

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-LEON



INFORME FINAL DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUJIA.

TEMA

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DEL
DENGUE, MUNICIPIO DE MACUELIZO. NUEVA SEGOVIA. MAYO-JUNIO
2007.

AUTORES: - *Bra. Iris Magali Romero Ortez.*

-Bra. María Aydalina Zúñiga Mejica.

TUTOR: *Dr. Juan Almendárez.*
Msc. en Salud Pública

Marzo, 2008.

Agradecimientos

Agradecemos:

- ✓ A Dios por darnos lo más bello que es la vida y por fortalecernos espiritualmente en todo momento.
- ✓ A nuestros padres por su apoyo incondicional y sacrificios innumerables.
- ✓ A nuestro tutor Msc. Dr. Juan Almendárez.

Dedicatoria

A mis padres:

Yadira Del Socorro Vivas Mojica.

Andrés Higinio Zuniga Maltés.

Por apoyarme siempre en todas mis aspiraciones, metas y por guiarme por el buen camino de la vida.

A mi hermana:

Verónica Del Carmen Zuniga Vivas.

Por apoyarme en el transcurso de mi formación profesional, por su comprensión y cariño incondicional.

Br. María Aydalina Zuniga.

Dedicatoria

A mi madre:

María Elsa Ortez.

Panículo de mis aspiraciones y ambiciones. Por enseñarme la luz del buen camino y por su gran corazón y Optimismo, por apoyarme en todos los momentos.

Br. Iris Magali Romero Ortez

.INDICE

Introducción-----	1
Antecedentes-----	2
Planteamiento del problema-----	6
Justificación-----	7
Objetivos-----	8
Marco teórico-----	9
Diseño Metodológico-----	14
Resultados-----	18
Discusión de resultados-----	29
Conclusiones-----	31
Recomendaciones-----	32
Bibliografía-----	33
Anexos-----	34

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, con un enfoque cuali - cuantitativo en una muestra de jefes y jefas de familia y personas mayores de 15 años en el Municipio de Macuelizo Nueva Segovia en el periodo comprendido Mayo – Junio 2007. Los datos se recolectaron a través de encuestas, con el objetivo de conocer las actitudes que determinan las prácticas en la prevención del dengue.

La mayoría de los entrevistados eran adultos de 20 a 35 años para un 62.8% y del sexo femenino el 52.6%.

El grupo de edad que tiene mas conocimientos sobre dengue es de 20 a 35 años, el sexo femenino, los que tienen estudios secundarios y personas solteras.

La mayoría de hogares de los entrevistados tienen un alto número de recipientes útiles para acumular agua, sin embargo sabemos que gran parte de la población tiene la costumbre de eliminar el abate que aplica el Ministerio de salud, además que existen recipientes no útiles en los hogares y que sirven de criaderos del vector.

En más de la mitad de las viviendas visitadas se observó una alta infestación de mosquitos.

INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades de transmisión vectorial como el dengue y la malaria se han venido notificando desde hace muchos años en los países de América latina y el Caribe, no escapando Nicaragua como país en vías de desarrollo, siendo el dengue y la malaria unas de las de mayor trascendencia sobre todo en nuestro medio donde existen condiciones favorables que permiten el desarrollo de epidemias que se tornan cada vez más graves para nuestra población.

En vista del incremento del número de casos de dengue en las últimas dos décadas, organismos internacionales y autoridades de salud han asumido el compromiso de fortalecer las estrategias para poder controlar las enfermedades de transmisión vectorial, cuyo problema radica en factores tales como, las necesidades básicas insatisfechas, disposición final de desechos sólidos y el escaso control sanitario.(1)

Se ha observado una tendencia progresiva de afectación a la economía, abarcando áreas geográficas urbanas y rurales; paralelo a esto, se han realizado actividades preventivas de lucha antiepidémica dirigidas al ciclo biológico del vector *Aedes aegypti*, las cuales no han logrado el impacto deseado, más bien se ha presentado mayor número de casos de dengue. (1)

Macuelizo en los últimos 4 años presenta un aumento en la frecuencia de casos de dengue, por los criaderos domiciliarios secundarios a la falta de agua potable ya que la población tiene que almacenarla por lo que no existe el servicio público permanente o por no dar la protección adecuada al agua como lavar pilas y barriles cada tres días, abatizar o tapar recipientes.

