

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO:
MÉDICO Y CIRUJANO**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
PACIENTES, FAMILIARES Y POBLACIÓN GENERAL SOBRE
DENGUE EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO SAN MIGUELITO
EN EL DEPARTAMENTO DE RÍO SAN JUAN, PERÍODO OCTUBRE
2006 – JUNIO 2007.**

REALIZADO POR:

BR. JOSÉ RAMÓN SILVA SALMERÓN

TUTOR: DR. EDILBERTO LACAYO (MSP)

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad del dengue se reporta desde hace unos 200 años en el continente americano y durante la última mitad del siglo XX las tasas de incidencia de esta enfermedad aumentaron en forma sustancial. (1)

De acuerdo a datos de la World Health Organization (WHO-OMS) más de cien países han sido ya afectados por epidemias de dengue. Las epidemias tienen comportamiento explosivo, sin embargo, siempre que no se presente la complicación hemorrágica la tasa de letalidad es muy baja. (22)

La OMS estima que anualmente ocurren más de 50 millones de casos nuevos de dengue clásico o hemorrágico; 500 mil de estos casos han sido hospitalizados y ha habido 200 mil defunciones, de las cuales un alto porcentaje son niños. (22)

El área urbana del municipio de San Miguelito, debido a sus condiciones climatológicas y socioeconómicas es teóricamente de alta susceptibilidad a epidemias de dengue debido a la existencia de múltiples condiciones para la formación de criaderos. Actualmente posee 70% de los casos de dengue confirmados por laboratorio en este municipio. (23)

Actualmente se acepta que la educación constituye uno de los pilares fundamentales en las medidas preventivas que nos permitan tener algún tipo de control sobre esta enfermedad, planteando la necesidad de campañas educativas permanentes que permitan a la población comprender los componentes que participan en la propagación de esta enfermedad. (2,5)

2. ANTECEDENTES

Clínicamente, el dengue se conoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores de dengue. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América, África y Asia, donde el vector principal *Aedes Aegypti* está presente continuamente. (1, 3, 5)

Actualmente la transmisión epidémica de fiebre dengue se intensifica y existe un resurgimiento global de la enfermedad con expansión de la distribución geográfica tanto del vector como de los virus, aumentando la incidencia de la afección causada por un aumento de la frecuencia de la transmisión epidémica y la emergencia de la fiebre hemorrágica por dengue en muchos países. (22)

La primera epidemia de dengue clásico de las Américas documentada en laboratorios estaba relacionada con el serotipo Den-3, y afectó a la cuenca del Caribe y a Venezuela en 1963-1964. Asimismo, la epidemia de 1970 estuvo asociada con los serotipos 2 y 3; en 1977 se introdujo en las Américas el serotipo Den-1, seguido de una epidemia devastadora que se prolongó hasta 1980. Todos los serotipos han sido aislados de casos autóctonos de las Américas; sin embargo, sólo los serotipos del dengue 1, 2 y 4 han estado circulando durante el período 1978-1991, mientras que el serotipo Den-3 fue aislado la última vez en Colombia y Puerto Rico en 1977. (1, 3)

Durante la década de los años 80 se reportaron 13,235 casos confirmados y durante el período 1990-2001 se reportan más de 63,700 casos confirmados en más de 28 países, incluida Nicaragua. (7)

Durante las décadas de 1980-1990 cinco países sudamericanos (Brasil, Bolivia, Paraguay, Ecuador y Perú) que no habían sufrido epidemias de dengue con anterioridad fueron azotados por epidemias explosivas causadas por el serotipo 1.

En 1981, Cuba notificó el primer brote importante de dengue hemorrágico ocurrido en las Américas. (1, 3)

Las estadísticas en Nicaragua señalan que desde su introducción al país se han reportado casos con epidemias importantes durante los años 1985, 1994, 1995, 2001, 2002 y 2005 con circulación de todos los serotipos del virus del dengue conocidos, incluyendo al Den-3 considerado el más peligroso por su evolución clínica, durante las epidemias 1994-1995. (23)

En el municipio de San Miguelito, los primeros casos de dengue fueron importados desde Costa Rica, presentándose 4 casos en la década de los 80. Las estadísticas de dengue en este municipio son recientes, ya que no existen registros anteriores al año 2003. (23)

Durante el 2003 se reportan 82 casos sospechosos con 7 confirmados; en el 2004 se reportan 38 casos sospechosos, de estos se confirmaron 2; en 2005, 181 casos sospechosos, de ellos 7 confirmados y hasta Octubre del 2006, 97 casos sospechosos con 13 casos confirmados. El 70% de los casos confirmados por laboratorio pertenecen al área urbana. (23)

Hasta este momento no existen estudios a nivel municipal ni departamental relacionados a conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue.

3. JUSTIFICACIÓN

Los factores responsables del resurgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos cincuenta años. El crecimiento sin precedentes de la población global, asociado a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministro de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos. (6, 7)

Otro factor es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico. El rociado con insecticidas para combatir los adultos no ha sido efectivo y ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente, la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al aumento del hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, políticas de salud pública que ponen énfasis en responder a las epidemias más que a prevenirlas con medidas de saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, el único método que ha demostrado ser efectivo. (6, 7)

Es importante valorar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen los habitantes del área urbana del municipio de San Miguelito referente al dengue, ya que debido a las características geográficas, socioeconómicas y climatológicas constituyen un grupo de alto riesgo en adquirir esta enfermedad.

La prevención y control del dengue son básicamente un problema de saneamiento doméstico, con poco o ningún gasto, los miembros de cada familia pueden ayudar

a controlar el problema al destruir y evitar la formación de criaderos de mosquitos sin utilizar productos químicos que merman su economía y dañan el medio ambiente. (22)

El desarrollo de planes educativos basado en estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al dengue puede ser un factor considerable para que se puedan promover prácticas adecuadas y proveer a la población información pertinente, eficaz y suficiente. (8)

Debido a que no existen estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los habitantes del área urbana de San Miguelito con respecto al dengue. Y considerando que la población de este lugar es altamente susceptible, esperamos que este trabajo sirva como base para acciones de promoción y prevención dirigidas a la población.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen sobre el dengue, los pacientes, familiares de pacientes y la población en general, en el municipio de San Miguelito, departamento de Río San Juan en el período Octubre 2006-Junio 2007?

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares y población en general sobre Dengue en el área urbana de San Miguelito, Río San Juan en el período Octubre 2006 – Junio 2007

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir algunas características sociodemográficas de la población en general del área urbana del municipio de San Miguelito, Río San Juan.
2. Identificar los conocimientos que tiene la población general en estudio, los pacientes y familiares acerca del dengue.
3. Determinar las actitudes de la población en general, pacientes y familiares con relación al dengue.
4. Identificar las prácticas que realizan la población, pacientes y familiares con relación al dengue.

6. MARCO CONCEPTUAL

En función de las dos características centrales de esta enfermedad, la presencia del vector y el tipo de dengue existente, así como la presencia o no de casos, se ha desarrollado una clasificación de escenarios epidemiológicos que organiza las zonas de intervención de la siguiente manera:

TABLA 6.1: Escenarios epidemiológicos

ESCENARIO EPIDEMIOLOGICO	PRESENCIA DEL VECTOR	PRESENCIA DE CASOS
I. Con riesgo de introducción	Sin presencia del vector	Sin casos de dengue
II. Mayor riesgo de introducción	Con presencia de vector	Sin casos de dengue
IIIa. Dengue clásico	Con presencia de vector	Con presencia de casos de dengue clásico
IIIb. Dengue hemorrágico	Con presencia del vector	Con presencia de casos de dengue hemorrágico

La clasificación de escenarios epidemiológicos ha permitido establecer el riesgo de transmisión de la enfermedad de las diferentes regiones, lo que contribuye a orientar de manera más efectiva las actividades de prevención y control. (2, 13,14)

6.1 LA COMUNICACION EDUCATIVA EN SALUD (11, 12)

La comunicación adquiere un sentido esencial para la prevención de enfermedades y la promoción del cuidado efectivo de la salud. La existencia de programas diseñados para la promoción de conductas saludables y el tratamiento precoz de enfermedades han enseñado su efectividad y también su bajo costo en relación con la de la acción curativa. Sin embargo comunicar para la salud no es fácil. Por un lado tenemos que la información varía permanentemente en la

medida que se desarrollan nuevas investigaciones; por otro lado la percepción de salud y enfermedad, cuerpo, vida y muerte en las poblaciones son distintas del patrón que guía el modelo biomédico; y, finalmente, los patrones de conducta tienen también un referente distinto. El reconocimiento de esta compleja realidad es imprescindible para poder avanzar en la búsqueda de la eficiencia.

Entendemos la comunicación y educación para la salud como instrumentos que nos permiten tender puentes, o negociar, entre formas de entender, conocer y comunicar distintas, buscando desde allí apuntar a la consolidación de una cultura de cuidado de la salud.

La **educación para la salud**, incide sobre el proceso que lleva a las personas a actuar de determinada manera frente a su salud, buscando que, a través de un proceso de reflexión, se tomen actitudes más acordes con el cuidado de la salud perdurables a través del tiempo. La educación para la salud reconoce la existencia de un sujeto productor de información y no solo receptor de la misma.

Los **modelos de comunicación para la salud**, privilegian el acceso a la información considerando las percepciones y necesidades del grupo objetivo seleccionado. En estas teorías la comunicación de masas ayuda en la explicación de factores que influyen sobre la transmisión de mensajes, su procesamiento y la respuesta ante los mismos.

En ambos casos es un eje transversal la construcción del sujeto como ciudadano, en la medida que tiene derecho a una buena salud, pero también el deber de su cuidado; el derecho a la democratización de la información (no solo en la forma, sino en el fondo), pero también el deber de su buen uso; el deber de cuidar la vida y el derecho al respeto de la misma.

Son tres las teorías que nos dan herramientas para el trabajo en campo, y por tanto, para la construcción de un modelo de intervención: La teoría de las etapas

de cambio, la teoría de las creencias de salud y la teoría de los discursos sociales. Cada una de ellas aporta elementos para el diseño e implementación de intervenciones educativo-comunicacionales que permitan mejorar la calidad de vida de la población; y la formulación del presente estudio recoge sus aportes.

La teoría de las etapas del cambio

La premisa básica de esta teoría es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto inmediato, y que los individuos tienen distintos niveles de motivación y disposición para el mismo. (17)

TABLA 6.2: Las etapas del cambio

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Pre contemplación	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambiar, dar información personalizada sobre riesgos y beneficios.
Contemplación	Se esta pensando en cambiar en el futuro cercano.	Motivar, alentar a realizar planes específicos.
Decisión/ intención	Se trazan planes para cambiar.	Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.
Acción	Implantación de planes de acción específicos.	Ayudar con retro información, solución de problemas, apoyo social refuerzo.
Mantenimiento	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, hallar alternativas, fallas/recaídas (según corresponda).

Como se observa en la tabla 6.2, se identifican cinco etapas relativas al proceso de cambio. El hecho de conocer la etapa en la cuál nuestro público está, respecto al cambio, permite que ajustemos las estrategias y los programas en función de sus necesidades en el proceso.

El modelo de creencias de salud

Este modelo propone que las acciones relativas a la salud están motivadas por un cierto cálculo entre el grado de temor (amenaza percibida) hacia las consecuencias

de cierto comportamiento versus el beneficio percibido por realizarlo o reemplazarlo

por otro. En este cálculo se entrecruzan una serie de aspectos que son reseñados en la tabla 6.3.(2, 13, 14)

TABLA 6.3: Creencias de salud

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Susceptibilidad percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una afección.	Definir nivel de riesgo de la población.
Gravedad percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una afección.	Conocer si la población identifica el riesgo de la afección
Beneficios percibidos	Opinión relativa a la eficacia de la acción respecto a la disminución del riesgo.	Definir como es el comportamiento. Aclarar los efectos positivos que deben ser esperados.
Barreras percibidas	Opinión respecto a los costos económicos, psicológicos y sociales de la acción que recomiendan.	Identificar las barreras percibidas y proponer formas de aminorarlas.
Señales para la acción	Estrategias para que se tome efectivamente la acción.	Se proporcionara información sobre la ejecución de la acción, recordando sus beneficios.
Autoeficacia	Confianza en la capacidad que cada uno tiene para tomar medidas y prevenir la enfermedad.	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción

Teoría de la construcción de los discursos sociales

Las teorías relativas al comportamiento suelen dejar fuera la problemática de construcción de los sentidos, propia de la comunicación. Para la teoría de la construcción de los discursos sociales, el sentido no es ofrecido en un mensaje, sino que es construido por el sujeto en función de su espacio, su ubicación social (las relaciones establecidas con el grupo humano) y sus referentes culturales. En el análisis, la teoría de los discursos sociales nos ayuda a identificar grupos que procesan de distinta manera la información, identificando también el sentido producido en su relación con la misma.

