos con jabón.
- **Higiene domestica insuficiente:** comportamientos poco higiénicos en la manipulación de los alimentos y su elaboración, principalmente ejercida por las madres.
- **Otros factores de riesgo :** el hacinamiento, el no uso de la lactancia materna, el destete precoz ,bajo peso al nacer, madres menores de 20 años, edad menor de 5 años, presencia de animales domésticos en casa y edad avanzada.

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un grave problema de salud a nivel mundial y presentan una prevalencia y mortalidad muy importantes sobre todo en países no desarrollados. Estos son algunos de los datos más significativos (21)

- Son la segunda mayor causa mundial de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables.
- Matan a 760.000 niños menores de cinco años cada año.
- En todo el mundo se producen unos 1.700 millones de casos de enfermedades diarreicas anualmente.
- La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años.

### 3.3.2 Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias tienen una elevada morbilidad en todo el mundo. En el caso de los campos de refugiados como Zaatari esta morbilidad es incluso mayor debido a las condiciones imperantes de hacinamiento y la insalubridad. Se ha decidido elegir estas patologías por su elevada incidencia (que afecta sobre todo a personas mayores y niños), por su facilidad en la transmisión y por el potencial epidémico que tienen.

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como; tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre (22).

Se dividen principalmente en infecciones respiratorias bajas o infecciones respiratorias altas dependiendo de su localización en el tracto respiratorio (23):

- **Infecciones respiratorias bajas:** Son las infecciones que lesionan la zona del sistema respiratorio bajo la laringe y engloban la tráquea, los bronquios, bronquiólos y alvéolos pulmonares. Comprenden la bronquitis aguda, bronquiolitis, neumonía y exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En este tipo de infecciones predominan síntomas como la obstrucción nasal, disfonía y rinorrea. Los principales patógenos causantes son: *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*.
- **Infecciones respiratorias altas:** Son las infecciones que afectan la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales. Comprenden la rinosinusitis, otitis media, faringitis amigdalitis y gripe. Son de mayor gravedad y predominan síntomas como la tos, dificultad respiratoria y respiración ruidosa. Los principales patógenos causantes son: Influenza, Rhinovirus, Parainfluenza y Adenovirus.

Los principales factores de riesgo son (24):

- **Lactancia materna inadecuada:** niños que no recibieron leche materna o se les dio lactancia mixta antes de los 4 meses.
- **Hacinamiento:** personas que acuden a zonas con alta afluencia de población (transporte público o escuelas) o que duermen en la habitación con más de 3 personas.
- **Desnutrición:** personas que en su valoración se encontraba por debajo del tercer percentil.
- **Otros factores o grupos de riesgo :** niños menores de dos meses, personas de edad avanzada, presencia de alguna inmunodeficiencia, situación de pobreza, menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer, consumo de tabaco directo o indirecto y personas con una enfermedades crónicas (principalmente respiratorias).

Dada la elevada prevalencia de las infecciones respiratorias agudas, su distribución global y la virulencia de algunas cepas y patógenos suponen un riesgo para la salud mundial muy importante. Estas son algunas de las cifras:

- La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que mató a unos 922.000 niños en 2015 (25).
- Las epidemias estacionales de gripe se producen durante el otoño y el invierno en regiones templadas. En países tropicales, los virus de la gripe circulan durante todo el año con uno o dos picos durante la temporada de lluvias. A nivel mundial, la gripe produce, anualmente, de tres a cinco millones de casos de enfermedad severa y unas 250.000 a 500.000 muertes, principalmente ocurridas entre los grupos de alto riesgo (niños, ancianos y enfermos crónicos) (26).
- La dificultad para calcular la mortalidad y virulencia de la gripe reside en que cada año aparecen cepas nuevas. Mientras que en las cepas leves se calcula que se producen 8 muertes por cada 100.000 habitantes, en las cepas más severas la cifra sería de 44 por 100.000 (26).

La mayoría de las infecciones respiratorias agudas se propagan fácilmente y puede transmitirse con celeridad en escuelas, residencias, hospitales y núcleos urbanos. Las gotículas infectadas expulsadas por el paciente al toser pueden ser respiradas por otras personas que quedan así expuestas al patógeno. También puede propagarse a través de las manos infectadas, de ahí la importancia de lavarse las manos regularmente y cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo de papel al toser o estornudar (25).

### 3.3.3 Leishmaniasis

La leishmaniasis se define como una enfermedad parasitaria causada por un protozoo del género *Leishmania* (existen más de 20 especies) (27). Se transmite a los humanos por la picadura de mosquitos flebótomos hembra infectados (existen más de 90 especies). Aunque se han descrito más de 11 formas clínicas distintas, la enfermedad se presenta en tres formas principales (28):

- **Leishmaniasis visceral:** si no se trata es mortal. Su clínica incluye episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Es altamente endémica en el subcontinente indio y África oriental.
- **Leishmaniasis cutánea:** es una de las formas más prevalentes. Produce lesiones cutáneas de tipo ulceroso aunque raramente son mortales. Aproximadamente un 95% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central.
- **Leishmaniasis mucocutánea:** produce lesiones en las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. El 90% de los casos se producen en el continente americano.

Debido a su carácter endémico en Siria (29) únicamente se analizara la leishmaniasis cutánea. Estas son sus principales características:

Las clínicas de la leishmaniasis cutánea tienden a variar debido a las diferentes especies de parásito y el estado inmunológico de la persona. Las lesiones comienzan como una un nódulo en el sitio de la inoculación y tardan una semana para llegar a su tamaño final. Una corteza se desarrolla en el centro y cuando se desprende deja al descubierto una úlcera de hasta 5 cm de diámetro con un borde elevado y variable que se cura gradualmente a lo largo de meses o años dejando una cicatriz con pigmentación alterada. Los nódulos satélite en el borde de la lesión son comunes y su periodo de incubación es de 2-8 meses (27).

La leishmaniasis cutánea del Viejo Mundo es causada por cinco especies de *Leishmania*: *L. infantum*, *L. tropica*, *L. major*, *L. aethiopica* y *L. donovani*. Se han analizado los principales vectores de la enfermedad (*Phlebotomus papatasi* o ``mosca de arena´´) en Siria para determinar que especie de leishmania es endémica del lugar. Los resultados muestran que se trata de la *L. tropica* (29).

La leishmaniasis cutánea causada por la *L. tropica* tiene como características definitorias su carácter antroponótico y ocasionalmente zoonótico. Esto quiere decir que el parásito utiliza de reservorio tanto a hombres como animales (principalmente gatos y perros), por lo que su transmisión por parte de los vectores es relativamente fácil en los medios urbanos y rurales donde es endémica (27). La enfermedad se caracteriza por grandes brotes en ciudades densamente pobladas debido a su carácter antroponótico, y su incidencia ha aumentado especialmente en el contexto de la guerra y de una migración a gran escala de la población como ocurre en Siria (30). Solo durante 2010, antes de iniciarse la guerra civil, se registraron 42.165 nuevos casos (31). Se estima que estas cifras han aumentado considerablemente, aunque actualmente solo existen datos epidemiológicos de los refugiados, no del interior de Siria.

Los principales factores de riesgo de la leishmaniosis son (28):

- **Pobreza:** las malas condiciones higiénicas en el medio doméstico y peridoméstico como las deficiencias de saneamiento de los hogares, la inexistencia de sistemas de gestión de residuos o el alcantarillado abierto pueden promover el desarrollo de los lugares de cría de las moscas de la arena. El hacinamiento y otros comportamientos como dormir a la intemperie o en el suelo también aumentan el riesgo.
- **Malnutrición:** Las dietas pobres en proteínas, hierro, vitamina A y Zinc aumentan el riesgo de que la infección progrese más rápidamente.
- **Movilidad de la población** Las epidemias de leishmaniasis a menudo se asocian el traslado de personas no inmunizadas a zonas donde ya existen donde la mosca de la arena es endémica.
- **Cambios ambientales:** una rápida urbanización, la integración del ciclo de transmisión en asentamientos humanos y la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas (que desplazan a la mosca de la arena de su hábitat y le privan de su alimentación natural) producen un aumento de la incidencia de la leishmaniasis.

### **3.4 Educación para la salud en el marco comunitario.**

Durante el último cuarto del siglo XX se produjo un cambio paradigmático en la visión que se tenía de la sanidad. Paso de ser un modelo únicamente asistencial a poner el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esta visión de la sanidad adquirió un impulso definitivo con las conferencias de Alma-Ata (1978) y Ottawa (1986).

Para conseguir sus objetivos en salud, la conferencia de Ottawa determinó 5 líneas de actuación: desarrollo de políticas saludables, crear un entorno que favorezca la salud con ambientes favorables, reforzar la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios (32).

Aquí es donde entra en juego la educación sanitaria como método para conseguir muchos de estos objetivos. Las diversas definiciones de la literatura científica coinciden en que se basa en la modificación de los conocimientos, actitudes, aptitudes, hábitos y comportamientos de los individuos que componen una comunidad mediante un proceso educativo y dinámico de enseñanza-aprendizaje en un sentido de salud positivo.