Las autoridades sanitarias han realizado actividades de lucha antiepidémica que comprenden, jornadas de higiene, limpieza y control de vectores, abatización, fumigación intra y peri domiciliar acompañadas de promoción, educación casa a casa, capacitando a los maestros de las escuelas amigas y saludables para que realicen el componente de higiene escolar y saneamiento ambiental. limitando el impacto de estas intervenciones, algunas actitudes y prácticas como aversión al uso del abate, no permitir fumigación y/o abatización, acumular depósitos no útiles y almacenar agua sin su debida protección, lo que hace que el problema del dengue esté presente hasta el día de hoy.

ANTECEDENTES

Desde hace más de 200 años se han venido notificando enfermedades como el dengue en las Américas hasta la década de 1960, casi todos los brotes de la enfermedad se presentaron a intervalos de uno o más decenios, aunque posteriormente los espacios se han acortado.(7)

La primera epidemia de dengue clásico de las Américas documentada en laboratorios estaba relacionada con el serotipo de dengue 3 y afectó a la cuenca del Caribe y a Venezuela en 1963-1964; con anterioridad, solo se había aislado el virus del dengue 2 en la región, en Trinidad en 1953-1954, en una situación no epidémica en 1968-1969. Otra epidemia afectó a varias islas del Caribe y en su transcurso se aislaron los serotipos de dengue 2 y 3.(7)

En la década en los años 60 el dengue reemerge como problema de salud presentándose en forma epidémica en los países de Venezuela, Jamaica y Puerto Rico. Para la década de los 70, se introdujo el dengue Tipo 1 en el continente Americano, que sin ningún control ocasionó una pandemia que afectó toda América Central, México, Texas en los Estados Unidos, las Islas del Caribe del Norte y Sur de América, y Guyana Francesa, En esta pandemia se notificaron un sin número de casos de dengue y se estimó que varios millones de personas fueron afectados por el serotipo uno que era nuevo y la mayoría de los habitantes estaban susceptibles a contraer la enfermedad.(7)

La transmisión autóctona del dengue 1 también se documentó en el estado de Texas durante la segunda mitad de 1980 los países afectados notificaron cerca de 702,000 casos de dengue 1 fue el serotipo principal circulante en las Américas, es probable sin embargo, que durante este período millones de personas fueron afectadas por el virus, pues tan solo en Cuba el 42% de sus 10 millones de habitantes se infectaron con el dengue 1.(7)

En 1,994 se introdujo el dengue 3 en la región de las Américas, ese serotipo fue detectado simultáneamente en Panamá y Nicaragua y en este último, se originó una epidemia de dengue y dengue hemorrágico. En 1995 se diseminó el dengue serotipo 3 a otros países de Centro América excepto Belice.6. (7)

Para los siguientes años el serotipo 3 se disemina para el resto de los países del área, y este serotipo 3 tenía 16 años de no circular en la región. Se estimó que unos 200 millones de personas susceptibles vivían en el área infectada. Al revisar los datos estadísticos del Dengue en las Américas, se notificaron un total 41,669 casos de dengue hemorrágico en 25 países, con 576 defunciones, entre ellos Venezuela, con 22,170, Colombia 3,446, Nuevo México con 1,467, Brasil con 597, Puerto Rico con 305, El Salvador con 287, República Dominicana con 174, Jamaica con 108, Guyana Francesas con 53, Honduras con 37, Guatemala con 20, Costa Rica con 1, Nicaragua con 2,641^a