6.2. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ya desde la conferencia de Alma Ata en 1978 se afirmaba, como uno de los principios y estrategias básicas para la mejora de las condiciones de salud, la participación activa de la población en la planificación y aplicación de las acciones orientadas a este objetivo. Desde ese entonces, se han generado múltiples experiencias en las que la participación ha sido uno de los ejes estratégicos. Las concepciones de participación comunitaria en las que estas experiencias han descansado no siempre han sido, sin embargo, consistentes entre sí. (20)

La participación comunitaria puede ser entendida tanto como un medio cuanto como un fin. Las concepciones de participación comunitaria que la identifican como un medio suelen definirla como un recurso para mejorar el alcance de los programas hacia la población, obtener de ella la colaboración necesaria para su ejecución y lograr cierto nivel de movilización de recursos locales para mejorar la relación costo-eficiencia del programa implementado. Las concepciones de participación comunitaria que identifican a ésta como un fin la definen como el

proceso de empoderamiento de la comunidad, especialmente de aquellos sectores que se encuentran en condiciones de mayor marginalidad.

El empoderamiento .es un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud. Éste puede ser concebido en términos individuales o en términos colectivos. El empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para hacer decisiones y tener control sobre su vida personal. El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad. (20)

Esta capacidad de influencia y control se encuentra íntimamente relacionada a la capacidad de la comunidad de crear y consolidar redes que permitan trabajar colectivamente hacia el logro de objetivos y metas conjuntas. Es decir, a la capacidad de generar capital social. (2, 13, 14)

Los programas de promoción de la salud que emplean estrategias participativas suelen moverse en el marco de la .participación como medio., en tanto que las prioridades y estrategias suelen estar prefijadas, la participación suele tener un carácter colaborativo, la ejecución suele definirse únicamente en términos técnico-logísticos, las implicancias políticas de los procesos de participación suelen ser soslayadas y suelen apoyarse en grupos específicamente orientados hacia las tareas previstas y relativamente al margen de las organizaciones sociales y políticas locales. El concepto de promoción de la salud, sin embargo, es más compatible con una visión de la participación como fin. (12)

Esta multiplicidad de factores y aspectos del proceso salud-enfermedad que se encuentran implicados en la promoción de la salud sólo son asibles, adoptando una concepción de la participación que sitúe la salud en el contexto social, político y cultural de las comunidades en las cuáles se quieren fomentar estos procesos de cambio. Es con este enfoque que se realiza el presente estudio.

6.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE LA COMUNIDAD

En vista de lo anterior, la posibilidad de que la población asuma conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) adecuados en relación con la prevención y tratamiento oportuno del dengue se encuentran influenciados a dos niveles: un primer nivel de factores indirectos y uno segundo de factores directos. (15)

Los factores indirectos son aquellos que responden a procesos que exceden el ámbito individual, pero que influyen en éste. Algunos de estos factores se sitúan en el nivel comunitario y otros, en el ámbito del hogar. Dentro de este conjunto de factores indirectos, se pueden distinguir tres grupos: Los factores sociales, tales como las características de la comunidad, los patrones de migración temporal, las características sociodemográficas de los hogares y el acceso y uso a los medios de comunicación; los factores culturales, especialmente el discurso social sobre la enfermedad; y los factores de intervención, relacionados a las características de los establecimientos de salud y la participación en las actividades de prevención y control.

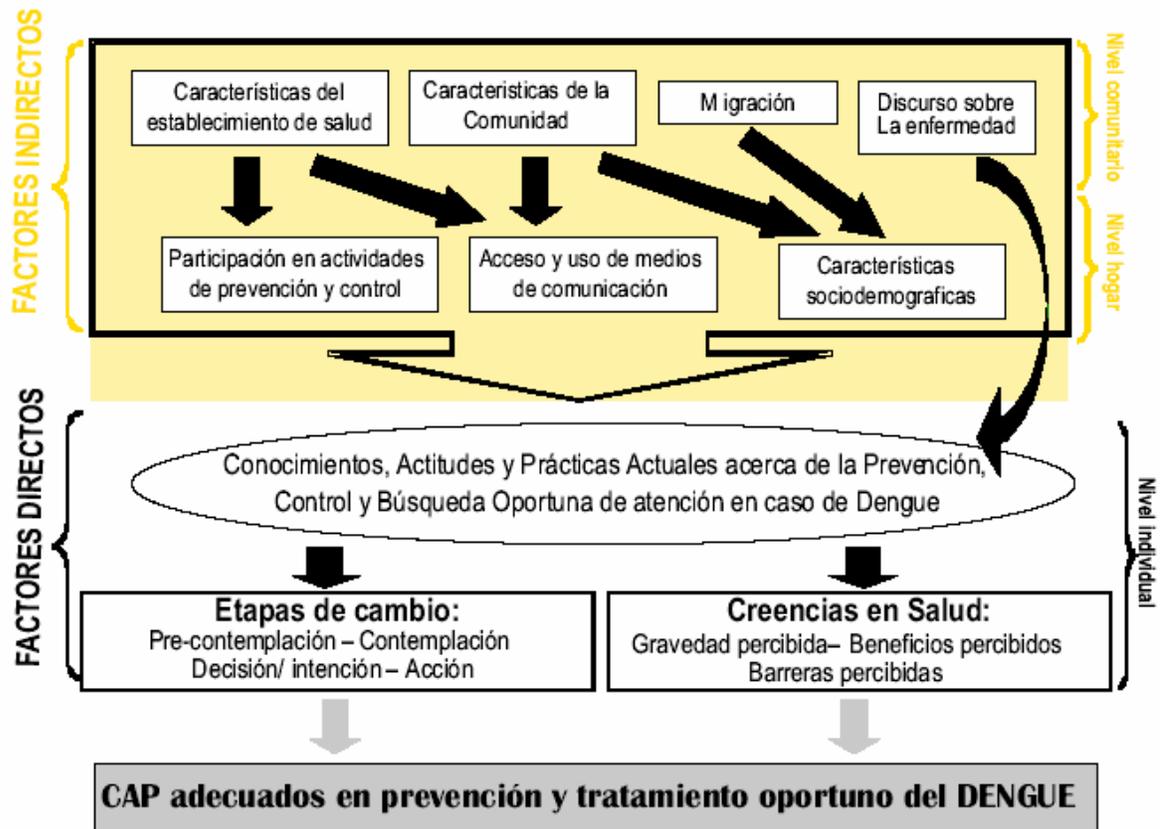
Cada uno de estos tienen diferentes tipos de influencia en los CAP actuales de la población: Los factores sociales influyen en el acceso a información sobre la enfermedad y forman el contexto en el cual se dan las prácticas de prevención y control del dengue. Los factores culturales conforman el marco de referencia en el cual los CAP propuestos por los servicios oficiales de salud pueden ser considerados aceptables, coherentes o factibles. Los factores de intervención, por su parte, influyen en el nivel de exposición que la población puede llegar a tener en relación con los mensajes de prevención y control del dengue; aspecto que influye tanto en los CAP actuales como en el proceso mismo de cambio de prácticas.

Tanto los CAP actuales como los procesos de cambio de prácticas son parte de los factores directos que influyen en la adopción de CAP adecuados de prevención

y control del dengue por parte de la población. Estos factores se sitúan en el nivel individual y son los condicionantes inmediatos del potencial de cambio de comportamientos.

En el proceso de cambio de prácticas de salud entre los CAP actuales y los CAP adecuados, median una serie de procesos que siguen una secuencia que se encuentra ya sistematizada en la teoría de las etapas de cambio de comportamiento; secuencia cuyo desarrollo depende de las percepciones acerca de la gravedad del problema de salud, los beneficios de las nuevas prácticas y las barreras percibidas para su puesta en marcha, aspectos desarrollados en el marco de la teoría de creencias de salud.

El estudio contempla estos dos niveles de influencia en la adopción de conocimientos, actitudes y prácticas adecuados en relación con el dengue, así como el proceso que media entre los CAP actuales y los CAP adecuados. Fuentes centrales para la construcción de este enfoque, además de los factores ya referidos factores sociales y culturales subyacentes a la epidemiología del dengue, son las herramientas y desarrollos provenientes de la comunicación educativa en salud y de la conceptualización de la participación ciudadana, previamente descritos. (9, 13, 15)



Prácticas y conocimientos en el ámbito domiciliar

Las prácticas son acciones que realizan las personas porque están referidas a un sentido, a un significado. Estos significados tienen la peculiaridad de que, a la vez que son individuales- ya que están basados en experiencias anteriores- están circunscritos histórica y socialmente, o sea, en determinadas condiciones sociales y culturales. (18)

Por ejemplo: Práctica de uso de medicamentos. Recurrencia a la medicación incorrecta contraindicada y/o uso de medicamentos prescritos por un médico o un farmacéutico en algún episodio de dengue.

Práctica de uso de SRO. Recurrencia a la administración de sales de rehidratación oral al enfermo, en cualquier momento del episodio de dengue.

6.4 CONCEPTOS

Conocimiento: implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que se debe hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis. La especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. (18)

Actitud: estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un flujo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. (16)

Práctica: el comportamiento está determinado por la práctica, conducta, reacciones, es decir todo lo que acontece el individuo y de lo que él participe, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida por una situación común. (18)

La principal utilidad de las encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CAPS), es que la información obtenida **puede ser utilizada para el diseño de intervenciones educativas** que logren que los sujetos adopten comportamientos de autocuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población. (18)

Los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el dengue, son entre otros, importantes factores que determinan acciones y condiciones tanto para prevenir como para favorecer la enfermedad, así como también influyen en la eficacia de las medidas terapéuticas adoptadas para la atención de la misma. (19)

En numerosos estudios se ha abordado el aspecto cultural para tratar de explicar la conducta de la población con respecto al dengue y se ha hecho hincapié en la importancia de analizar las percepciones de la comunidad acerca de la enfermedad.

Durante el 2004 se presentó la mayor epidemia de dengue clásico en la historia de Tegucigalpa, lo cual motivó actividades de control a gran escala por parte de la Secretaría de Salud de Honduras, luego se aplicó una encuesta CAP que concluye que posterior a la jornada de sensibilización en el ámbito escolar, se mostró un incremento significativo en el conocimiento de los alumnos en las variables: dengue causado por un virus (78.5% frente a 56.6%), ciclo de vida del vector (79.4% frente a 23.6%) y reducción de fuentes -la medida más eficaz de control del vector- (85.2% frente a 58.1%); los incrementos en todas las variables tuvieron un valor de $P > 0.00001$. También en el conocimiento de los maestros se obtuvieron resultados significativos en las mismas variables: dengue causado por un virus (80.0% frente a 30.0%; $P = 0.03$), ciclo de vida del vector (70.0% frente a 20.0%; $P = 0.01$) y reducción de fuentes (90.0% frente a 40.0%; $P = 0.04$). (19)

Otro estudio realizado en Lima, Perú en el año 2004 se realizó para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al dengue en tres distritos de Lima. En este estudio 69.2% manifestó conocer el dengue, aunque de estos sólo 65% poseían un conocimiento aceptable; 55% de la población almacenaba agua en sus viviendas; 73.9% identificaron la fiebre como manifestación clínica; 29.1% dolor de huesos; apenas 12.1% el dolor retroorbital; 72.2% de los encuestados refirieron limpiar los recipientes semanalmente. (24)

En el año 2000 se realizó un estudio CAP acerca del dengue en un barrio de Asunción, Paraguay. Los resultados demostraron que 96.8% conocía que los mosquitos pueden transmitir enfermedades, 89.1% no estaba organizado en su comunidad para luchar contra el dengue, 61.8% cumplió con cuidados higiénicos de prevención en el hogar. Este estudio concluyó en que la población estudiada poseía conocimientos adecuados con respecto a las características del dengue y el control de los mosquitos, que existe escasa participación en actividades comunitarias y que a pesar de que los conocimientos adecuados no necesariamente derivan en prácticas preventivas.

(21)

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: área urbana del municipio de San Miguelito, departamento de Río San Juan. Ocupa una extensión de 924 km² y limita al norte con los municipios Morrito y El Almendro; al sur con San Carlos; al este Nueva Guinea (R.A.A.S) y al Oeste con el lago Cocibolca. Posee una población aproximada de 3,850 habitantes. Representa la zona con mayor tasa de pluvialidad del país. Asimismo posee las características de estar bañado por las aguas del Río San Juan y las del Gran Lago, y debido a que el agua potable llega por pocas horas al día, todos los habitantes deben acumular agua en recipientes.

Universo: comprende a la población del área urbana del municipio de San Miguelito que consta de aproximadamente 1,300 habitantes.

Muestra: se seleccionó una muestra representativa de la población que consta de 150 personas. Esta fue obtenida tomando en cuenta:

Tamaño del universo: 1,300 personas

Error máxima aceptable: 5%

Porcentaje estimado de la muestra: 13%

Nivel de confianza: 95%

Selección de la muestra: se seleccionó una muestra a través de un proceso mixto, en donde los sujetos de estudio fueron escogidos de la siguiente manera:

- 10 personas con resultados de laboratorio positivos para dengue (n=10).
- 3 familiares de cada uno de estos pacientes con resultados positivos (n=30).
- 110 personas, las cuales fueron visitadas en sus casas de habitación (n=110).

Unidad de análisis: Paciente que ha padecido de dengue, familiar de paciente y poblador mayor de 16 años residente del área urbana del municipio de San Miguelito.

Criterios de inclusión:

1. Que el encuestado fuera mayor de 16 años.
2. Que tuviera al menos 2 años de residir en el área.

Criterios de exclusión:

1. Que no permitiera la entrada del encuestador a su casa.
2. Que no se encontrara en pleno uso de sus facultades mentales.