Desde sus inicios se han desarrollado multitud de teorías y modelos de educación sanitaria (dependiendo del tipo de prevención que se realizara, su ámbito y el número y características propias de la población diana).

El modelo que más encaja con los objetivos y características propuestos por este proyecto es la educación para la salud en el marco comunitario. Se define como una serie de actividades educativas en una comunidad de personas concretas con el objetivo de satisfacer sus necesidades en salud (tanto normativas como expresadas y sentidas). Este modelo considera fundamental contar con la participación de los líderes sociales, asociaciones, organizaciones e instituciones propias de la comunidad (33).

La participación de la comunidad es una idea clave en este enfoque. Es necesario que la población se implique en el reconocimiento de sus principales necesidades en salud para realizar un buen diseño de las intervenciones y políticas destinadas a subsanarlas. Diversos estudios muestran que solo con una intervención mediada por actores propios de la comunidad tienen la capacidad de cambiar la norma o el entorno social vigente, necesario para conseguir cambios de comportamientos que influyan a la mayoría de la población de la comunidad.

Otros factores que pueden influir negativamente en una adecuada educación para la salud en el marco comunitario son: duración corta de la intervención, adaptación cultural insuficiente, bajo nivel de penetración en la comunidad y las limitaciones de las teorías existentes (33). Durante los últimos años las diferentes teorías de enfermería se han dotado de herramientas para combatir estos problemas. El enfoque transcultural adoptado por Madeleine Leiniger es muy útil en este sentido ya que, con ayuda de la antropología nos muestra la importancia de reflexionar acerca de las diferentes creencias de salud y de facilitar unos cuidados culturalmente adaptados.

Una de las cuestiones fundamentales en el diseño de actividades para la educación sanitaria es el establecimiento de los objetivos adecuados. Si el diseño de un objetivo es erróneo o poco representativo el resto del plan también lo es. Por ello es muy importante elegir los objetivos realistas y prácticos basados en las necesidades de la población diana a la que va dirigida (ya sean necesidades reales o sentidas).

Estos objetivos deben comprender las esferas cognitivas, afectivas y psicomotoras de los individuos para producir un cambio global en sus comportamientos. Los objetivos se dividen generalmente en generales y específicos:

- **Objetivos generales:** se trata de una expectativa de lo que se desea conseguir en la población diana al final del proceso educativo sin describir el cómo y el qué se debe aprender, sino el resultado final que se espera. Debe ser claro y realista, de forma que facilite su descomposición en objetivos específicos.
- **Objetivos específicos:** deben establecerse en función de que conocimientos (objetivos cognitivos), actitudes (objetivos afectivos) y destrezas (objetivos psicomotores) se espera que adquiera la población diana. Existen una serie de requisitos para un adecuado diseño de estos objetivos; deben ser coherentes con las necesidades de salud y la cultura, pertinentes en cuanto al objetivo general planteado, concretos cualitativamente y cuantitativamente, observables respecto a su grado de consecución y realizables de forma práctica y evaluables.



### **3.5 ACNUR y los agentes de salud comunitaria.**

ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) es la organización creada por las Naciones Unidas con el propósito de proteger a los desplazados y refugiados de conflictos armados y persecuciones (étnicas, religiosas o políticas) y posibilitar soluciones duraderas a su vulnerabilidad mediante reasentamientos en su propio país o en el de acogida. Su sede se encuentra en Ginebra (Suiza) y cuenta con 259 oficinas en 118 países y un personal de unos 6.600 funcionarios. Asimismo, hoy en día se encarga de ayudar a 34,4 millones de personas (34).

La historia de ACNUR comienza después de la segunda guerra mundial. La recién creada ONU, ante el masivo número de refugiados que había dejado la guerra en Europa se interesó por crear una agencia destinada a reasentar y proteger a estos refugiados.

El 28 de Julio de 1951 se realizó una convención especial de la ONU en la ciudad de Ginebra llamada convención sobre el Estatuto de los Refugiados que se considera la puesta en marcha de ACNUR. En este lugar se definió quién es un refugiado, las condiciones y características de los individuos a los que se les garantiza el asilo y las responsabilidades de las naciones respecto a ellos. Posteriormente, en 1967 se realizó el protocolo sobre el estado de los refugiados donde se modificaron algunas limitaciones geográficas (destinada a proteger únicamente a los refugiados europeos) y ampliando el concepto de refugiado, convirtiendo a ACNUR en una organización realmente global. El artículo 1 de este protocolo establece la definición del refugiado como: "Una persona que, debido a un miedo fundado de ser perseguido por razones de raza, religión, nacionalidad, membresía de un grupo social o de opinión política en particular, se encuentra fuera de su país de nacimiento y es incapaz, o, debido a tal miedo, no está dispuesto a servirse de la protección de aquel país; o de quien, por no tener nacionalidad y estar fuera del país de su antigua residencia habitual como resultado de tales eventos, es incapaz, debido a tal miedo, de estar dispuesto a volver a éste" (34).

Desde entonces ACNUR ha estado presente en prácticamente todos los conflictos y desastres naturales de importancia. Un informe de 2014 nos hace una idea de la magnitud de los compromisos que hace frente (10):

- 59,5 millones de desplazados por la fuerza en el mundo (incluyendo refugiados, desplazados internos y solicitantes de asilo).
- Por primera vez Turquía acoge al mayor número de refugiados (debido al conflicto sirio) seguido por Paquistán, Líbano, Irán y Jordania.
- Sus principales países de origen son Siria, Afganistán (situado en el segundo puesto después de 30 años) y Somalia. Entre los 3 suman 7,6 millones de refugiados, un 53% bajo responsabilidad de ACNUR
- El 51 % son menores de 18 años, el 46 % de entre 18-59 años y el 3% restante mayor de 60 años.

Si bien organizaciones como ACNUR pueden proporcionar los trabajadores, recursos e infraestructuras para dotar y hacer posible una intervención comunitaria, también se hace patente la necesidad de establecer un mediador autóctono que transmita el mensaje culturalmente adaptado a la población civil. La respuesta a esta necesidad es la figura del agente de salud comunitaria (o Community Health Worker). La OMS describe esta figura con una serie de requisitos (35):

Los agentes de salud comunitaria deben ser miembros de las comunidades en las que trabajan, seleccionados por éstas y responsables ante éstas de sus actividades. Deben ser compatibles con el sistema de salud pero no necesariamente una parte de su organización, y tienen una formación más corta que los profesionales sanitarios.

Esta figura es muy útil en países en vías de desarrollo o en situaciones de inestabilidad donde el funcionamiento de la atención primaria es precario y no se hace una adecuada promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En términos de coste beneficio ha demostrado ser muy eficiente permitiendo abordar importantes problemas sanitarios en comunidades que de otra forma estarían desatendidas. Posee otra serie de ventajas como la de promover la participación y autosuficiencia de estas comunidades, fomentar la equidad del sistema de salud al centrarse en los individuos o familias más desfavorecidos, mejoran el entendimiento de la cultura y los comportamientos de la comunidad por parte de los investigadores, ayudan a diseñar actividades y en general tienen mejor acogida en comunidades cerradas o recelosas de la influencia exterior (35).

Debido a estas ventajas desde hace años ACNUR ha utilizado esta figura en los campos de refugiados, no siendo Zaatari una excepción. Importantes proyectos de salud como la implantación de centros de atención primaria, el abastecimiento de agua o campañas de prevención de enfermedades en verano e invierno (11) han contado con la colaboración de la población civil y con la participación de estos mediadores de salud. Estas figuras no se enmarcan únicamente en el ámbito sanitario, sino que ACNUR ha formado varios grupos de trabajo distintos en áreas de seguridad, educación y resolución de conflictos.

Los tres ejes principales de actuación de los agentes de salud comunitaria son (35):

- **Eje sociocultural:** una de sus funciones más importantes es reducir las dificultades producidas por las diferencias culturales de los individuos de la comunidad y el personal sanitario mediante la mediación cultural. Se encarga de formar al personal sanitario en lo relativo a las costumbres y hábitos de una comunidad a la vez que detecta los aspectos de una intervención que puedan provocar dificultades en esta relación sanitaria.
- **Eje sanitario:** es el encargado de implementar actividades tanto a nivel individual como grupal dirigidas a aumentar la información sanitaria disponible en la comunidad y a capacitar a los individuos o grupos mediante el desarrollo de sus habilidades para reducir sus problemas de salud. Facilita el acceso de las comunidades a la información y recursos sanitarios además de detectar las particulares de la comunidad en relación a aspectos específicos de la salud.
- **Eje comunitario:** promueve la formación de un tejido social para reducir los factores de riesgo que aumentan la desprotección de la comunidad ante un determinado problema de salud. Crea y ensancha los canales de información entre las comunidades y servicios de salud para facilitar el contacto y la comprensión entre ellos. Actúa como soporte y catalizador de las iniciativas comunitarias y promueve la participación de los líderes de la comunidad y de las distintas asociaciones a la hora de priorizar las necesidades sanitarias de la comunidad y las intervenciones y políticas destinadas a cubrirlas. Favorece la colaboración entre las principales redes de soporte de la población como los servicios sociales, educativos y sanitario.