Según datos de la OPS y OMS más de 100 países han sido afectados por epidemias de dengue; anualmente ocurren más de 50 millones de casos de ambos tipos de dengue con alrededor de 500,000 hospitalizados y 20,000 defunciones. (7)

Se han realizado pocos estudios sobre la repercusión económica del dengue y DHISCD en las Américas. Un estudio hecho en Puerto Rico durante la epidemia de 1977 calculó que los costos en servicios médicos y la pérdida de jornadas de trabajo oscilaron entre 6 millones y 16 millones de dólares; según estudios recientes, el costo de las epidemias de la enfermedad en Puerto Rico desde 1977 se estima entre 150 millones y 200 millones.(2)

El costo de la epidemia cubana de DHISCD se calculó en aproximadamente 103 millones, cifra que incluye las medidas de control y los servicios médicos, de este total. 41 millón correspondieron a atención médica, 5 millones a salarios. Pagados a pacientes adultos, 14 millones a las pérdidas de producción y 43 millones al costo inicial directo del programa de control de *Aedes aegypti*. El costo de esta epidemia fue considerablemente mayor en la actualidad debido a la inflación es concebible que la enfermedad haya causado una gran repercusión en el turismo, en particular durante las epidemias, sin embargo, no se dispone de cálculos sobre los costos ocasionados por el dengue a éste respecto.(2)

Durante la década de 1980 - 1990 la transmisión epidémica de fiebre de dengue se intensificó y existe actualmente un surgimiento 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, dengue y dengue hemorrágico, es así que en los países como Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú que estaban libres o que nunca habían notificado la enfermedad, aquí varios millones fueron infestados y hay casos fatales en estos dos últimos países tropicales infestados por *Aedes aegypti* libres del dengue. Costa Rica y Panamá informaron casos en 1,993. (2)

La mayor morbilidad y la más elevada tasa de ataque se registraron entre Agosto y Noviembre, siendo afectado principalmente las ciudades de León, Chinandega, Managua, Carazo y Rivas los cuales acumularon el 89% de los reportes, el 41 % del total de casos se registraron en Chinandega y León.(6)

En 1990, en Nicaragua se produjo un segundo brote con 4,137 casos, en 1992 se reportaron 4,936 siendo la ciudad más afectada León con 2,026 casos; donde se aislaron los serotipo 2 y 4. En 1,993 se reportan 8,938 casos en todo el país, ocurriendo 1,562 de éstos en la ciudad de León.(6)

En un estudio realizado sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Santa Tecla San Salvador, en Junio del año 2,000, se encontró que a nivel general la población está a favor de la aplicación de las medidas preventivas contra el dengue porque les aporta beneficios, pero que en la práctica muestran lo contrario.(3)

En Octubre del 2000 se realizó un estudio en la ciudad de León sobre conocimiento actitudes y práctica sobre dengue en la población de los consejos I Y III Sutiava-León febrero-Septiembre del 2000, en el que se concluye que la población desconoce el hábitat natural del mosquito del dengue. Estas mismas personas en su mayoría no sabe diferenciar los signos generales del dengue de los signos de alarma, los criaderos del dengue no son eliminados, sin embargo se utilizan medidas de protección personal para evitar ser picados por los mosquitos.

En Enero del año 2,001, se realizó estudio sobre impacto de la intervención de salud en el control del dengue en los barrios de Ciudad Sandino y Edgar Lang 4 se determinó que la población no realizaba medidas de prevención, que las mujeres participan y los hombres no participan, que a pesar de tanta campaña educativa realizada por el MINSA la población no se había sensibilizado. (6)

Otro estudio sobre conocimientos y actitudes que determinan las prácticas en la prevención del dengue municipio de Ocotlán, Nueva Segovia en Abril a Mayo del 2003. La mayoría de las personas en el estudio tenían conocimientos sobre la enfermedad así como su mecanismo de transmisión y el agente causal, además saben que una de las formas de prevenir el dengue es eliminando criaderos; se encontró que en la mayoría de los hogares de las personas entrevistadas había gran cantidad de recipientes para acumular agua, factor que agrava la incidencia de la enfermedad, existen factores socioeconómicos (bajo nivel educativo, alto nivel de desempleo, falta de sensibilización de la población con respecto a la enfermedad, factores coyunturales, analfabetismo en altos niveles).