Tipos de muestreo:

- A los pacientes con pruebas positivas y a los familiares se realizó un muestreo por conveniencia, no probabilístico.
- A la población en general se aplicó un muestreo aleatorio simple utilizando números aleatorios y luego se visitó a las personas escogidas.

Recolección de la información:

Para conocimientos y actitudes: Se realizó una encuesta a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, utilizando un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y de opción múltiple. Para determinar las actitudes una variación del diferencial semántico de Osgood.

Para evaluar las prácticas se realizó observación directa de las casas visitadas, en la cual se observó los cuartos y alrededores del inmueble utilizando una guía de observación previamente establecida.

Análisis de la información: la información obtenida de las variables estudiadas fue analizada de acuerdo a los objetivos específicos y se trabajaron de manera

que se pudiera optimizar la información recolectada. Los resultados se presentan en gráficos y tablas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

CARACTERISTICAS GENERALES Y SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ENCUESTADOS

Variable	Definición	Valor
Edad	Cantidad de tiempo que ha transcurrido tras el nacimiento de una persona.	➤ Años cumplidos.
Sexo	Definido por las características fenotípicas de la persona al nacer.	➤ Masculino. ➤ Femenino.
Procedencia	Lugar en el cual reside la persona actualmente.	➤ N° Sector en el que habita
Escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado.	➤ Analfabeta. ➤ Primaria. ➤ Secundaria. ➤ Otros.
Ocupación	Actividades o tareas que desempeña una persona.	➤ Ocupación desempeñada.
Religión	Conjuntos de creencias, dogma y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado.	➤ Católico. ➤ Evangélico. ➤ Testigo de Jehová. ➤ Otro. ➤ Ninguno.
Fuente de agua	Lugar del cual se abastece la persona de agua para sus diferentes usos.	➤ Tubería. ➤ Pozo comunitario. ➤ Pozo propio. ➤ Otro.
Energía eléctrica	Si la persona posee servicio de electricidad en su casa.	➤ Si. ➤ No.

VARIABLES PARA DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LOS ENCUESTADOS.

Variable	Definición	Valor
1. Conocimiento del dengue	Si la persona conoce información del dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
2. Fuente de información acerca del dengue	A través de cual(es) medio(s) o institución(es) la persona ha obtenido información del dengue.	<ul style="list-style-type: none"> a. Radio. b. TV. c. Periódico. d. Personal de salud. e. Afiche. f. Colegio. g. Iglesia. h. Familia. i. Amigos.
3. Vector del dengue	Conocimiento del encuestado sobre quien transmite el dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Aedes Aegypti. b. Otro.
4. Hábitat del vector que transmite el dengue	Conocimiento del encuestado sobre el lugar donde se reproduce el vector del dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Llantas. b. Botellas c. Floreros. d. Barriles. e. Pilas. f. Vegetación. g. Otros criaderos.
5. Medidas de erradicación del vector del dengue	Conocimientos de medidas para erradicar al vector del dengue.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Fumigar. b. Abatizar. c. Eliminar criaderos. d. Otros.
6. Manifestaciones clínicas del dengue	Conocimientos de los signos y síntomas del dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No
		<ul style="list-style-type: none"> a. Fiebre. b. Cefalea. c. Mialgia. d. Artralgia. e. Dolor retroocular. f. Escalofrío. g. Petequias. h. Otros.
7. Signos de alarma de las complicaciones del dengue	Conocimiento de los signos y síntomas de atención de emergencia del dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Manifestaciones de sangrado. b. Disnea. c. Dolor abdominal. d. Otros.

8. Evolución natural de la enfermedad	Conocimiento de la duración del dengue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. 1-3 días. b. 4-7 días. c. Otros.
9. Tratamiento adecuado para la enfermedad del dengue	Conocimientos básicos de las medidas farmacológicas y no farmacológicas para tratar el dengue.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Acetaminofén. b. SRO. c. Abundantes líquidos. d. Otro AINE. e. Otros.
10. Contraindicaciones en caso de dengue	Conocimiento de cuales medicamentos no deben ser utilizados para tratar el dengue.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si. ➤ No.
		<ul style="list-style-type: none"> a. Aspirina. b. Diclofenac. c. Antibióticos. d. Otros.

VARIABLES PARA DETERMINAR LAS ACTITUDES DE LOS ENCUESTADOS

Variable	Definición	Valor
1. Actitud con respecto al dengue	Comportamiento de la persona cuando se enferma de dengue	a. Si. b. No.
2. Actitud con respecto al personal de salud	Comportamiento de la persona al enfrentar la enfermedad con respecto al personal de salud.	a. Personal de salud. b. Otros.
3. Actitud frente al tratamiento	Comportamiento al seguir el tratamiento indicado por el personal de salud para el dengue.	a. Si. b. No.
4. Actitud frente al compromiso comunitario	Actitud de la persona al asumir su compromiso comunitario.	a. Si. b. No.
5. Actitud frente a la responsabilidad comunitaria	Conducta asumida al confrontar su responsabilidad social	a. Destruirlo de inmediato. b. Informar al MINSA. c. Esperar el fin de semana. d. Nada.
6. Actitud frente a las medidas de prevención de la enfermedad y control del vector	Comportamiento adoptado frente a las medidas de control del vector del dengue	a. Si. b. No.

**VARIABLES A SER UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS DE
LOS ENCUESTADOS**

Variable	Objetivo	Valor
1. Presencia de criaderos del mosquito Aedes.	Detectar la presencia de criaderos en el área de la vivienda	a. Si b. No
2. Estado de la vegetación en los alrededores de la casa	Observar si el estado de la vegetación es favorable o no para la reproducción de mosquitos (frondosidad, humedad, etc.)	a. Favorable b. No favorable
3. Presencia de mosquiteros en los cuartos.	Existencia de mosquiteros instalados para la prevención del dengue	a. Si b. No
4. Presencia de recipientes con agua recolectada	Observar si la persona recolecta agua en algún recipiente	a. Si b. No
5. Condiciones higiénicas de los recipientes en los cuales se almacena agua	Observar si los recipientes presentan facilidades para la reproducción del mosquito.	a. Si b. No
6. Presencia de abate en los recipientes de recolección de agua.	Observar la presencia de abate en los recipientes con agua	a. Si b. No
7. ¿Utiliza algún producto para eliminar los mosquitos de su casa?	Observar cuales son los tipos de productos químicos más utilizados por la población.	➤ Si ➤ No
8. –En caso positivo: pida que le muestre cuales utiliza		a. Aerosol b. Abate c. Espirales d. Otros

8. RESULTADOS

Datos sociodemográficos:

Se encuestó un total de 150 personas distribuidas en 43 casas que incluyen los cinco sectores del área urbana del municipio de San Miguelito y los resultados fueron los siguientes:

Más de la mitad de la población encuestada poseía 40 años de edad o más (tabla 1).

El sexo predominante dentro de nuestro estudio fue el femenino, la religión más profesada la católica y la ocupación más referida ser ama de casa, seguida de cerca por los estudiantes (tabla 1).

Observamos también que los sectores más representados son 1 y 5, los cuales también son los más grandes (mapa 1).

Menos de la mitad de los encuestados ha aprobado la educación primaria y todos ellos reciben los servicios de energía eléctrica y de agua a través de tubería domiciliar, el agua es potable (tabla 1).

Resultados de conocimientos de la población general (n=110)

Casi la totalidad de la población general ha escuchado información acerca del dengue (tabla 2) y el medio por el cual han obtenido la información con más frecuencia es la radio, seguida muy de cerca por la televisión, sin menospreciar el papel del personal de salud. Es de destacar que en ninguna de las iglesias que frecuentan han escuchado información del dengue (gráfico 1).

Al indagar los resultados, la mayoría refiere conocer al vector del dengue (tabla 3); sin embargo sólo una pequeña fracción respondió al nombre del *Aedes Aegypti* (gráfico 2). Asimismo los encuestados respondieron conocer los criaderos del vector del dengue (tabla 4), destacando como los más conocidos las llantas y los barriles (gráfico 3).

Sobre los conocimientos para erradicar al vector del dengue, casi la totalidad de la población respondió saber que hacer (tabla 5), siendo las respuestas más comunes fumigar y abatizar (gráfico 4).

Dentro de la sintomatología más frecuente conocida por la población sobresalen la fiebre y cefalea; en cambio el dolor retroorbitario es escasamente referido (gráfico 5). Mientras que al referirse a los signos de alarma, las manifestaciones de sangrado superan por un amplio margen a las demás (gráfico 6).

Menos de la mitad de los encuestados refirió conocer cuanto dura la enfermedad (tabla 8), acertando la mitad de ellos el período de 4-7 días (gráfico 7).

Al preguntar por tratamientos a utilizar en caso de dengue destaca acetaminofén como el más referido seguido por las SRO (gráfico 8); sin embargo muy pocos conocen los medicamentos contraindicados (tabla 10), siendo ASA y diclofenac los más señalados (gráfico 9).

Resultados de conocimientos de familiares de pacientes (n=30)

Una amplia mayoría de los encuestados ha escuchado hablar sobre dengue (tabla 2), de este grupo, los que más destacan son sus familiares y el personal de salud, seguidos por los medios masivos de comunicación (gráfico 1).

Con respecto a los conocimientos relacionados al vector, tres cuartas partes de los encuestados refieren conocer al vector del dengue (tabla 3), sin embargo menos de la mitad de estos nombró al *Aedes Aegypti* como responsable (gráfico 2).

Los criaderos más conocidos son las llantas y barriles, pero nadie tomó en cuenta la vegetación como un criadero potencial (gráfico 3) y las medidas más conocidas para erradicar al vector del dengue son la fumigación y la abatización (gráfico 4).

Los síntomas del dengue más referidos son fiebre y cefalea (gráfico 5); los signos de alarma son desconocidos para la gran mayoría de los encuestados (30%) (tabla 7), y de estos, apenas la mitad conoce las manifestaciones de sangrado y ninguno la disnea (gráfico 6).

Sólo la mitad de los encuestados refiere conocer los períodos de duración del dengue (tabla 8), siendo el más conocido el de 4-7 días (gráfico 7).

Los familiares de pacientes incluyen acetaminofén y otros AINE dentro del tratamiento para el dengue, relegando la fluidoterapia a un segundo plano (gráfico 8).

Dentro de los medicamentos que no se deben utilizar ASA es el más comúnmente referido por los encuestados (gráfico 9).

Resultados de conocimientos de pacientes (n=10)

Como es de esperarse, al preguntar a los pacientes si conocían sobre el dengue todos respondieron afirmativamente (tabla 2); luego, fuera de su propia experiencia personal nombraron al personal de salud y la radio como los medios a través de los cuales estas personas recibieron información (gráfico 1).

Con respecto a los conocimientos relacionados con el vector del dengue, la mayoría refiere conocerlo (tabla 3), sin embargo apenas la tercera parte de estos respondió adecuadamente (gráfico 2).

Las llantas, barriles y pilas de agua fueron los criaderos más reconocidos por los pacientes encuestados (gráfico 3).

Todos refieren conocer medidas para erradicar al mosquito (tabla 5) bien fuese fumigando y/o abatizando (gráfico 4).

Asimismo todos refieren conocer la sintomatología del dengue (tabla 6) sobresaliendo fiebre, cefalea mialgias y artralgias, las cuales fueron enumeradas por todos ellos (gráfico 5). La sintomatología de alarma referida por todos los pacientes fueron las manifestaciones de sangrado (gráfico 6) y el período de duración del dengue propuesto de 4-7 días (gráfico 7).

Acetaminofén y SRO fueron referidos por todos los encuestados como el tratamiento adecuado en caso de dengue (gráfico 8).

Todos los encuestados refirieron que no debe usarse ASA en caso de dengue; seguido de los antibióticos (gráfico 9).

Resultados de las actitudes de la población en general (n=110)

Casi la totalidad de la población refiere que solicitaría ayuda en caso de dengue (tabla 11), y que al hacerlo sería al personal de salud (gráfico 10) y que seguirían todas las instrucciones de estos (gráfico 11).

Tres cuartas partes de los encuestados refirieron que participarían en jornadas para eliminar los criaderos del mosquito (gráfico 12); y la gran mayoría que destruiría de inmediato de encontrarlos en sus casas (gráfico 13).

Casi todos los encuestados aseguran que permitirían la entrada al trabajador del MINSA para control de vectores (gráfico 14).

Resultados de actitudes de los familiares de pacientes (n=30)

Una amplia mayoría de los encuestados refirió que buscaría ayuda en caso de enfermar de dengue (tabla 11), y que de hacerlo consultarían con personal de salud (gráfico 10); asimismo refirieron que seguirían todas las instrucciones de ellos (gráfico 11).

Apenas la mitad de los encuestados participarían en jornadas para eliminar criaderos (gráfico 12); sin embargo refirieron que destruirían los criaderos de inmediato si hubiese alguno en sus casas (gráfico 13).

Casi todos los familiares encuestados permitirían la entrada del personal del MINSA en sus casas (gráfico 14).

Resultados de actitudes de los pacientes (n=10)

Todos los encuestados afirman que en caso de buscar ayuda (tabla 11) por el dengue consultarían con el personal de salud (gráfico 10) y que seguirían todas sus recomendaciones (gráfico 11).