## 4. Justificación

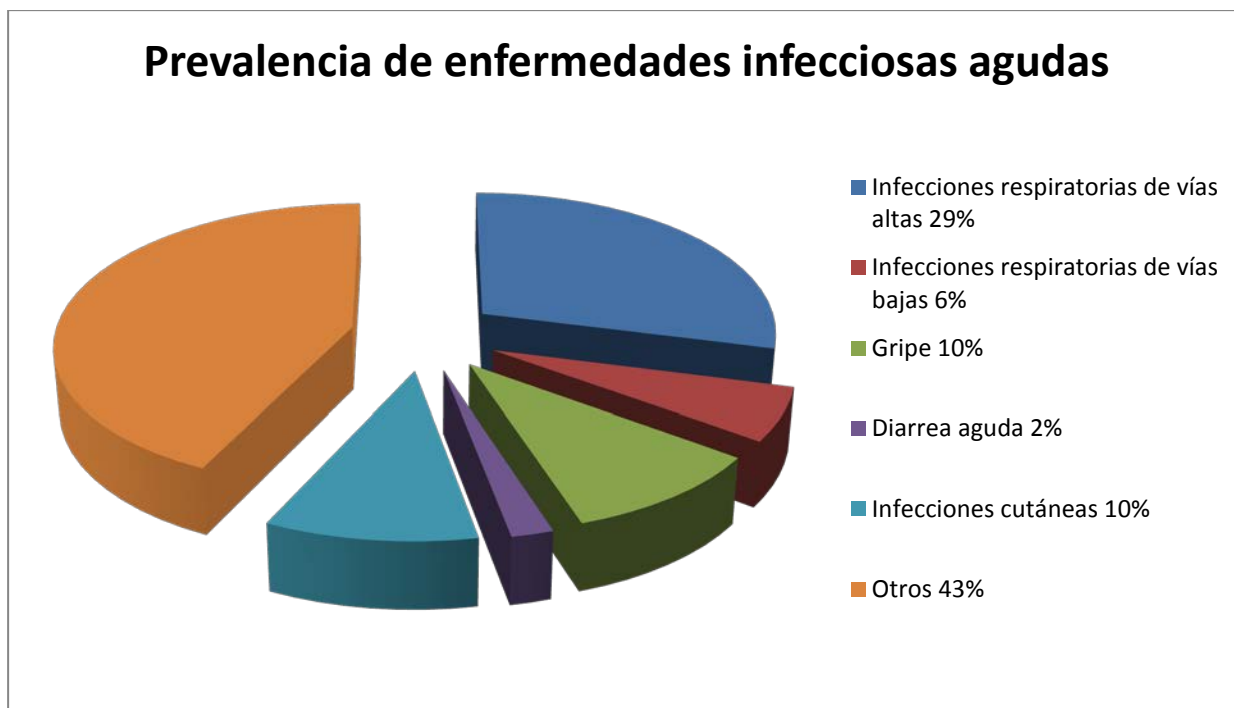
La guerra civil Siria ha ocasionado un desastre humanitario de dimensiones desconocidas en el siglo XXI. La precaria situación a la que se ve expuesta la población civil que vive en los campos de refugiados ha ocasionado que se forme un caldo de cultivo perfecto para multitud de enfermedades infecto-contagiosas.

### 4.1 Epidemiología en Zaatari

La epidemiología de Zaatari tiene varias peculiaridades en contraste a otros campos de refugiados.

En lo referente a la mortalidad, durante la primera mitad del año 2014 las 5 principales causas de mortalidad serían: muerte neonatal, enfermedades isquémicas, enfermedades cardiovasculares, lesiones relacionadas con la guerra y el cáncer (11). Esto se explica debido a las características sociodemográficas de Siria antes de la guerra, donde ganaban peso las enfermedades crónicas debido al aumento de la esperanza de vida y disminuía la mortalidad de las enfermedades infecciosas a consecuencia de las extensas campañas de vacunación (36). Además la presencia de varios hospitales en la zona hace que gran parte las enfermedades infecciosas agudas sean controladas antes de ocasionar la muerte.

La morbilidad del campo también tiene características propias; durante la primera mitad de 2014 se han registrado numerosos casos de enfermedades infecciosas agudas, siendo las más prevalentes las enfermedades infecciosas respiratorias (un 45%, incluyendo infecciones de respiratorias altas con un 29%, gripe con un 10% y 6% de infecciones respiratorias altas) con un total de más de 96000 nuevos casos (37). Las infecciones de la piel (mayoritariamente causadas por la endémica Leishmaniasis cutánea) se sitúan en un 10%, con más de 21000 nuevos casos. Por último, se ha registrado más de 4.000 casos de enfermedades diarreicas (incluyendo diarrea acuosa y sangrienta). A continuación se podrá visualizar una tabla (tabla 2) donde se muestra la prevalencia de las enfermedades infecciosas agudas:



**Tabla 2: Prevalencia de enfermedades agudas en Zaatari.**

**Elaboración propia a partir de ACNUR, Junio de 2014.**

La presencia de enfermedades infecciosas comunes en otros campos como el sarampión, la meningitis y la tuberculosis es residual debido a los buenos niveles de vacunación preguerra aunque la interrupción en estos programas debido al conflicto está provocando que los niños más jóvenes no estén correctamente inmunizados (12)

Se ha elegido dirigir las intervenciones hacia las enfermedades infecciosas agudas (infecciones respiratorias, de la piel y enfermedades diarreicas) debido a que la efectividad de la educación comunitaria es mayor a la hora de prevenir este tipo de enfermedades agudas respecto a las enfermedades crónicas (33).

También se ha valorado enfocar las intervenciones a tres tipos de enfermedades debido a que cada individuo tiene sus propias prioridades en salud y es más interesante y atractivo para la comunidad ofrecer un programa dirigido a varias enfermedades para conseguir que el mayor número de miembros de la comunidad reconozca sus intereses personales en los objetivos del programa (27). Otra razón es la elevada prevalencia de este tipo de enfermedades en la población (sobre todo infecciones respiratorias y de la piel) causada por la gran cantidad de factores de riesgo que acumulan como el hacinamiento, insalubridad, endemismo de la leishmaniosis y la exposición a situaciones meteorológicas extremas como inundaciones repentinas, altísimas temperaturas en verano y bajas en invierno (11).

Se ha visto la importancia incluir las enfermedades diarreicas no tanto por el número de casos (que es bastante reducido respecto a otras enfermedades infecciosas) sino al potencial pandémico que tienen en una población hacinada que comparte muchos de los servicios básicos como el agua, el alimento y con una gestión de residuos humanos eficaz pero insuficiente (12). Brotes de cólera y disentería son comunes en los campos de refugiados, por lo que toda acción que vaya enfocada a prevenirlos tiene importancia.

## **4.2 Efectividad de la educación para la salud en el marco comunitario.**

La efectividad de las intervenciones comunitarias en salud ha sido largamente cuestionada durante años. La insuficiencia de medios, la limitación del tamaño de los estudios, el mal enfoque de las intervenciones y la falta de adaptación a la cultura o modo de vida hacen que los resultados de estas intervenciones sean poco significativos (32). Sin embargo existen claros ejemplos de intervenciones comunitarias exitosas si se hace un buen análisis de la situación y se utilizan los medios adecuados como los que describiré a continuación. Se ha elegido estos artículos por tratarse de estudios extrapolables realizados en condiciones relativamente parecidas a las del campo de Zaatari (realizados en un país musulmán como Egipto y en unas zonas del Cairo caracterizadas por su situación de pobreza crónica y hacinamiento) y muestran los siguientes resultados:

Respecto a la prevención de enfermedades respiratorias infecciosas, se realizó un ensayo aleatorio controlado en El Cairo (38) con el objetivo de disminuir el absentismo escolar producido por la gripe mediante campañas educativas que promovían hábitos higiénicos como el lavado de manos. Las actividades se desarrollaron durante 12 semanas y fueron enfocadas a padres, profesores y alumnos. Se repartió a los profesores una guía detallada de las actividades y métodos para fomentar la participación de los estudiantes. Se elaboraron carteles para fomentar el lavado de manos antes de llegar a la escuela, antes y después de comer, después de ir al baño y después de toser y estornudar. Posteriormente, se realizaron 12 actividades escolares (1 por semana) donde mediante juegos y canciones se promovía la higiene de manos. Las escuelas también tomaron iniciativas propias como elegir a un campeón semanal de la limpieza, obras de teatro y concursos de dibujo.