A partir de estos brotes se han venido presentando los casos de una manera sostenida en todo el país, por lo que el Ministerio de Salud trata de involucrar a todos sectores de los municipios y siendo los SILAIS los responsables de buscar la colaboración Intersectorial para hacerle frente de una manera continua al problema del dengue

En Nicaragua hace algunas décadas, el control de las enfermedades transmitidas por vectores, estaba dirigida por un programa de corte vertical que se denominaba Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) creado específicamente para ese fin, porque el dengue no se reportaba en los datos estadísticos de salud pública.(1)

Es a partir de los años 80 que el control de este programa (SNEM) es responsabilidad del Sistema único de Salud y es para 1985 que se presenta la primera epidemia de dengue en el área del Pacífico de Nicaragua, siendo los departamentos más afectados León, Granada, Managua y Chinandega. Desde entonces los Municipios de Nueva Segovia han venido reportando un aumento en el número de casos de dengue. (1)

Actualmente el municipio de Macuelizo, Nueva Segovia, cuenta con una población de 6541 habitantes distribuidos en 23 comunidades de las cuales dos pertenecen al área urbana, por lo que la mayoría de la población es rural. El Ministerio de Salud cuenta con un centro de salud sin camas y tres puestos de salud, con apoyo comunitario de 15 casas bases para educación en salud y atención al medio ambiente, enfocando la promoción y prevención de enfermedades, principalmente las transmitidas por vectores, debido a que en los últimos años ha habido un incremento de casos de dengue.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Que conocimientos, actitudes y prácticas tienen en la prevención del dengue los pobladores en el municipio de Macuelizo, Nueva Segovia, durante el periodo de mayo a junio del 2007?

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente el dengue ha venido aumentando considerablemente el número de casos y dado que esta enfermedad es una infección que se puede prevenir si se tienen conocimientos y prácticas adecuadas consideramos necesario determinar conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención del dengue en el municipio de Macuelizo Nueva Segovia y obtener resultados que permitan replantear al sector salud la educación y nuevas estrategias eficaces contra esta enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar algunas características socio demográficas , conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en el municipio de Macuelizo, Nueva Segovia, durante mayo - junio del 2007.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de la población a encuestar.
2. Identificar los conocimientos que tiene el municipio Macuelizo sobre los síntomas, signos de alarma y medidas preventivas del dengue.
3. Determinar algunas actitudes que tiene la comunidad ante el problema del dengue.
4. Identificar las medidas preventivas que pone en práctica la comunidad para evitar enfermarse de dengue.

MARCO DE REFERENCIA

Clínicamente el dengue se conoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial viven en zonas infestadas por vectores de dengue. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales.

El virus del dengue pertenece a la familia flaviviridae. Con métodos serológicos se pueden distinguir cuatro serotipos, que se designan como dengue 1, dengue 2, dengue 3 y dengue 4, la infección del hombre por un serotipo produce inmunidad para toda la vida con contra la infección con ese serotipo, pero solo protección temporal y parcial contra los otros. Todos los serotipos han sido aislados de casos autóctonos de las Américas, sin embargo, solo los serotipos 1, 2 y 4 han estado circulando durante el periodo 1978 – 1991 mientras que el dengue 3 fue aislado la última vez en Colombia y Puerto Rico en 1977. Si bien el dengue 2 estuvo asociado con el brote principal del dengue y DH/SCD en Cuba en 1981, el dengue 1 y el dengue 4 fueron los serotipos circulantes que predominaron en las décadas de 1980.

En varios países se han observado la circulación simultánea de los serotipos 1, 2 y 4 durante varios años, creando una situación que pone a estos países en grave riesgo de DH epidémico.