La mayoría participaría en jornadas de eliminación de criaderos (gráfico 12); y todas ellas refieren que destruirían los criaderos que hubiese en sus casas (gráfico 13) y que permitirían la entrada del trabajador del MINSA en su hogar (gráfico 14).

Resultados de las prácticas de la población (n=40)

- A través de observación directa de 40 viviendas se obtuvieron los siguientes resultados:

La mayor parte de las casas visitadas poseía al menos un criadero de mosquito destacando como los más afectados los sectores 1 y 5 (gráfico 15).

La mayoría de las casas no presentaba estados de vegetación favorable para la reproducción del mosquito. Sin embargo si pudimos observar estados de vegetación favorables para la cría de mosquito en las áreas verdes distribuidas en el casco urbano (gráfico 16).

75% de las casas visitadas contaban con mosquiteros instalados en sus cuartos, (gráfico 17).

Todas las casas visitadas poseían algún tipo de recipiente con agua recolectada para diferentes usos (gráfico 18).

En gran parte de las casas los recipientes en los cuales se almacena agua se encontraban limpios, mientras que en casi una cuarta parte de las casas se encontraban sucios (gráfico 19).

Apenas en una tercera parte de las casas se pudo observar la presencia de abate (gráfico 20) y poco más de la mitad de los pobladores refirieron utilizar productos para combatir los mosquitos (tabla 12) destacando los espirales y los insecticidas en aerosol (gráfico 21).

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La gran mayoría de personas encuestadas pertenece al grupo de 41-50 años seguido por el grupo de mayores de 50 años. Debido a que en su mayoría el estudio se llevó a cabo en horas de la mañana, hubo un predominio del sexo femenino entre los interrogados y la mayoría son amas de casa.

Más de la mitad población encuestada pertenece a los sectores 1 y 5 (33% y 22% respectivamente) los cuales son los más grandes y su población es la de menos recursos (mapa 1). La mayoría de la población encuestada posee algún grado de escolaridad, mientras que 63% de la población encuestada profesa la religión católica.

Todos los pobladores encuestados reciben los servicios de agua a través de tubería domiciliar y también energía eléctrica.

Conocimientos de los encuestados con respecto a la enfermedad:

Casi la totalidad ha escuchado acerca de la enfermedad, siendo los medios de comunicación más influyentes la radio y la TV, sin menospreciar al personal de salud. Estos es comparable con resultados obtenidos en un estudio realizado aplicados a poblaciones de características similares en un barrio de Asunción, Paraguay en 2002. (21)

Sin embargo, la sola difusión resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención.

Asimismo la gran mayoría de la población conoce que la enfermedad la transmite un mosquito (80%), a pesar de no conocer cual de ellos es el transmisor. Esto es

también comparable con el estudio referido anteriormente, en el cual 85.1% de la población conoce que el dengue es transmitido por mosquitos. (21)

Al preguntarle si conocía los criaderos del vector, casi la totalidad de las personas respondió afirmativamente, resultados superiores a los obtenidos en el estudio de Asunción, Paraguay. (21)

Al preguntar por las medidas para erradicar al mosquito todos los encuestados respondieron fumigar, y 68% tomó en cuenta la abatización, aunque sólo 43% se refirió a la destrucción de los criaderos del mosquito, lo cual indica que este aspecto aún no se encuentra consolidado en la población. A pesar que se encuentra demostrado que la destrucción de criaderos es más eficaz que los demás métodos para combatir al mosquito *Aedes*. Estos resultados son compatibles con estudios realizados en Honduras, en los cuales apenas 58.1% tomaba en cuenta la destrucción de fuentes como medida de prevención. (19) Podríamos ubicar a este grupo dentro de la etapa de pre-contemplación con respecto al cambio.

De igual manera, la mayor parte de los encuestados refiere conocer la sintomatología que produce el dengue, coincidiendo todos en síntomas tales como cefalea, mialgias y artralgias hasta en un 92%, mientras que todos ellos asociaron la fiebre con el dengue. Otros síntomas tales como dolor retroorbital y escalofríos, así como las petequias son poco conocidos. Resultados comparables fueron obtenidos en estudios CAP en tres distritos de Lima, Perú en 2004 a poblaciones de similares características (24).

Gran parte de los encuestados desconoce los signos de alarma del dengue y los que conocen, como el personal de salud que fue encuestado, obvian la disnea y el dolor abdominal. Los pacientes y familiares de pacientes presentan algún conocimiento de estos, pero en la población en general prácticamente es nulo.

La mayoría de las personas encuestadas desconoce el período de duración del dengue y de los pocos que refieren conocer, apenas el 50% coincide con el tiempo real de duración de la enfermedad. Estos resultados son más altos que los obtenidos en escuelas de Tegucigalpa, Honduras, en el cual apenas el 23% de los encuestados coincidieron con la respuesta adecuada, si tomamos en cuenta a los adultos encuestados en este estudio.(19)

La mayor parte de los encuestados refiere conocer como tratar la enfermedad, sin embargo la fluidoterapia es relegada a un segundo plano, lo cual es compatible con niveles bajos de conocimiento.

Al preguntarles por los medicamentos restringidos ASA y otros AINE como Diclofenac, figuraron entre las respuestas más comunes.

Con respecto a las actitudes:

Casi la totalidad de la población encuestada refiere que en caso de enfermarse acudiría en primer lugar con el personal de salud. Cabe destacar que ninguno de los encuestados mencionó al curandero, lo cual es de destacar debido a la tendencia propias de la comunidad de consultar con estas personas.

Asimismo respondieron que aceptarían todas las instrucciones que el personal de salud le proporcionara, colocando a este grupo dentro de los que toman en cuenta los “beneficios percibidos” considerando las creencias en salud.

Sin embargo la mayor parte de la población refiere que participaría en la destrucción activa de criaderos fuera en la comunidad y que destruiría los criaderos existentes en su casa en caso de que hubiera alguno de forma inmediata. Sin embargo la inmensa mayoría nunca había participado en actividad comunitaria alguna. Estos resultados son compatibles con otros estudios, en

donde 89% de la población nunca había participado en jornadas comunitarias y referir que si lo harían. (21)

Esto fue definido por Allport como “**segregación del conocimiento con respecto a la conducta**” y se constata en la aparente contradicción que surge al confrontar los datos: ya que conocen de que manera pueden apoyar en la destrucción de los criaderos y no lo hacen en la práctica. Lo cual coloca a estos pacientes en la etapa de contemplación con respecto al cambio de conducta.

Prácticamente todos los encuestados permitirían la entrada del trabajador de la salud que anda fumigando o abatizando en su casa, demostrando que existe interés por prevenir la formación de criaderos. Debido a esto lo ubicamos dentro del bloque de autoeficacia con respecto a las creencias en salud.

En cuanto a las prácticas:

A través de la observación directa pudimos constatar que dos terceras partes de los hogares visitados tenían al menos un criadero, lo cual demuestra que a pesar de conocer los espacios donde se cría el mosquito, hace falta el esfuerzo por destruirlo. Debido a lo anterior ubicamos este escenario en zonas con presencia del vector del dengue (escenario epidemiológico II). (Ver mapa 2)

En un bajo porcentaje de las casas observadas el estado de la vegetación era favorable para la reproducción del mosquito. Sin embargo, las áreas verdes ofrecen un posible criadero a los mosquitos debido a su altura y humedad conservada casi permanentemente. (Ver mapa 3)

Se observó que un alto porcentaje de estas casas poseían mosquiteros en sus cuartos, sobretodo donde duermen los niños pequeños, lo que nos permite ubicarlos dentro de la etapa de acción con respecto al cambio.

En todas las casas se observó la presencia de recipientes con agua recolectada, esto se debe a que el vital líquido sólo llega unas pocas horas al día. 75% de los encuestados refirieron que los lavaban al menos una vez a la semana; resultados que se pueden comparar con los del estudio CAP realizado en Lima, en el cual 72.2% refirió limpiar semanalmente los recipientes en los cuales recolectan agua. Sin embargo, al corroborar la respuesta, casi una cuarta parte de estos recipientes se encontraban sucios, y de estos, los barriles con agua para lavar eran los más destacados.

A pesar que al momento de nuestra visita recién se cumplía un mes desde la última jornada de abatización, sólo en una tercera parte de los recipientes se pudo observar presencia de abate, ya que este había sido removido por las personas al lavarlo. Por lo cual clasificamos a este grupo dentro de la etapa de precontemplación con respecto al cambio.

Poco más de la mitad de las personas refiere utilizar productos para eliminar a los mosquitos de su hogar casi a diario, lo cual representa un costo económico moderado para una población de ingreso económico medio-bajo. Este grupo encaja en la etapa de mantenimiento con respecto al cambio. De estos los que se pudieron observar en mayor parte fueron los insecticidas en aerosol, seguidos de los espirales y en menor cantidad abate.

10. CONCLUSIONES

- La mayor parte de la población encuestada fueron mujeres, amas de casa, de los sectores 1 y 5 ubicados al norte y al este predominando las personas mayores de 40 años.
- El conocimiento de los encuestados es básico, mayoritariamente obtenido de los medios masivos de comunicación. Aspectos como los signos de alarma y medicamentos contraindicados durante el dengue son desconocidos casi en su totalidad.
- Las actitudes adoptadas en lo particular son adecuadas, pero contrastan por completo cuando deben traducirse en compromiso comunitario.
- Los conocimientos incipientes y las actitudes adecuadas no se derivan en prácticas adecuadas.

11. RECOMENDACIONES

- Educar a la población a través de medios de difusión masivos, líderes comunitarios y líderes religiosos, haciendo énfasis en los signos de alarma de la enfermedad y medicamentos contraindicados.
- Orientar acciones relacionadas con las “Señales para la acción” y “Autoeficacia” recordando que la difusión por sí sola resulta ineficaz si no se combina con intervenciones que apunten a modificar las actitudes y a orientar las acciones hacia la realización de prácticas de prevención
- Involucrar directamente a la comunidad en las campañas de destrucción de criaderos de mosquitos promoviendo prácticas tanto personales como comunitarias adecuadas.
- Realizar estudios de este tipo posteriores a las campañas de concientización para de esta manera evaluar la eficacia de las mismas y su influencia dentro de la población.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Panamericana de la Salud.** Boletín Epidemiológico. 18 (2) jul. 1997.
2. **Mandell G, Douglas R, Benenett J.** Enfermedades infecciosas. Principios y Prácticas. Buenos Aires: Panamericana, 1991.
3. **Organización Panamericana de la Salud.** Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington: OPS, 1995 (Publicación Científica n° 548).
4. Plan Continental de ampliación e intensificación del combate a *Aedes aegypti*. Rev Panam Salud Pública 1998; 3: 124-30.
5. **Gubler DJ.** Dengue and dengue hemorrhagic. Clin Microbiol Rev 1998; 11: 480-96.
6. **Martínez E.** Dengue y dengue hemorrágico. Universidad Nacional de Quilmes. Elea Laboratorio; 1998: 38-41.
7. **Organización Panamericana de la Salud.** Boletín Informativo. Asunción. n° 4 ene-mar. 2000.
8. **Páez M, Almiron M, Figueroa R.** Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Un nuevo modelo de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción. Oficina Panamericana de la Salud; 1999: 20-2.
9. **Paraguay.** SENEPA. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe anual del Departamento de Educación Sanitaria. Diciembre 1999.
10. **Paraguay.** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Vigilancia del dengue. (11/04/2000).
11. **Gubler DJ.** Dengue and dengue hemorrhagic fever: its history and resurgence as a global public health problem. In: Gubler DJ, Kuno G, ed. Dengue and dengue hemorrhagic fever. London: CAB international; 1997: 1-22.
12. **Gubler DJ, Trent DW.** Emergence of epidemic dengue / dengue hemorrhagic fever as public health problem in the Americas. Infect Agents Dis 1994; 2: 383-93.
13. **Paraguay.** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Boletín Epidemiológico 2 (5) mayo 1996.
14. **Acosta S, Chaljub A, Baydes R, et al.** Modificación de los conocimientos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre la prevención de los mosquitos.

15. **Valdés L, Guzmán M, Kourí G, et al.** La epidemiología del dengue y del dengue hemorrágico en Santiago de Cuba, 1997. Rev Panam Salud Pública 1999; 6 (1): 16-24.
16. **Allport G.** La naturaleza de prejuicio. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1977.
17. **Organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la Salud,** Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas. CONASIDA-México. S/A, S/N.
18. **Esquivel Fuentes, Mildred.** Conocimientos y prácticas sobre la diarrea infantil y el rotavirus, en madres atendidas en el Programa de Atención Integral a la Niñez, León. Septiembre-Octubre 2005. Tesis médico general. Octubre 2006
19. **Ávila Montes GA, et al.** Evaluación de un módulo escolar sobre dengue y Aedes Aegypti dirigido a escolares en Honduras. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(2): 84-94
20. **Perú. Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al dengue: Lima y macro región Norte del Perú.** Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Proyecto Vigía. Lima 2004.
21. **Benitez Laitez et al.** Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. Rev Chil Pediatr, Enero 2002, vol.73, nº1, p. 64-72
22. **Organización Panamericana de Salud.** Diagnóstico y tratamiento del dengue y dengue hemorrágico. Managua, Nicaragua. Noviembre, 1998.
23. **MINSA, San Miguelito.** Cuaderno de seguimiento y control de casos de dengue. 2003-2006
24. **Jamanca S, Ronal, TOUZETT V, Antonio, CAMPOS A, Leonel et al. Estudio CAP de dengue en los distritos de Cercado de Lima, La Victoria y San Luis. Lima, Perú. junio 2004.** Rev. perú. med. exp. salud pública, Ene./mar. 2005, vol.22, no.1, p.26-31. ISSN 1726-4634.