Los resultados del estudio demostraron un menor número de casos de gripe durante las 12 semanas. Se produjo un 40 % menos de absentismo causado por la gripe y un 47% menos de casos confirmados en los grupos de intervención. Además como resultados colaterales se redujo un 33% el absentismo por diarrea y un 67% por conjuntivitis. Todos estos datos se traducen en una efectividad significativa de la intervención ( $p < 0,0001$ ).

Los escolares son un importante vector de enfermedades infecciosas tanto a nivel familiar, comunitario y escolar, por lo que es muy importante dirigir las intervenciones hacia ellos. Existen estudios que afirman que las enfermedades infecciosas que contraen los niños en las escuelas pueden causar la enfermedad en un 50% de los miembros de una familia (39), de ahí que las principales agencias mundiales de salud recomienden este tipo de intervenciones educativas como método no farmacológico para controlar posibles enfermedades pandémicas como la gripe, sobre todo en países en desarrollo con altas densidades de población y con medidas higiénicas insuficientes.

En lo referente a intervenciones comunitarias que potencien exclusivamente la prevención de enfermedades diarreicas también existen evidencias al respecto de su efectividad.

Se realizó un estudio en el distrito Al-Darb Al- Ahamar (40) situado en la ciudad de El Cairo dirigido de forma aleatoria a 600 madres con al menos un hijo menor de 5 años que haya sufrido un ataque de diarrea con el objetivo de comprobar sus conocimientos acerca de la enfermedad y su capacidad para ejecutar los mensajes preventivos y nutricionales elaborados desde la intervención comunitaria y el impacto en la salud de sus hijos.

El estudio contaba con tres etapas:

- **Fase de pre-intervención:** se evaluó el conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas con formularios que incluían preguntas acerca de la etiología, síntomas, prevención y cuidados del niño enfermo. Durante esta fase también se formó a los trabajadores de salud comunitarios (intermediarios cercanos a la comunidad que realizaron las intervenciones educativas) en sesiones donde se les explican las principales características de las enfermedades diarreicas, los mensajes educativos y preventivos que debían transmitir y la forma de hacerlo (mediante grupos de discusión, videos y juegos de rol).
- **Fase de intervención:** se impartió información nutricional y sanitaria y se evaluó la capacidad de los agentes de salud comunitaria en clases de prueba. Las sesiones con las madres se estructuraron entorno a las definiciones básicas, principales medidas preventivas como un lavado correcto de manos, la importancia de continuar con la lactancia materna y la correcta preparación de terapias de rehidratación oral en función de la edad y el peso del niño. Como herramientas se utilizaron videos, charlas de discusión y folletos informativos. Durante esta fase los investigadores realizaron una reunión mensual con los trabajadores de salud comunitarios para consolidar sus conocimientos y resolver dudas.
- **Fase de post-intervención:** pasados 3 meses de la intervención, se realizaron entrevistas y sesiones de retroalimentación para evaluar sus conocimientos, la permanencia de los mensajes y sus cambios de actitud. Se pasó el mismo cuestionario que durante la pre-intervención. También se realizaron otras 2 sesiones retroalimentativas con los investigadores y los agentes de salud comunitaria para consolidar los conocimientos de las madres. Este enfoque fomentó la participación y se planteó a las madres más activas que transmitieran estos conocimientos en futuras sesiones en la comunidad.

Los resultados de este estudios mostraron que el conocimiento de las madres acerca de la diarrea, su prevención y tratamiento domestico habían mejorado significativamente ( $p < 0,001$ ). Estos resultados mejoran los de otros estudios precedentes. La utilización de mediadores como los agentes de salud comunitaria supuso la diferencia significativa, ya que esta herramienta intermediaria facilita mucho la transmisión de los mensajes educativos de los investigadores a la población local y permite que el mensaje se adapte mejor culturalmente. Otros estudios que utilizaron agentes comunitarios de salud para educar a las familias y que registraron posteriormente la incidencia de las enfermedades diarreicas también ofrecieron resultados significativos, como un estudio en Paquistán que redujo en un 53% los casos de diarrea (41).



Respecto a la leishmaniosis, la mayor parte de los países donde la enfermedad es endémica se encuentran en vías de desarrollo. Esto implica que la mayoría de sus escasos recursos van destinados a servicios curativos más que a la prevención y a la sensibilización de la enfermedad. Hasta hace bien poco, la leishmaniosis fue ignorada por las organizaciones sanitarias y gobiernos ricos debido a la escasa incidencia en sus países y al escaso poder de propagación debido a su marcado endemismo, sin embargo, en 2007 la OMS ordenó a un comité de expertos realiza un informe sobre la enfermedad para analizar su situación actual y promover estrategias para su control (27). Respecto a la educación sanitaria y a las intervenciones en la comunidad surgieron varios planteamientos interesantes.

Uno de los requisitos que establece la OMS para implementar un programa nacional del control de la leishmaniasis es realizar intervenciones educativas con el objetivo de mejorar el conocimiento de la enfermedad, conseguir cambios conductuales en la población y movilizarla para que participe en la lucha contra la enfermedad utilizando a los profesionales sanitarios, líderes de la comunidad, trabajadores de la salud comunitaria y miembros del núcleo familiar (especialmente mujeres).

Se debe educar a los miembros de la comunidad en la necesidad de identificar precozmente los signos y síntomas de la enfermedad con el objetivo de que los enfermos reciban tratamiento rápidamente y evitar que actúen como reservorios. También se deben dar las principales pautas de prevención de la enfermedad y los factores de riesgo que influyen en la aparición de la leishmaniasis. Por último se debe facilitar a la familias pautas de cuidados para las personas infectadas e información sobre su diagnóstico y tratamiento.

Esto se hace fundamentalmente con material de apoyo como folletos, carteles y puntos de información además de las sesiones de educación comunitaria, donde miembros de la comunidad previamente formados por los investigadores (maestros, líderes locales y agentes comunitarios de salud) imparten y transmiten conocimientos culturalmente adaptados a la población local.

## **5. Población diana y captación**

### **5.1 Población diana**

Como ya se ha descrito anteriormente, el objetivo de este proyecto educativo es formar a una serie de agentes comunitarios de salud para que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarios para instruir a la población del campo de Zaatari en un sentido de salud positivo y ayudar a combatir la transmisión de las enfermedades infecciosas diana.

Se ha elegido como población diana a las personas que por su situación, cercanía a la población y prestigio tienen una posición favorable a la hora de transmitir estos conocimientos y habilidades; maestros y profesores de las escuelas e institutos de Zaatari y líderes tribales o sociales de ambos sexos. El objetivo de esta elección es adaptar culturalmente todas nuestras intervenciones formando figuras que actúen tanto como agentes comunitarios de salud como mediadores culturales con la población (ya que conocen el idioma y las principales costumbres y creencias de salud de la población).

#### **Profesores**

Respecto a los profesores, actualmente no se disponen de datos oficiales sobre su número en Zaatari aunque si sabemos el ratio de alumnos que oficialmente ha establecido el grupo de trabajo educativo de UNICEF para los campos de refugiados (70-100). Partiendo de que existen 20,771 niños y adolescentes recibiendo educación formal en Zaatari se puede establecer una cifra aproximada de profesores de entre 145- 207. Muchos de estos profesores provienen de la propia Siria y tuvieron que huir de sus comunidades y trabajos debido al estallido de la violencia, por lo que conocen perfectamente la cultura siria y el idioma árabe además de haber recibido una formación de mayor calidad respecto a otros países de la región. En lo referente a su género, el porcentaje de mujeres en el ámbito de la educación primaria es mayor que el de hombres mientras que en la educación secundaria esta tendencia se invierte

## **Líderes sociales y tribales**

El número de líderes tribales es complicado de establecer debido a la complejidad de las estructuras sociales y culturales de Zaatari. Como se ha analizado anteriormente, la importancia tanto política como socialcultural de estas personas es muy importante en el contexto de la cultura árabe, por lo que es necesario contar con su apoyo y colaboración en la medida de lo posible. Si bien estos líderes tribales son exclusivamente hombres, sus esposas ocupan un importante rol debido a su experiencia y tienen prestigio entre otras mujeres, por lo que es necesario contar con su colaboración para incluir al género femenino en este proyecto educativo. Respecto a los líderes sociales, en Zaatari existen las figuras llamadas ``Street Leaders´´. Se trata de miembros de la comunidad siria que se ocupan de la distribución de gas y comida entre las familias, registran quejas, solucionan problemas de toda índole y transmiten anuncios e información entre la población. Existen varios líderes sociales de este tipo en cada uno de los 12 distritos, por lo que su número aproximado ronda los 50.

## **5.2 Captación**

Debido a las características demográficas y socioculturales de Zaatari como segundo campo de refugiados del mundo es importante adecuar el diseño de los métodos de captación a la cultura de la zona, el mensaje que se quiere transmitir y los canales más apropiados para hacerlo.

En este sentido, en el campo de Zaatari se ha desarrollado una estrategia de comunicación específica para conseguir una adecuada comunicación con los refugiados, necesaria para una captación eficaz.