Tabla 2

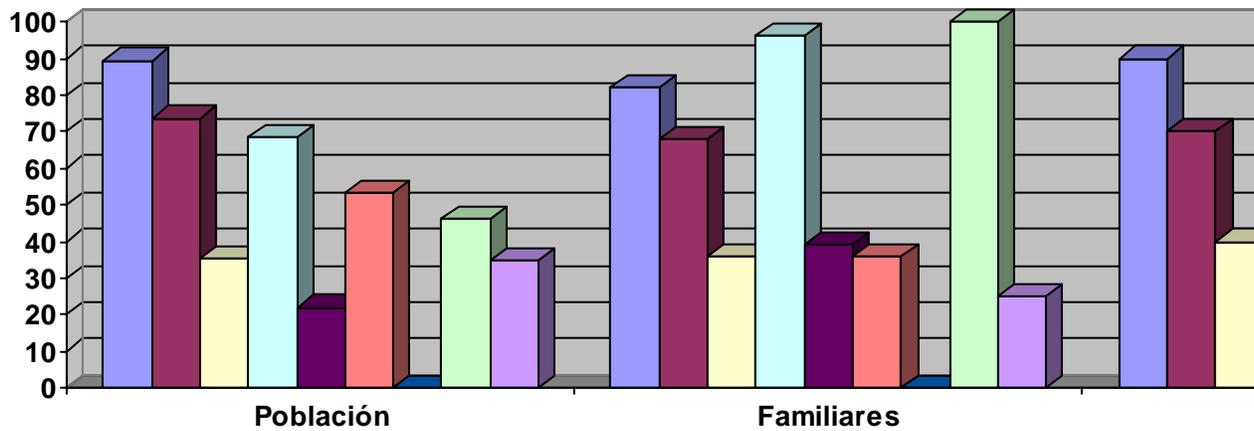
¿Ha visto o escuchado alguna vez acerca del dengue? (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	95	05
Familiares (n=30)	93.3	6.7
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 1

Fuente de la cual los encuestados han obtenido información del dengue



Fuente: Encuesta

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población general del municipio de San Miguelito, Mayo-Junio2007 (n=150)

Características	Grupos	F %	Fuente: Encuesta
Edad	16-20 años	15	
	21-30 años	13	
	31-40 años	17	
	41-50 años	30	
	Mayor de 50 años	25	
Sexo	Masculino	35	
	Femenino	65	
Ocupación	Ama de casa	31	
	Estudiante	25	
	Trabajador de salud	5	
	Pescador	9	
	Comerciante	4	
	Maestro	3	
	Policía	3	
	Otros	15	
Procedencia	Sector 1	33	
	Sector 2	15	
	Sector 3	18	
	Sector 4	12	
	Sector 5	22	
Escolaridad	Analfabeta	5	
	Primaria	43	
	Secundaria	30	
	Técnico medio	15	
	Universidad	7	
Religión	Católica	63	
	Evangélica	30	
	Otros	7	
Agua	Tubería domiciliar	100	
	No	0	
Energía eléctrica	Sí	100	
	No	0	

Tabla 3

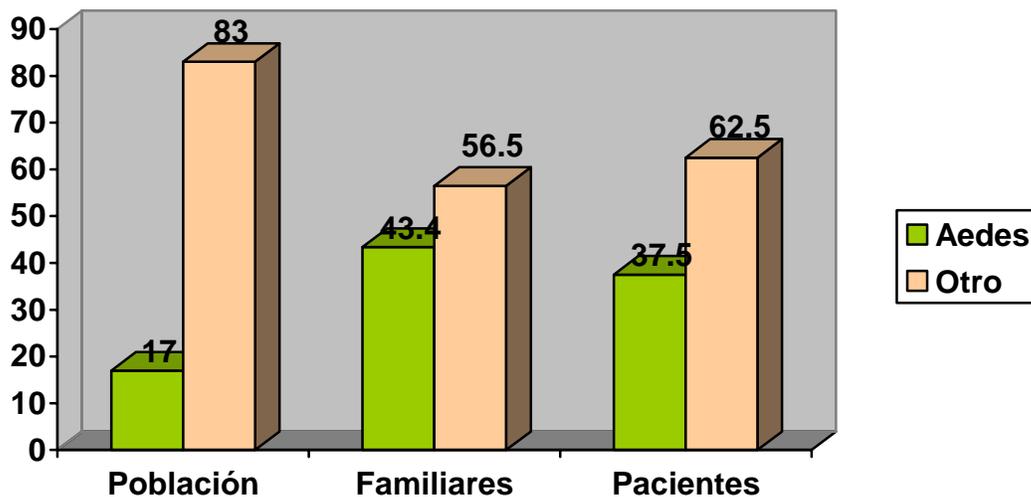
Conocimiento de los encuestados sobre el vector del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	85	15
Familiares (n=30)	76.7	23.3
Pacientes(n=10)	80	20

Fuente: Encuesta

Gráfico 2

Porcentaje de personas que conocen al vector del dengue



Fuente:
Encuesta

Tabla 4

Conocimiento de los encuestados sobre los criaderos del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	90	10
Familiares (n=30)	86.7	13.3
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 3

Porcentajes de criaderos del vector del dengue conocidos por los encuestados

Fuente: Encuesta

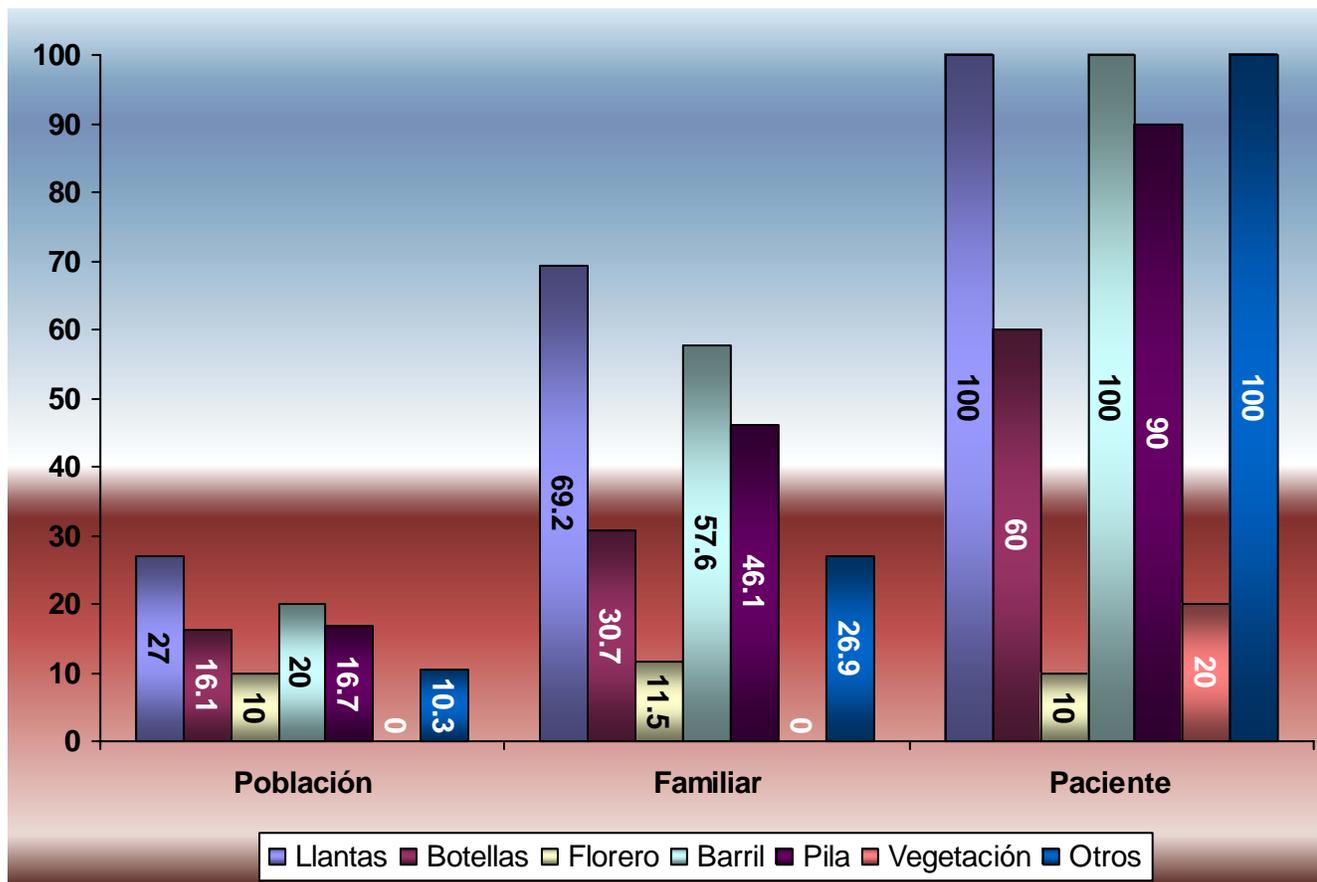


Tabla 5

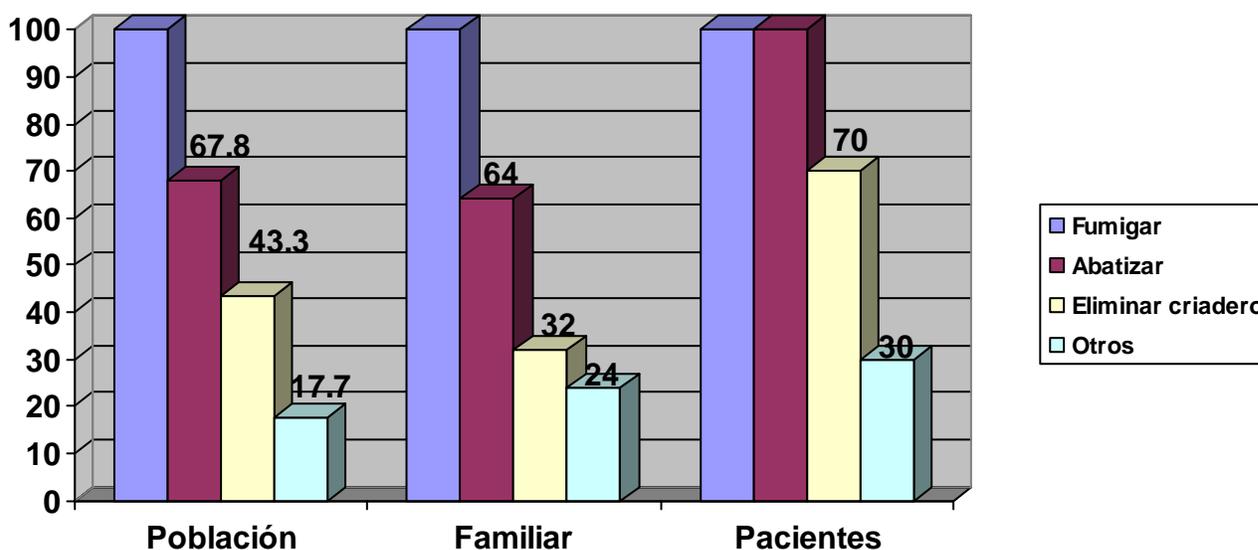
Conocimientos de los encuestados sobre medidas para erradicar al vector del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	90	10
Familiares (n=30)	83.3	16.7
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 4

Porcentajes de medidas para erradicar al vector del dengue conocidas por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 6

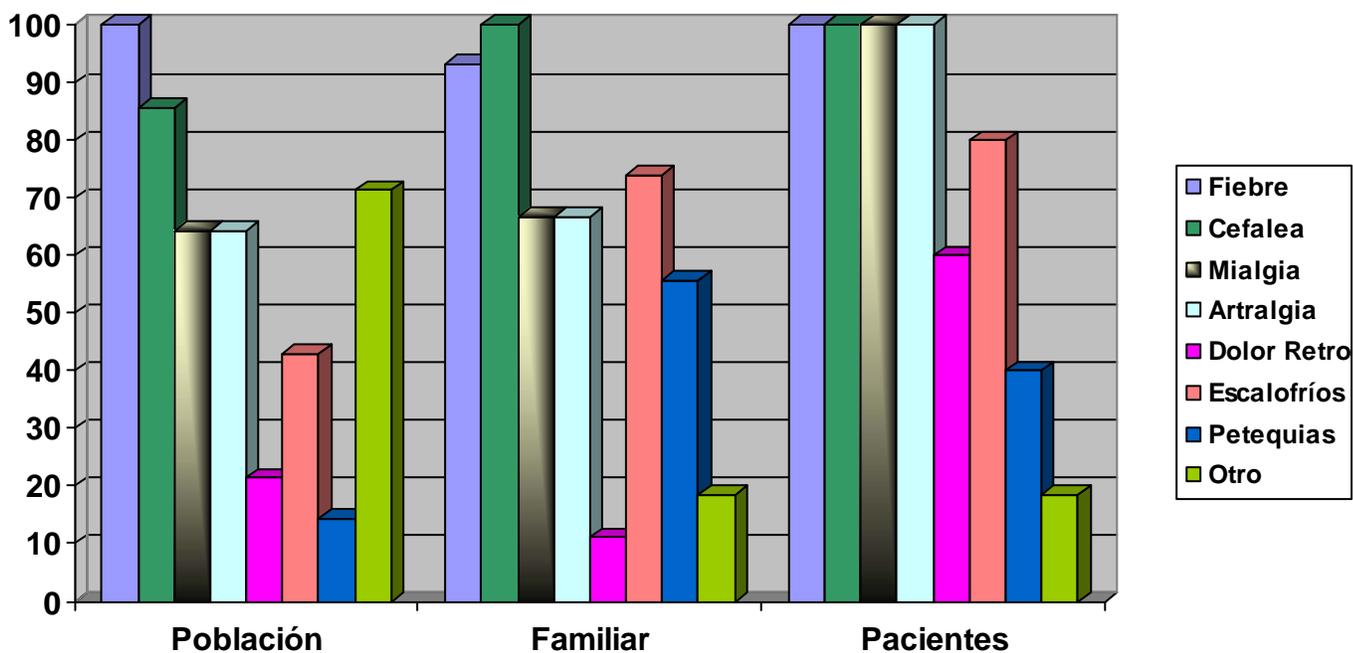
Conocimientos de los encuestados sobre las manifestaciones clínicas del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	90	10
Familiares (n=30)	83.3	16.7
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 5

Porcentajes de manifestaciones clínicas del dengue conocidas por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 7

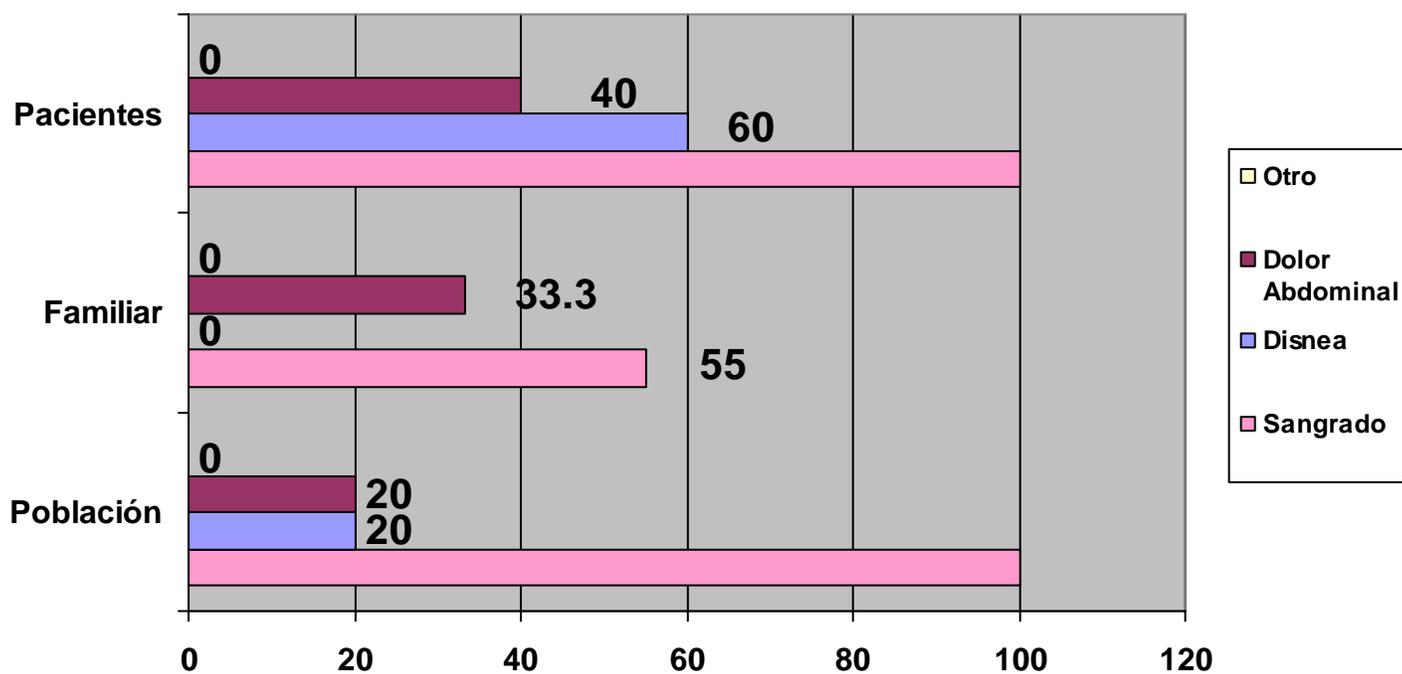
Conocimientos de los encuestados sobre los signos de alarma del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	10	90
Familiares (n=30)	30	70
Pacientes(n=10)	70	30

Fuente: Encuesta

Gráfico 6

Porcentaje de signos de alarma del dengue conocidos por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 8

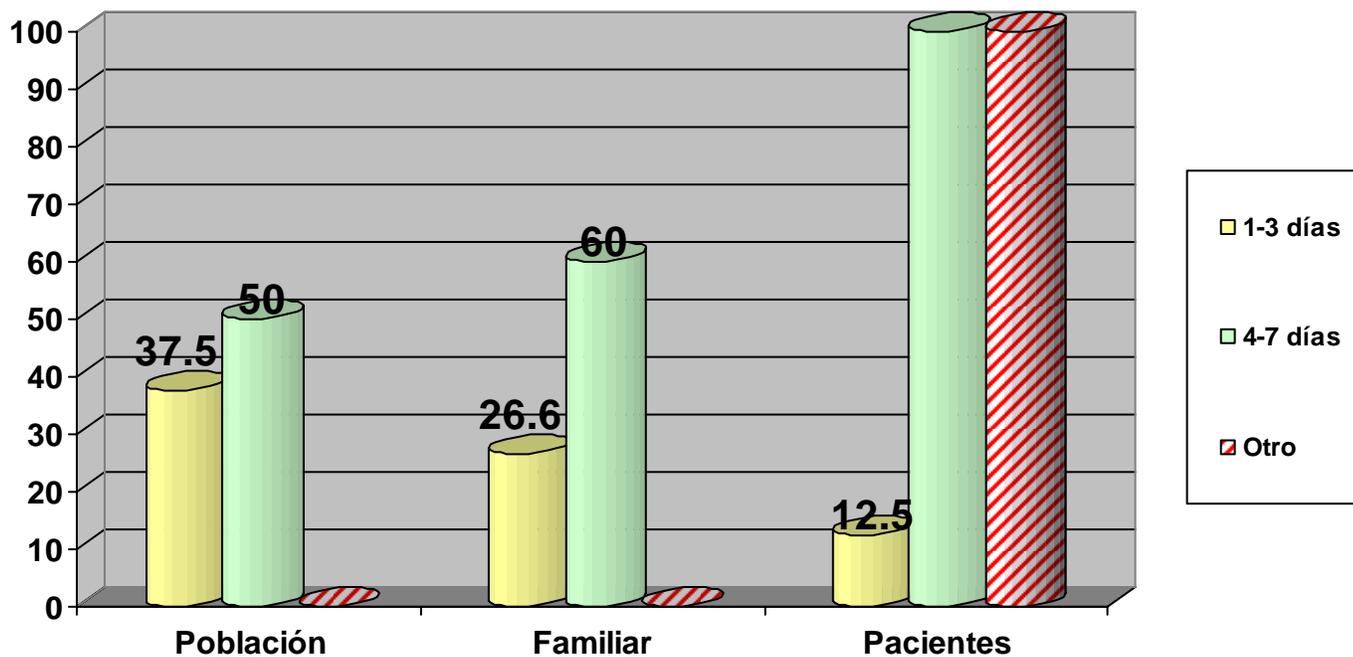
Conocimientos de los encuestados sobre la duración de la enfermedad (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	40	60
Familiares (n=30)	50	50
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 7

Período de duración de la enfermedad conocido por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 9

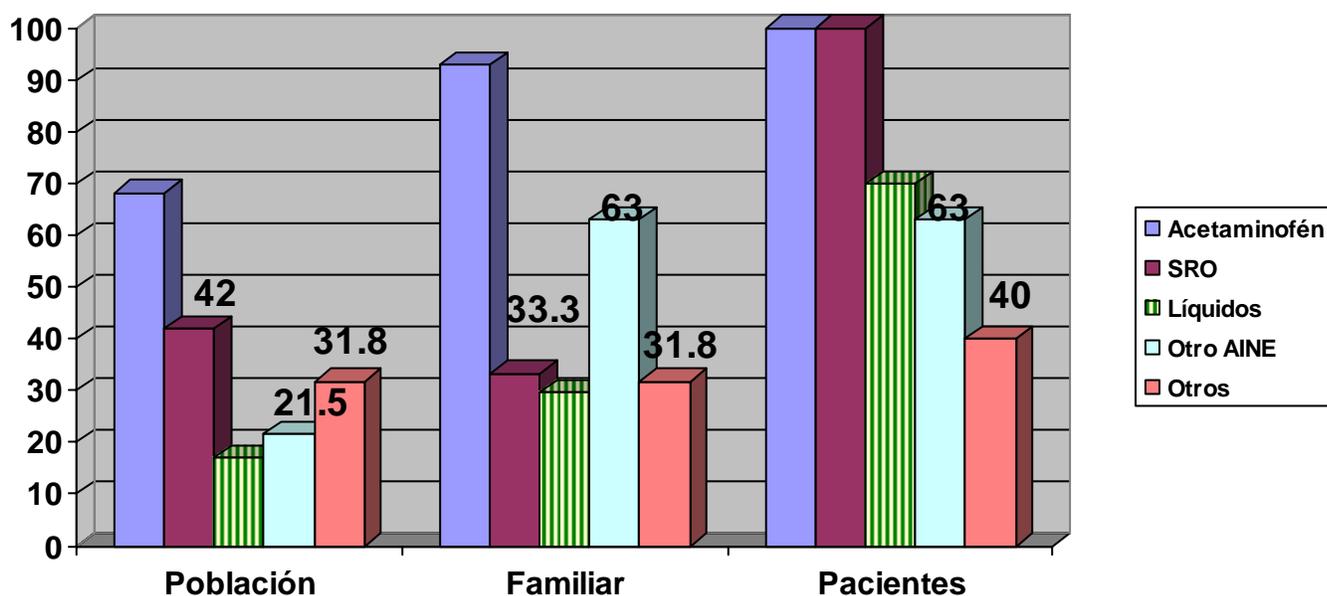
Conocimientos de los encuestados sobre el tratamiento del dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	88	12
Familiares (n=30)	90	10
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 8

Porcentajes de los tratamientos de la enfermedad del dengue conocidos por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 10

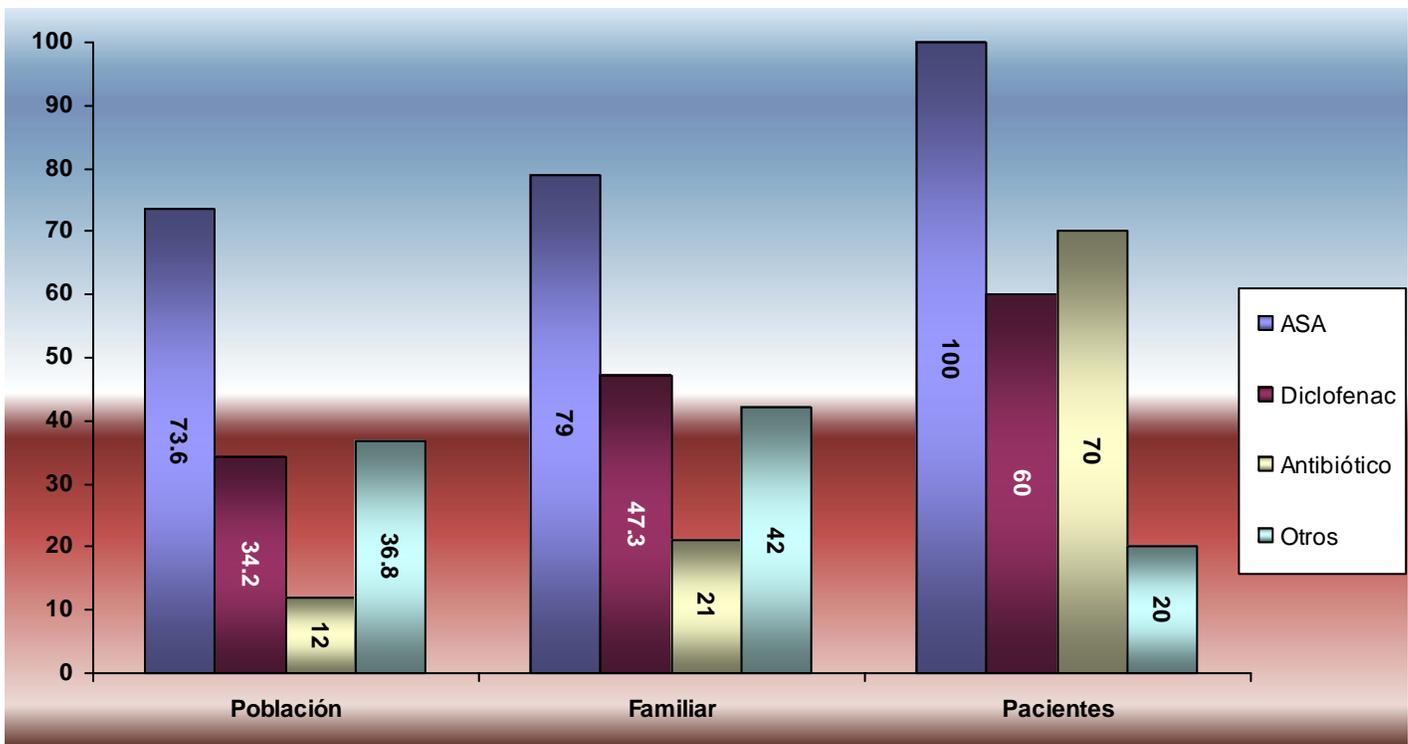
Conocimientos de los encuestados sobre medicamentos contraindicados para tratar el dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	38	62
Familiares (n=30)	63.3	36.7
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 9