Son necesarios una serie de requisitos:

- Colaboración entre distintas ONG, agencias internacionales y las asociaciones autóctonas con el objetivo de unificar recursos y esfuerzos en materia de proyección del proyecto y captación de la población.
- Definir las características principales de los grupos de población diana para adecuar el canal y el mensaje a su edad, sexo, etnia, lenguaje, religión, educación, estructura social y familiar y status.
- Elegir la información clave del mensaje y los canales de comunicación para llegar a las distintas poblaciones diana.

Una vez valorados estos aspectos se pueden definir los distintos medios de captación, su lugar geográfico y su publicidad.

La población diana susceptible a la captación son maestros, profesores y líderes sociales o tribales de ambos sexos. Debido a las características propias de esta población se ha decidido realizar la captación en sus lugares de trabajo o en los sitios donde se registre una alta afluencia de los mismos: escuelas, institutos, centros comunitarios, puntos de recogida de agua y comida, mercados y centros de atención primaria.

El canal de comunicación principal que se ha elegido es el de los carteles publicitarios (anexo 11) y el de las charlas/reuniones informativas. Esta elección se debe principalmente a criterios de unificación: se pretende que todos miembros de la población diana (incluso los que tienen un nivel educativo menor) puedan comprender e interesarse por el proyecto educativo. Esto se consigue instalando posters esquemáticos con poco texto en las zonas descritas anteriormente donde se promueve la participación e implicación de la población diana así como la realización de charlas informativas donde se explica de forma contextualizada a la población diana los objetivos y métodos que se van a seguir en el proyecto educativo. El hecho de que la mentalidad de las mujeres sirias sea bastante abierta facilita mucho nuestra labor de captación ya que es usual que acudan a los sitios solas, trabajen fuera de casa y en general tengan relativa independencia.

Los canales de captación van a ser distintos dependiendo del sitio geográfico donde se produzcan. En los puntos de recogida, de limpieza y los mercados el método más adecuado va a ser la instalación de posters de la intervención educativa, asegurándose de esta manera que la información llega a un volumen alto de personas.

La captación en los centros de atención primaria se hará de forma específica e inespecífica: por un lado se instalarán posters para que la información llegue de forma efectiva a la población y por otra parte se realizarán una captación específica por parte de la enfermería y la medicina, donde a las personas que formen parte de la población diana se les informará acerca de esta intervención y se persuadirá para que acudan, describiendo sus beneficios y ventajas para la salud de la comunidad y fomentando su implicación y participación.

Además de los recursos anteriormente descritos se utilizarán otros medios y canales más mayoritarios. El recurso prioritario elegido sería la radio, ya que existen emisoras de refugiados sirios que emiten en Jordania y su alcance es alto, ya que la gran mayoría de familias poseen radio en casa (aunque el porcentaje de hogares con televisión ya alcanza el 50%).

De un modo más específico, es imprescindible contar con el apoyo y colaboración de los distintos líderes sociales y tribales para que potencien la transmisión del mensaje y se interesen por formar parte del proyecto. Para ello debemos mantener una adecuada comunicación con ellos acudiendo a reuniones tribales o centros comunitarios. Se han descartado otros recursos de captación como la televisión o las llamadas telefónicas y SMS debido a la menor presencia de la televisión en los hogares de Zaatari y a la imposibilidad de hacer llegar llamadas y SMS de manera generalizada (muchos refugiados no tienen móvil y los que lo tienen cambian frecuentemente de número y de tarjeta).

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivos generales**

Modificar en un sentido de salud positivo los comportamientos y factores de riesgo que favorecen la transmisión de la leishmaniasis, la diarrea aguda y las infecciones respiratorias.

### **6.2 Objetivos específicos**

#### **Área cognitivas**

- Definir los conceptos generales de las patologías.
- Describir los principales signos y síntomas de las enfermedades diana.
- Identificar los factores de riesgo y los factores de protección de las distintas patologías.
- Analizar los comportamientos que favorecen y dificultan la transmisión de las enfermedades diana.
- Conocer los principales métodos para prevenir el agravamiento del estado del enfermo en las distintas patologías.
- Clasificar de forma adecuada la fase de la patología y la gravedad del estado del enfermo.

#### **Área de habilidades**

- Demostrar unas conductas higiénicas adecuadas.
- Administrar las terapias que prevengan el agravamiento del estado del enfermo.
- Ejecutar las acciones que disminuyan los factores de riesgo de las distintas enfermedades.
- Realizar unos cuidados generales del enfermo según su patología.

#### **Área afectiva**

- Sensibilizar de la importancia e incidencia de las enfermedades diana.
- Compartir experiencias y vivencias propias.
- Verbalizar dudas e inseguridades acerca de la enfermedad.
- Valorar la importancia de las medidas preventivas.

## 7. Contenidos

Debido a las características propias de las patologías, se describirán de forma individualizada los contenidos de cada intervención educativa:

### **Diarrea aguda.**

- Definición de la diarrea aguda y conceptos generales (signos y síntomas, tipos, mecanismos de transmisión, factores de riesgo y protección...).
- Descripción de unos adecuados hábitos higiénicos durante la preparación de la comida y durante la manipulación del niño y el adolescente.
- Tratamiento eficaz de residuos humanos y animales.
- Terapias de rehidratación oral y cuidados generales en la diarrea aguda.
- Importancia de la lactancia materna como medida preventiva
- Evaluación del estado general del niño y el adolescente

### **Infecciones respiratorias.**

- Descripción de las principales infecciones respiratorias (clasificación, signos y síntomas, modos de transmisión, medidas preventivas y factores de riesgo...)
- Importancia de medidas higiénicas como el lavado de manos y el uso de pañuelos.
- Medidas para facilitar el control de la transmisión en la escuela y en el hogar.
- Control de los principales síntomas respiratorios.

### **Leishmaniasis.**

- Definición y conceptos generales de la leishmaniasis (signos y síntomas, estadios y fases de la enfermedad, medios de transmisión, vectores y reservorios, factores de riesgo y protección...).
- Importancia de un reconocimiento precoz de la enfermedad.
- Acciones para reducir los principales factores de riesgo ambientales (agua estancada y el control de la proliferación de las moscas de la arena, uso de mosquiteras, contactos con animales y otros reservorios...).
- Cuidados generales del enfermo y evaluación de su estado general.

## **8. Sesiones**

### **8.1 Planificación general**

El cronograma general de este proyecto educativo será el siguiente; se realizarán 4 sesiones de trabajo de aproximadamente 2 horas de duración cada una durante un periodo de tiempo de 4 semanas (distanciándose 7 días entre cada una de ellas). Estas sesiones se realizarán en 2 turnos distintos (uno de mañana de 11:00 a 13:00 y otro de tarde de 17:00 a 19:00) para que todos los profesores y líderes tribales o sociales puedan compatibilizar su trabajo y responsabilidades con las sesiones.

El lugar escogido para impartir estas sesiones será el centro de multiactividades gestionado por la ONU. Se ha elegido este lugar por su ubicación central en el campo de Zaatari (situado en el distrito 4), por ser gestionado por la ONU y ACNUR (que son las entidades con las que vamos a colaborar principalmente) y por la versatilidad y el uso variado de estas instalaciones.

Las sesiones estarán diseñadas para que participen entre 15-25 personas dependiendo del éxito de la captación. Serán impartidas por 2 enfermeros y 2 médicos que trabajen en los hospitales del campo de Zaatari, preferiblemente con formación en cooperación internacional y que hablen árabe.

Respecto a la organización de las sesiones se establecerán previamente a la captación los días en los que se va a desarrollar el proyecto educativo. Se realizará una llamada telefónica o se enviará un e-mail o carta a los participantes (en función de sus medios) para recordarles la realización de estas sesiones.



## 8.2 Primera sesión

Los objetivos de esta primera sesión serán conocer y definir los principales conceptos y características de las distintas enfermedades diana así como fomentar la cohesión, participación activa y desinhibición del grupo. Antes de comenzar la sesión se presentarán los formadores que van a impartir las sesiones y se expondrá un pequeño resumen del proyecto con una duración de unos 20 minutos

### 1º Parte:

Técnicas de iniciación grupal: se realizará la técnica de iniciación grupal del ovillo de lana. El objetivo de esta dinámica es romper el hielo, favorecer la cohesión y el conocimiento mutuo del grupo y visualizar las potencialidades del mismo.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Ovillo de lana.

### 2º Parte:

Técnica de investigación en aula: se desarrollará una tormenta de ideas donde se pedirá a los participantes de la sesión que expongan de manera individual qué significan para ellos cada una de las enfermedades diana y las principales palabras o ideas que se les vienen a la mente.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Pizarra y tiza.

### 3º Parte

Técnicas expositivas: se realizará una lección con discusión donde se procederá a explicar los principales conceptos y características de las enfermedades diana que se han nombrado en la parte anterior en forma de PowerPoint. Posteriormente se realizará una breve discusión donde se resumirá todo el contenido teórico, se analizarán los distintos puntos de vista y se resolverán posibles dudas de los participantes.

Duración: 60 minutos

Recursos: Ordenador y proyector.

## 8.3 Segunda sesión

Los objetivos de esta segunda sesión irán dirigidos a reconocer las conductas o comportamientos que pueden favorecer la transmisión de las enfermedades infecciosas diana en los distintos ámbitos (laboral, escolar y familiar).

### 1º Parte:

Técnica de investigación de aula: se utilizará la técnica de Phillips 66 con el objetivo de promover la participación, obtener las opiniones y puntos de vista de los participantes y favorecer la toma de decisiones. Esta técnica consiste en dividir a los integrantes de la sesión en grupos de 6 personas y hacerlos responder a una serie de preguntas en 6 minutos orientadas a las conductas o factores de riesgo de cada enfermedad diana. Posteriormente se debatirá la corrección o no de las respuestas.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Pizarra y tiza.

### 2º Parte:

Técnica expositiva: se realizará la técnica de lección con discusión. Se expondrá un PowerPoint donde se explicarán los principales factores y conductas de riesgo para la transmisión de las enfermedades diana. Posteriormente se debatirá de las conductas erróneas más comunes y que se puede hacer para modificarlas.

Duración: 60 minutos.

Recursos: Ordenador y proyector.

### 3º Parte:

Técnica de desarrollo de habilidades: se desarrollarán un juego de roles. El ejercicio consistirá en recrear con voluntarios la cadena de transmisión de las enfermedades diana de persona infectada a persona sana. Se simularán las conductas y comportamientos usuales que favorecen la transmisión y posteriormente los comportamientos que la evitan. Finalmente se realizará una discusión donde el formador analizará los errores de los participantes y resolverá sus dudas y cuestiones.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Agua, jabón, mascarillas, guantes, comida, pañales y muñeco de simulación.

## 8.4 Tercera sesión

Los objetivos de esta sesión irán dirigidos a reconocer los principales signos y síntomas de las enfermedades diana así como el estado de gravedad del enfermo.

### 1º Parte:

Técnica de investigación de aula: se realizara la técnica de dibujo-palabra. Se expondrán varias fotografías que muestran los principales signos y síntomas de las enfermedades diana y sus diferentes estados de gravedad. Posteriormente los participantes deberán responder a que enfermedad diana corresponden estos signos y síntomas y los estados de gravedad en los que pueden desembocar (deshidratación severa, fiebre alta, disnea...).

Duración: 30 minutos.

Recursos: fotografías y pizarra.

### 2º Parte:

Técnica expositiva: se desarrollara una lección con discusión. El ejercicio consistirá en la proyección de las distintas fotografías que se han visualizado en la parte anterior añadiendo después un texto donde se explican que signos y síntomas se corresponden con las enfermedades diana y cuáles son los estados de gravedad más comunes en ellos. Posteriormente se realizará una pequeña discusión se resolverán dudas y preguntas.

Duración: 45 minutos

Recursos: Proyector y ordenador

### 3º Parte:

Técnica de análisis: irá dirigido al análisis de casos. En esta parte de la sesión se proyectarán varios casos hipotéticos de enfermos donde se mostrarán fotografías y se resumirá brevemente el estado general del enfermo. El objetivo de esta dinámica es que los integrantes de la sesión reconozcan que tipo de patología tiene el enfermo valiéndose de la información recibida anteriormente. Posteriormente se discutirá sobre los posibles problemas o dudas del ejercicio así como se pedirá a los participantes que cuenten y valoren experiencias propias con personas enfermas de su entorno.

Duración: 45 minutos

Recursos: Proyector, ordenador y pizarra.

## 8.5 Cuarta sesión

Los objetivos de esta última sesión irán enfocados a instruir a los participantes para que desarrollen habilidades y técnicas que mejoren el estado del enfermo e impidan su deterioro. Al finalizar se realizará una dinámica de cierre del curso y se valorará en conjunto.

### 1º Parte:

Técnica expositiva: lección con discusión. Se impartirá una pequeña charla sobre las principales técnicas para la mejora del estado del enfermo (técnicas de rehidratación oral, lactancia materna, disminución de la temperatura corporal, limpieza de secreciones...) y a continuación se realizará una demostración por parte de los docentes donde mostrarán las distintas habilidades a recordar.

Duración: 45 minutos.

Recursos: Proyector, ordenador, jeringas, agua, azúcar y pañuelos.

### 2º Parte:

Técnica de desarrollo de habilidades: se realizará una demostración práctica. El ejercicio consistirá en reproducir las principales habilidades que se han desarrollado en el ejercicio anterior. El instructor observará la corrección de las técnicas y al finalizar corregirá los principales errores y resolverá las dudas que surjan.

Duración: 45 minutos.

Recursos: Jeringas, agua, azúcar y pañuelos.

### 3º Parte:

Técnica de cierre grupal: se realizará la técnica del círculo mágico. Este ejercicio consiste en formar un círculo con las manos de los participantes. El formador describirá los beneficios de la unidad del círculo y la posición de simetría entre los participantes. Posteriormente se pedirá a los participantes que describan algo negativo que se queda fuera del círculo y algo positivo que continúa dentro. Se hará este ejercicio con el objetivo de reforzar el sentimiento y cohesión grupal, favorecer la expresión de sentimientos, hacer balance de los principales logros del curso y crear sinergias a fin de desarrollar futuros proyectos en la comunidad.

Duración: 45 minutos

Recursos: Pizarra y tiza.

## 9. Evaluación

### 9.1 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación del proyecto educativo se realizará por parte los participantes y los docentes de las sesiones dependiendo del ámbito que se quiera analizar.

#### Evaluación por parte del personal docente:

- **Captación:** se registrará de forma cuantitativa el número de participantes de cada sesión y los que se habían registrado pero no asistieron.
- **Desarrollo de las sesiones:** los docentes valorarán la actitud y el conocimiento del grupo, la idoneidad de los tiempos, temas y recursos además de la adecuación lenguaje y los contenidos al nivel formativo y a las necesidades de los participantes. Estos datos se valorarán de forma cualitativa mediante el análisis de los cuestionarios de evaluación de las sesiones realizados por los participantes (Anexos 2,3, 5 y 6).

#### Evaluación por parte de los participantes

- **Programación:** se realizará un cuestionario de satisfacción final (Anexo 8) donde se preguntará a los participantes sobre las características del proyecto educativo (adecuación de las fechas y horarios, número de sesiones y suficiencia de tiempo, lugar donde se imparten las sesiones, técnicas educativas empleadas, recursos utilizados, competencia del docente y su valoración global...).
- **Desarrollo de sesiones:** los participantes valorarán la actitud, el conocimiento, la adecuación del lenguaje y la claridad del docente mediante los cuestionarios de evaluación de cada sesión (Anexos 2,3, 5 y 6) . También valorarán si el curso ha respondido a los objetivos y expectativas que tenían mediante un cuestionario de satisfacción final (Anexo 8).

## 9.2 Evaluación de resultados

### Evaluación a corto plazo

La consecución de los objetivos específicos planteados en las áreas cognitiva, afectiva y de habilidades se analizará mediante la realización de distintos cuestionarios que se plantearán a continuación:

**Área cognitiva:** los objetivos cognitivos a evaluar son los siguientes:

- Definir los conceptos generales de las patologías
- Describir los principales signos y síntomas de las enfermedades diana.
- Identificar los factores de riesgo y los factores de protección de las distintas patologías.
- Analizar los comportamientos que favorecen y dificultan la transmisión de las enfermedades diana.
- Conocer los principales métodos para prevenir el agravamiento del estado del enfermo en las distintas patologías.
- Clasificar de forma adecuada la fase de la patología y la gravedad del estado del enfermo.

La consecución de estos objetivos cognitivos se valorará desde dos tipos de cuestionarios distintos; cuestionarios con preguntas abiertas Pre-Post intervención (Anexos 1 y 9) y cuestionarios de evaluación al finalizar cada sesión (Anexos 2,3,5 y 6).

**Área de habilidades:** los objetivos de habilidades a evaluar son los siguientes:

- Demostrar unas conductas higiénicas adecuadas.
- Administrar las terapias que prevengan el agravamiento del estado del enfermo
- Ejecutar las acciones que disminuyan los factores de riesgo de las distintas enfermedades.
- Realizar unos cuidados generales del enfermo según su patología.

La consecución de estos objetivos de habilidades se valorará mediante un el cuestionario de evaluación de la segunda y cuarta sesión (Anexos 3 y 6) y el registro del observador durante las sesiones que incluyan ejercicios de demostración de habilidades segunda y cuarta sesión (Anexos 4 y 7).

**Área afectiva:** los objetivos afectivos a evaluar son los siguientes:

- Sensibilizar de la importancia e incidencia de las enfermedades diana
- Compartir experiencias y vivencias propias.
- Verbalizar dudas e inseguridades acerca de la enfermedad.
- Valorar la importancia de las medidas preventivas.