Porcentajes de los tratamientos contraindicados durante la enfermedad del dengue conocidos por los encuestados



Fuente: Encuesta

Tabla 11

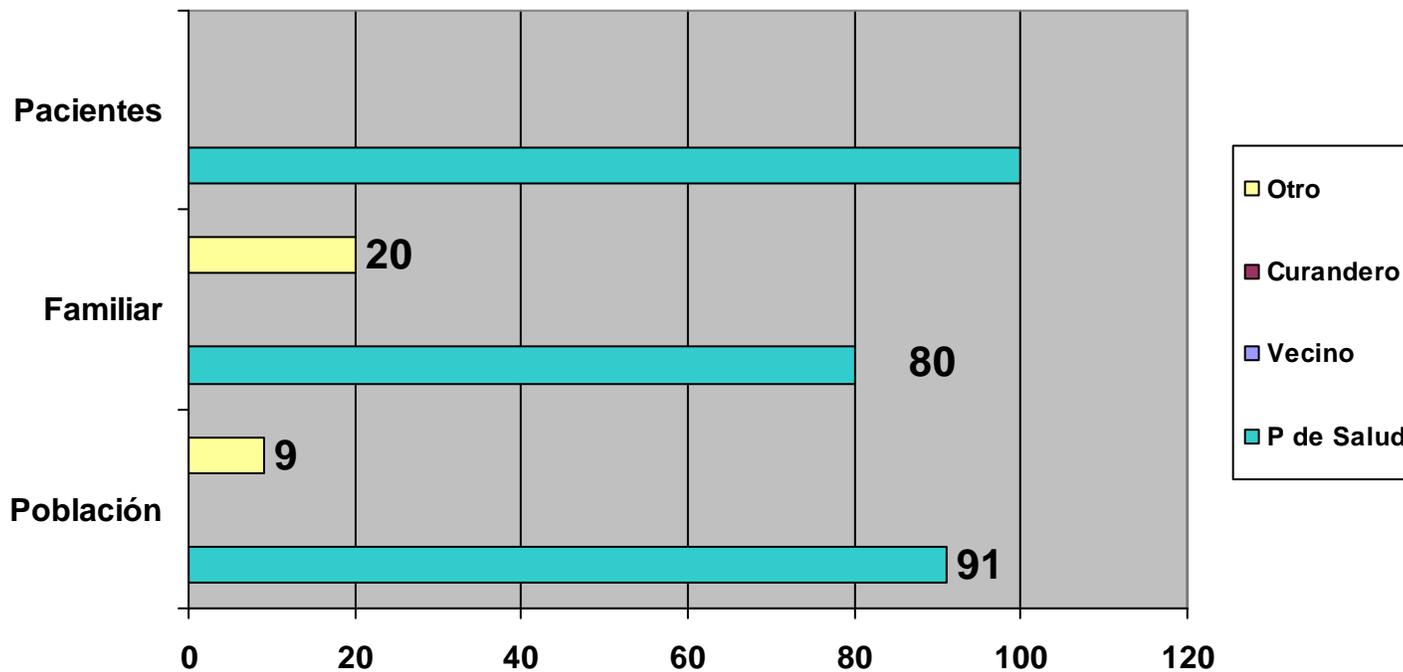
Solicitaría ayuda en caso de enfermarse de dengue (n=150)

Grupo	Si (%)	No (%)
Población general (n=110)	98	02
Familiares (n=30)	83	17
Pacientes(n=10)	100	0

Fuente: Encuesta

Gráfico 10

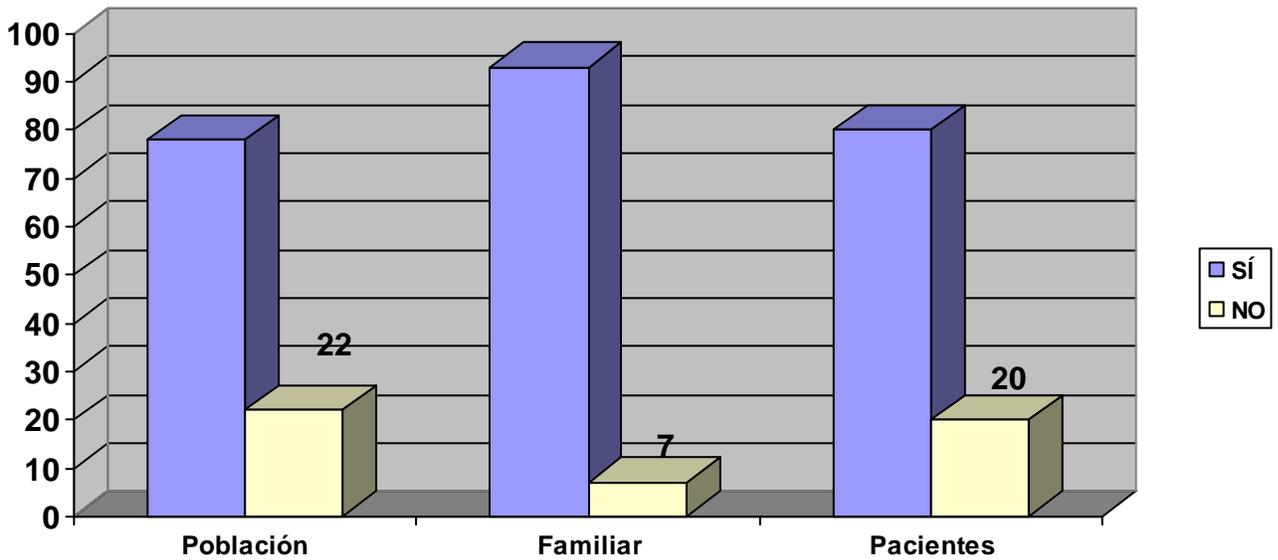
Porcentaje de personas que solicitarían ayuda en caso de dengue



Fuente: Encuesta

Gráfico 11

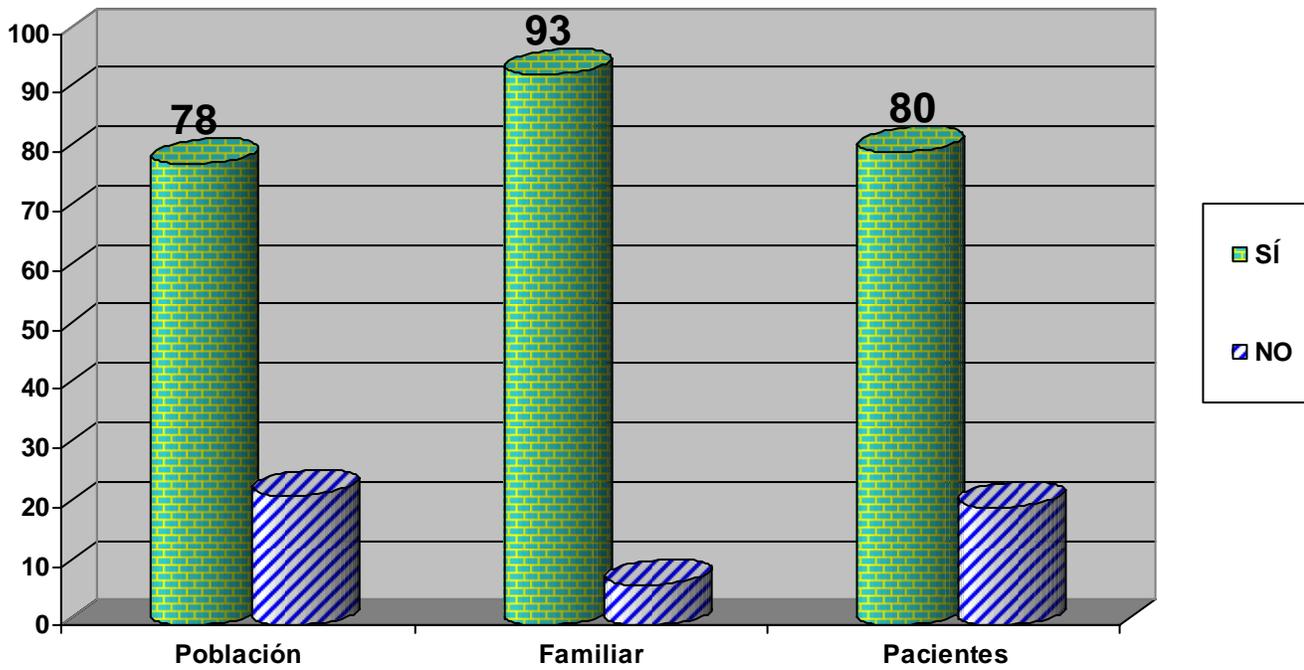
Pocentaje de personas que cumplirían todas las indicaciones del personal de salud



Fuente: Encuesta

Gráfico 12

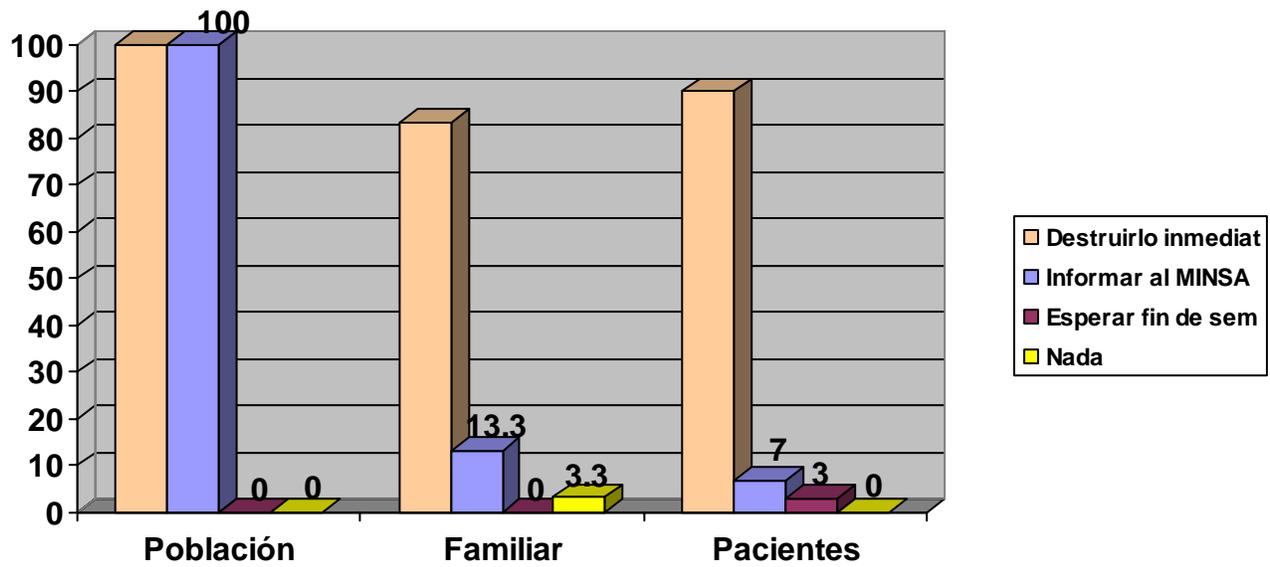
Porcentaje de personas que participarían en jornadas comunitarias de destrucción de criaderos de mosquito