La consecución de estos objetivos afectivos se valorará mediante el cuestionario de evaluación de la tercera sesión (Anexo 5) y la realización de un cuestionario de satisfacción final (Anexo 8).

### **Evaluación a medio y largo plazo**

Transcurridos 6 meses de la intervención educativa se enviará un cuestionario de evaluación final (Anexo 10) a los participantes donde se podrán valorar el mantenimiento y efectividad de los objetivos específicos cognitivos, afectivos y de habilidades a medio y largo plazo. También se realizará una reunión con los participantes donde se valorará las experiencias y aplicaciones que han hecho de los conocimientos adquiridos y los posibles resultados en salud del proyecto (descenso de la morbilidad de las enfermedades diana o cambios de actitud y comportamiento positivos respecto a la transmisión de las enfermedades diana).

## 10. Anexos

### Anexo 1: Cuestionario Pre-Intervención.

#### Conocimientos del participante:

Esta serie de preguntas están diseñadas para valorar los conocimientos previos de los participantes y visualizar la adquisición de conocimientos de los participantes mediante su comparación con el cuestionario Post-Intervención.

1. ¿En qué consiste la enfermedad de la leishmaniasis?
2. ¿Podría explicar cómo se produce la transmisión de la gripe?
3. Principales grupos de riesgo de las infecciones respiratorias.
4. Descripción de los principales signos y síntomas de la diarrea aguda
5. ¿Conoce o ha utilizado alguna vez la terapia de rehidratación oral?



## Anexo 2: Cuestionario de evaluación de la primera sesión

A continuación se valorarán distintos aspectos de la sesión educativa. Puntúe del 1 al 5 los distintos ítems marcando con una X, siendo 1 completamente de acuerdo con la afirmación y 5 completamente en desacuerdo con la afirmación.

### Sobre la sesión:

	1	2	3	4	5
La dinámica de iniciación grupal ha sido adecuada y pertinente.					
He interiorizado las principales características de la diarrea aguda.					
He aprendido las principales características de la leishmaniasis.					
Comprendo las principales características de las infecciones respiratorias.					
La sesión ha cumplido mis expectativas.					

### Sobre los formadores:

	1	2	3	4	5
Ha utilizado un lenguaje claro y conciso.					
Ha conseguido transmitir el mensaje.					
Ha incentivado la participación grupal.					
Los recursos utilizados han servido de ayuda.					
El tiempo utilizado y la programación de la sesión han sido adecuados.					

Comentarios o sugerencias para la mejora de las sesiones:

### Anexo 3: Cuestionario de evaluación de la segunda sesión.

A continuación se valorarán distintos aspectos de la sesión educativa. Puntúe del 1 al 5 los distintos ítems marcando con una X, siendo 1 completamente de acuerdo con la afirmación y 5 completamente en desacuerdo con la afirmación.

#### Sobre la sesión

	1	2	3	4	5
Comprendo los principales mecanismos de transmisión de las enfermedades diana.					
Identifico las conductas que favorecen la transmisión de las enfermedades diana.					
Conozco los comportamientos que impiden la transmisión de las enfermedades diana.					
He practicado y adquirido habilidades que impiden la transmisión de las enfermedades diana.					
La sesión ha cumplido mis expectativas.					

#### Sobre los formadores.

	1	2	3	4	5
Ha utilizado un lenguaje claro y conciso.					
Ha conseguido transmitir el mensaje.					
Ha incentivado la participación grupal.					
Los recursos utilizados han servido de ayuda.					
El tiempo utilizado y la programación de la sesión han sido adecuados.					

Comentarios o sugerencias para la mejora de las sesiones:

#### **Anexo 4: Registro del observador de la segunda sesión.**

Durante la ejecución del juego de roles que simula la cadena de transmisión de las enfermedades diana se realizara un registro por parte de un observador externo a fin de evaluar la adquisición de habilidades y comportamientos que eviten la transmisión de las enfermedades diana. Se marcará con una X en las distintas columnas SI/NO en función de la consecución de estas habilidades.

	SI	NO
El participante sigue las instrucciones impartidas por el personal docente		
El participante actúa de acuerdo a su rol asignado		
El participante demuestra habilidades adecuadas a la hora de prevenir la cadena de transmisión de las enfermedades diana.		
El participante adquiere conductas y comportamientos que evitan la transmisión de las enfermedades diana.		

## Anexo 5: Cuestionario de evaluación de la tercera sesión.

A continuación se valorarán distintos aspectos de la sesión educativa. Puntúe del 1 al 5 los distintos ítems marcando con una X, siendo 1 completamente de acuerdo con la afirmación y 5 completamente en desacuerdo con la afirmación.

### Sobre la sesión:

	1	2	3	4	5
Reconozco los principales signos y síntomas de las enfermedades diana.					
Se diferenciar las distintas enfermedades diana de otras patologías.					
Identifico los signos de gravedad de las enfermedades diana.					
He expresado mis sentimientos y experiencias propias respecto a las enfermedades diana.					
La sesión ha cumplido mis expectativas.					

### Sobre los formadores:

	1	2	3	4	5
Ha utilizado un lenguaje claro y conciso.					
Ha conseguido transmitir el mensaje.					
Ha incentivado la participación grupal.					
Los recursos utilizados han servido de ayuda.					
El tiempo utilizado y la programación de la sesión han sido adecuados.					

Comentarios o sugerencias para la mejora de las sesiones:

## Anexo 6: Cuestionario de evaluación de la cuarta sesión.

A continuación se valorarán distintos aspectos de la sesión educativa. Puntúe del 1 al 5 los distintos ítems marcando con una X, siendo 1 completamente de acuerdo con la afirmación y 5 completamente en desacuerdo con la afirmación.

### Sobre la sesión:

	1	2	3	4	5
Conozco los principales cuidados de las distintas enfermedades diana.					
He adquirido habilidades respecto al cuidado de las distintas enfermedades diana					
La dinámica de cierre grupal me ha parecido adecuada y pertinente.					
La sesión ha cumplido con mis expectativas.					

### Sobre los formadores:

	1	2	3	4	5
Ha utilizado un lenguaje claro y conciso.					
Ha conseguido transmitir el mensaje.					
Ha incentivado la participación grupal.					
Los recursos utilizados han servido de ayuda.					
El tiempo utilizado y la programación de la sesión han sido adecuados.					

Comentarios o sugerencias para la mejora de las sesiones:

## Anexo 7: Registro del observador de la cuarta sesión.

Durante la demostración de habilidades relacionadas con los cuidados en las distintas enfermedades diana se realizara un registro por parte de un observador externo a fin de evaluar la adquisición de estas habilidades y cuidados que eviten el empeoramiento del enfermo y ayuden en su recuperación. Se marcará con una X en las distintas columnas SI/NO en función de la consecución de estas habilidades.

	SI	NO
El participante sigue las instrucciones impartidas por el personal docente		
El participante demuestra la adquisición de habilidades en los cuidados de las infecciones respiratorias		
El participante demuestra la adquisición de habilidades en los cuidados de la leishmaniasis.		
El participante demuestra la adquisición de habilidades en los cuidados de la diarrea aguda.		

## **Anexo 8: Cuestionario de satisfacción final**

A continuación deberá responder a una serie de preguntas abiertas sobre la valoración global del curso y si está satisfecho con los resultados:

1. ¿Qué opinión general tiene de las sesiones y el curso en conjunto?
2. ¿Considera que ha cumplido sus expectativas?
3. ¿Opina que la elección de las fechas y los horarios ha sido adecuada?
4. ¿En qué medida cree que el número de sesiones y el tiempo utilizado en ellas ha sido suficiente?
5. ¿Considera adecuadas las técnicas educativas empleadas y los recursos utilizados?
4. ¿Opina que el centro de multiactividades de la ONU un lugar apropiado para realizar las sesiones?
5. ¿Qué valoración global sobre la competencia de los docentes?
6. ¿Cree que el curso puede resultarle de utilidad en un futuro?
7. ¿Opina que puede ayudar a sensibilizar acerca del problema de las enfermedades infecciosas diana?
8. ¿Ha modificado su visión de la importancia de las medidas preventivas para hacer frente a las enfermedades infecciosas diana?
9. Aspectos que considera susceptibles de mejora.

## **Anexo 9: Cuestionario Post-Intervención**

Esta serie de preguntas están diseñadas para valorar la adquisición de los conocimientos impartidos en el proyecto educativo. Se compararán con las contestadas en el cuestionario de Pre-Intervención.

1. ¿En qué consiste la enfermedad de la leishmaniasis?
  
2. ¿Podría explicar cómo se produce la transmisión de la gripe?
  
3. Principales grupos de riesgo de las infecciones respiratorias
  
4. Descripción de los principales signos y síntomas de la diarrea aguda
  
5. ¿Conoce o ha utilizado alguna vez la terapia de rehidratación oral?



## Anexo 10: Cuestionario de evaluación final

A continuación se valorarán distintos aspectos del proyecto educativo. Puntúe del 1 al 5 los distintos ítems siendo 1 completamente de acuerdo con la afirmación y 5 completamente en desacuerdo con la afirmación.

	1	2	3	4	5
Recuerdo la información principal de las distintas sesiones.					
He podido aplicar conocimientos o habilidades adquiridas durante las sesiones.					
He modificado comportamientos y factores de riesgo en la transmisión de las enfermedades diana.					
Valoro positivamente el trabajo realizado en las sesiones.					
Considero el proyecto educativo útil y pertinente.					

Debe responder a una serie de preguntas abiertas donde se valorará la consecución y mantenimiento de los objetivos específicos a medio y largo plazo:

1. ¿En qué consiste la diarrea aguda?
2. ¿Podría explicarme como se produce la transmisión de la leishmaniasis?
3. Principales cuidados en enfermos con infección respiratoria
4. ¿Podría describirme alguna situación donde haya aplicado en la práctica los conocimientos adquiridos en el curso?
5. ¿Qué habilidades adquiridas en el curso ha tenido ocasión de utilizar?
6. ¿Qué comportamientos o conductas ha cambiado después del curso?
7. ¿Opina que el curso le ha ayudado a sensibilizarse acerca de la importancia de las medidas preventivas en la transmisión de las enfermedades infecciosas diana?
8. ¿Cree que ha transmitido adecuadamente los conocimientos y habilidades adquiridos a su entorno laboral/social/familiar?

## Anexo 11: Cartel publicitario

Imagen libre de derechos de autor. Disponible en: <https://pixabay.com>



Traducción del texto:

Taller de prevención infecto-contagiosa en Zaatari, Jordania

Centro de multiactividades de la ONU, distrito 4

## 11. Bibliografía

1. Total Population. [Internet]. Washington DC: World Bank; 2014 [acceso 26 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/syrian-arab-republic>
2. World Development Indicators. [Internet]. Washington DC :World Bank; 2014 [acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi-2014-book.pdf>
3. Taleb B , Raed B, Foudad F, Coutts A, Wilcox M, Maziak W. Syria: health in a country undergoing tragic transition. Int J Public Health. 2015; 60(1): 63-72
4. Ferreyra M. Las fuerzas profundas y rivalidades confesionales en el escenario sirio. Contexto Internacional. 2013; 13 (37): 16-23
5. Garibo AP. La condición jurídica de las mujeres en el mundo islámico. Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. 2007; 7: 233-60.
6. Syrian Arab Republic. [Internet].Damasco: OMS; 2013 [acceso 15 de diciembre de 2015].Disponible en: <http://www.who.int/countries/syr/en/>
7. Price M, Gohdes A, Ball P. Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic. ONU, Office of the UN High Commissioner for Human Rights; 2014.
8. Cruz Roja Española. Plan de acción CRE Crisis Siria .Crisis en Siria y países vecinos. Informe de situación nº 5. España: Cruz Roja Española; 2014.
9. Murshidi M, Hijjaw M, Jeriesat S, Eltom A. Syrian refugees and Jordan's health sector. The Lancet. 2013; 282(9888): 206-7.
10. Un repaso a 2014 [Internet]. Ginebra: ACNUR; 2015. [acceso 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/10072.pdf?view=1>

11. Unhcr.org, Syria Regional Refugee Response [Internet]. Siria: Inter-agency Information Sharing Portal ACNUR; 2014 [fecha de actualización 19 de Enero de 2016; fecha de acceso 10 de Noviembre de 2015]. Disponible en:

<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/settlement.php?id=176&region=77&country=107>

12. UNICEF. Comprehensive Child Focused Assessment. Jordan, Zaatari Refugee Camp: UNICEF; 2015.

13. Expansión [Internet]. España; 2010 [actualizada diciembre de 2010; acceso 15 de diciembre de 2015]. Siria: EPA - Encuesta de Población activa. Disponible en:

<http://www.datosmacro.com/paro-epa/siria>

14. cbssyr.sy, Central Bureau of Statistics and Syrian Arab Republic Office Of Prime Minister [Internet]. Siria: cbssyr.sy; 2004 [actualizada el 21 de enero de 2015; acceso 12 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.cbssyr.sy/index-EN.htm>

15. Haddad Z. Cómo está cambiando la crisis el papel de las mujeres en Siria. Revista de migraciones forzosas. 2014;(47): 46-47.

16. Mercycorps.org, Mapping of Host Community-Refugee Tensions in Mafraq and Ramtha, Jordan [Internet]. Jordania: MercyCorps; May 2013 [actualizada 15 de enero de 2016; acceso 20 de noviembre de 2015]. Disponible en:

<https://data.unhcr.org/syrianrefugees/partner.php?OrgId=31>

17. Gil J, James AJ, Lorca A. El factor tribal en las revueltas árabes: capitalismo de familias y revolución política. Sociología Histórica 2012; 1(1): 189-208.

18. Baldi F, Bianco MA, Nardone G, Pilotto A, Zamparo E. Focus on acute diarrhoeal disease. World J Gastroenterol 2009; 15(27): 3341-48.

19. Moreira V, López San Román A. Diarrea aguda. Rev. esp. enferm. dig. 2005; 97(4): 290.

20. Farthing M, Salam M, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute Diarrhea in Adults and Children. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2013; 47(1): 12-20.

21. OMS [Internet]. Ginebra; 2013 [actualizada abril de 2013; acceso 15 de diciembre de 2015] Enfermedades diarreicas, Nota Descriptiva N° 330. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.

22. Valero N, Larreal Y, Arocha F, Gotera J, Mavarez A, Bermundez J, et al. Etiología viral de las infecciones respiratorias. *Invest Clin*. 2009; 50(3):359-68.

23. Llor C, Moragas A, Hernández S. Infecciones del tracto respiratorio .*AMF*. 2011; 7(3):124-35.

24. Castillo J, Díaz A, García O, Ríos M. Factores de riesgo del huésped en las infecciones respiratorias agudas, en menores de 5 años de edad. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*. 2008; 14(3):35-41.

25. OMS [Internet]. Ginebra; 2015 [actualizada noviembre de 2015; acceso 15 de diciembre de 2015] Neumonía, Nota Descriptiva N° 331. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>.

26. AMSE [Internet]. España; 2012 [actualizada 26 de julio de 2012; acceso 15 de diciembre de 2015]. Gripe- Epidemiología y situación mundial. Disponible en: [http://www.amse.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=203:gripe-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50](http://www.amse.es/index.php?option=com_content&view=article&id=203:gripe-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50).

27. OMS. Control of Leishmaniasis. Ginebra: Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis; 2010. WHO Technical Report Series 949

28. OMS [Internet]. Ginebra; 2015 [actualizada febrero de 2015; acceso 15 de noviembre de 2015]. Leishmaniasis, Nota Descriptiva n° 375. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>.

29. Nabil H, Hanadi S, Atef A, Jeffrey V, Samar A. Cutaneous leishmaniasis in the central provinces of Hama and Edlib in Syria: Vector identification and parasite typing. *Parasit Vectors*. 2015; 8: 524.
30. Inci R, Ozturk P, Mulayim MK, Ozyurt K, Alatas ET, Inci MF. Effect of the Syrian Civil War on Prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in Southeastern Anatolia, Turkey. *Med Sci Monit*. 2015; 21: 2100-4.
31. Alvar J, Vélez I, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS One*. 2012; 7(5).
32. Molías F, Marqués F, Sáez S, Guayta R. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. *UOC*. 2004;(22):27-28.
33. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *Am J Public Health*. 2003; 93(4):557-74.
34. Acnur.es, La Agencia de la ONU para los refugiados [Internet]. España: Acnur.es; 2001 [actualizada el 20 de enero de 2016; acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.acnur.es/>
35. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [acceso 16 de Diciembre 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf)
36. World Health Statistics. [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [acceso 5 de diciembre de 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)
- (37) UNHCR Jordan [Internet]. Jordania; 2014 [actualizada 9 de octubre de 2014; acceso 2 de diciembre de 2015] Zaatari Detailed Report Jan-Jun 2014. Disponible en: <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/settlement.php?id=176&country=107&region=77>

38. Talaat M, Afifi S, Dueger E, El-Ashry N, Marfin A, Kandeel A, et al. Effects of hand hygiene campaigns on incidence of laboratory-confirmed influenza and absenteeism in schoolchildren, Cairo, Egypt. *Emerg Infect Dis.* 2011; 17(4): 619-25.
39. Aieloo A, Larson E, Sedlak R. Personal health. Bringing good hygiene home. 2008:152-65.
40. Abdel-Aziz B, Mowafy A, Galal S. Assessing the impact of a community-based health and nutrition education on the management of diarrhea in an urban district, Cairo, Egypt. *Global journal of health science.* 2015; 8(2):46-55.
41. Luby S, Agboatwalla M, Feikin D, Painter J, Billhimer W, Altaf A, et al. Effect of hand washing on child health: A randomized controlled trial. *Lancet.* 2005; 366(9481):225-33.