Fuente: Encuesta

Gráfico 13

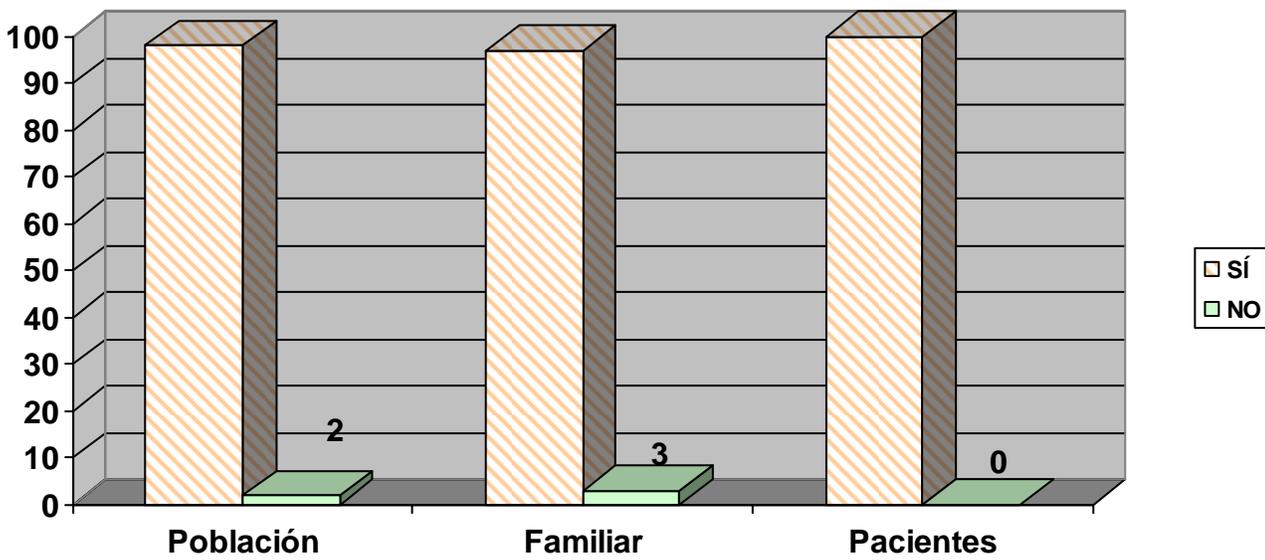
Medidas que tomarían los encuestados si hubiese criaderos en su casa



Fuente: Encuesta

Gráfico 14

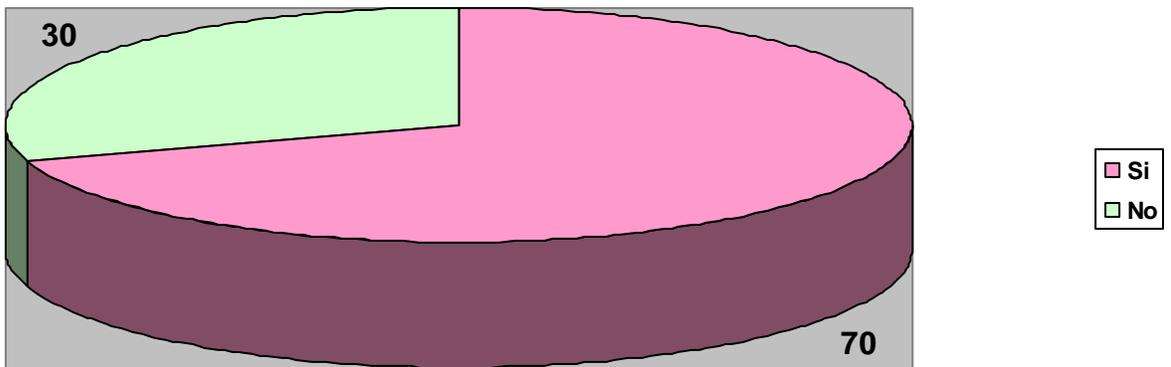
Porcentaje de personas que permitirían la entrada del personal de salud a su casa



Fuente: Encuesta

Gráfico 15

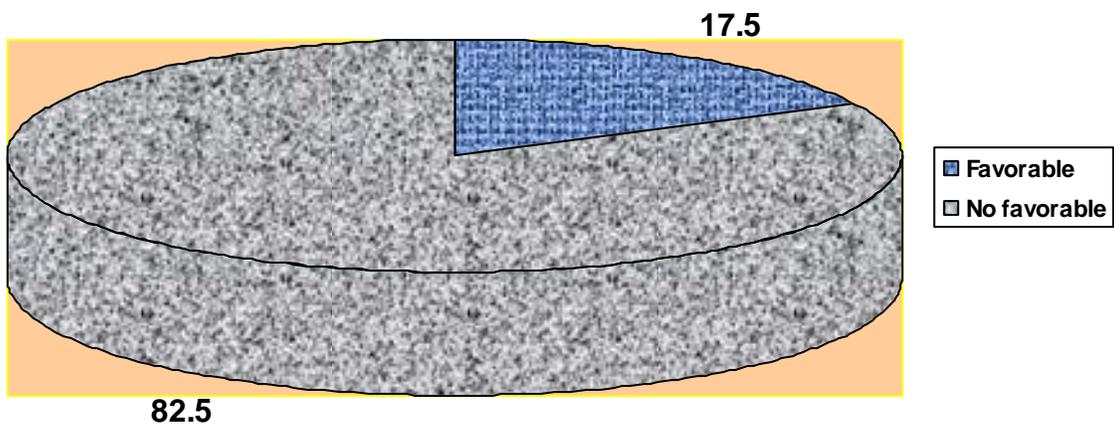
Presencia de criaderos de mosquito en las casas (n=40)



Fuente: Observación

Gráfico 16

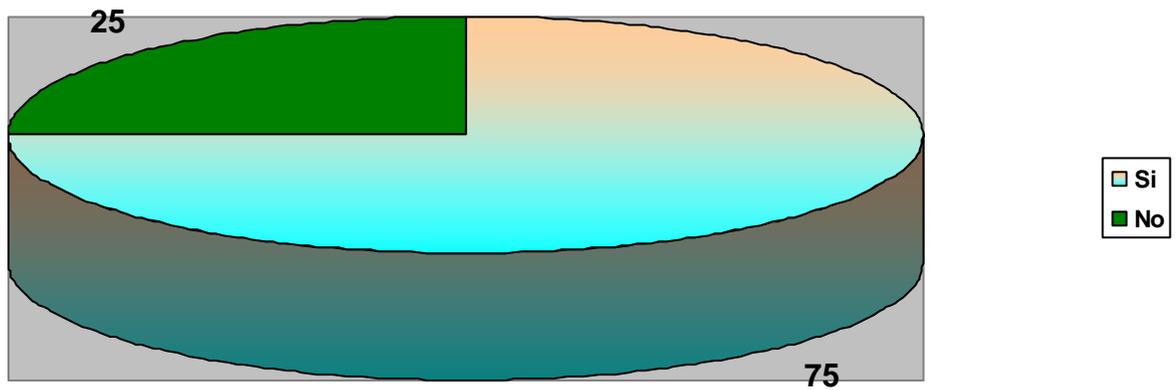
Porcentaje de casas con vegetación favorable para la cría de mosquitos (n=40)



Fuente: Observación

Gráfico 17

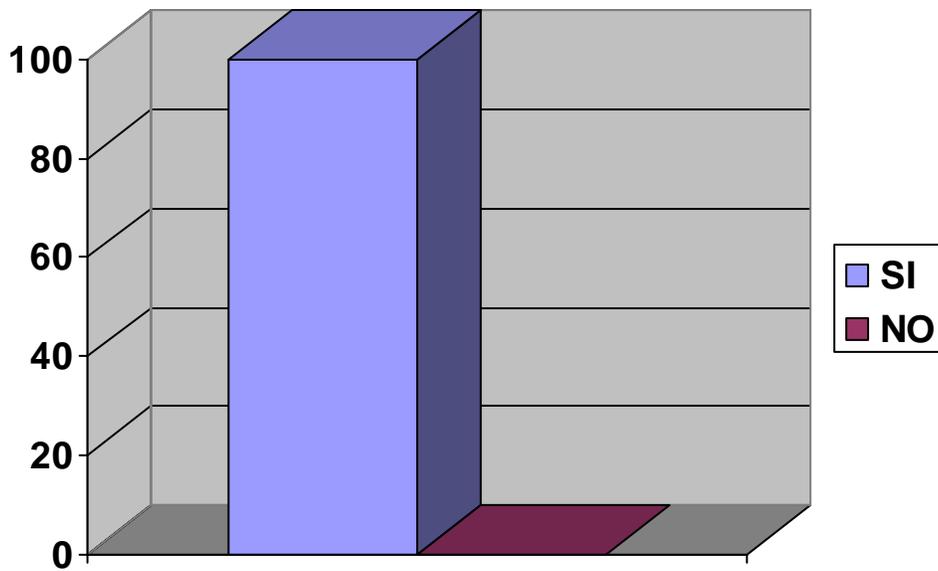
Porcentaje de casas con mosquiteros en los cuartos (n=40)



Fuente: Observación

Gráfico 18

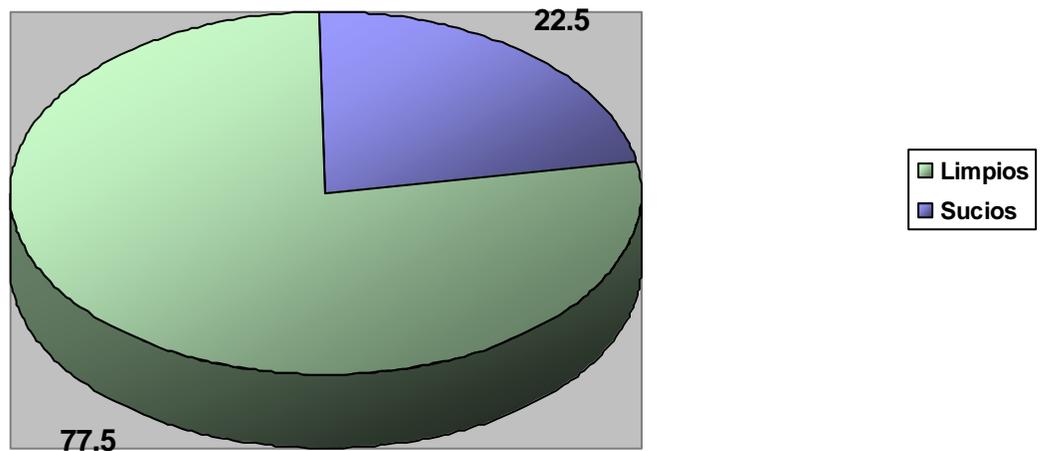
Porcentaje de casas con presencia de recipientes con agua recolectada (n=40)



Fuente: Observación

Gráfico 19

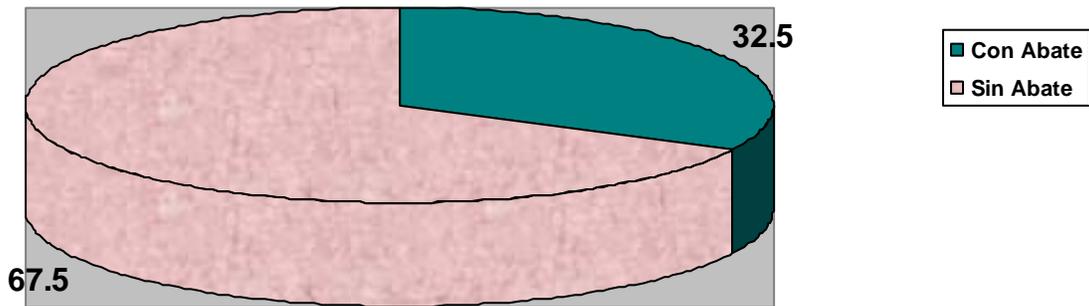
**Condiciones higiénicas de los recipientes con agua almacenada
(n=40)**



Fuente: Observación

Gráfico 20

Presencia de abate en los recipientes con agua almacenada (n=40)



Fuente: Observación

Tabla 12

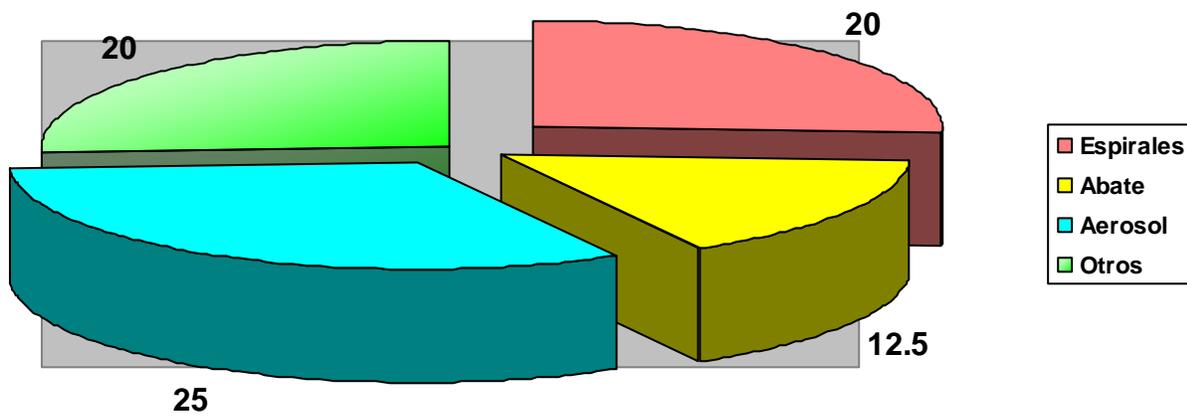
Utiliza productos para eliminar los mosquitos de su casa (n=40)

Grupo	Si (%)	No (%)
Encuestados (n=40)	57.5	42.5

Fuente: Encuesta

Gráfico 21

Productos encontrados en los hogares visitados



Fuente: Observación