En las Américas el virus del dengue persiste en la naturaleza mediante el ciclo de transmisión hombre-Aedes aegypti-hombre, luego de una ingestión de sangre infestada, el mosquito puede transmitir el agente después de un periodo de 8 a 12 días de incubación extrínseca también puede ocurrir la transmisión mecánica cuando se interrumpe la alimentación y el mosquito se alimenta de inmediato en un huésped susceptible cercano.

Aedes albopictus, ahora presente en las Américas, es un vector de mantenimiento del dengue en Asia, pero hasta el presente no se ha asociado con la transmisión de la enfermedad en las Américas.

Las infecciones virales por dengue causan un espectro de enfermedades que varían desde el proceso sintomático a la fiebre indiferenciada o al dengue clásico, y de este a la

fiebre hemorrágica. El periodo de incubación es de 4 a 6 días (3 como mínimo y 14 máximos).

Además de los brotes de los cinco países sudamericanos ya mencionados, el dengue 1 también causó brotes importantes en Arabia, México y Nicaragua, la introducción del dengue 4 en las Américas en 1981 fue seguida por la epidemia de dengue en el caribe, Centro América, México y Sudamérica septentrional durante 1981 – 1983 y posteriormente por las grandes epidemias con sapos de DH en México (1984), Puerto Rico (1986) y El Salvador (1987) el virus dengue 4 es ahora endémico en la región.

Al comienzo y a mediados de la década de 1970, Colombia se vio afectada por extensos brotes asociados con los serotipos 2 y 3. Durante ese periodo, estos serotipos se hicieron endémicos en el caribe y en 1977 se introdujo en las Américas el serotipo de dengue 1 que después de su detección en Jamaica se propagó a la mayoría de las islas del caribe causando brotes explosivos, se observaron brotes similares en Sudamérica septentrional (Colombia, Venezuela Guayana, Surinam, Guayanas francesas), América Central (Belice, Honduras, El Salvador; Guatemala) y México.(6)

Manifestaciones clínicas del dengue

Las características clínicas de la fiebre del dengue dependen a menudo de la edad del paciente, los lactantes y preescolares pueden sufrir una enfermedad febril leve o bien la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta cefalea intensa dolor retro – orbital, dolores musculares y articulares y erupción cutáneas, las hemorragias de la piel (con prueba del torniquete positiva, petequias o ambas) no son raras; es frecuente la leucopenia y en ocasiones se observa trombocitopenia, siendo la tasa de mortalidad sumamente baja.

Muchas epidemias de fiebre de dengue se asocian a complicaciones hemorrágicas tales como epistaxis, hemorragias gingivales, hemorragias gastrointestinales, hematurias e hipermenorrea en raras ocasiones. Una hemorragia grave es causa de muerte por lo que es importante diferenciar los casos de dengue con hemorragia inusual, del dengue hemorrágico.(6)

Los casos típicos de dengue hemorrágicos observados en Asia se caracterizan por cuatro manifestaciones clínicas fundamentales: fiebre alta, fenómenos hemorrágicos,

hepatomegalia y a menudo insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia de manera intensa con hemoconcentración simultánea es un hallazgo del laboratorio característico. El cambio fisiopatológico principal que determina la gravedad de la enfermedad es el dengue hemorrágico que lo distingue del dengue clásico es la extravasación del plasma, puesta de manifiesto por un incremento del hematocrito y una hemoconcentración ascendente.

Dengue hemorrágico sin choque

El dengue hemorrágico sin choque, suele comenzar con un aumento súbito de la temperatura, que viene acompañada por rubor facial y otros síntomas constitucionales no específicos que se asemejan al dengue, como anorexia, vómitos, cefaleas y dolores musculares o de articulaciones, algunos pacientes se quejan de dolor de garganta y en el examen clínico pueden encontrarse congestión faríngea el mal estar epigástrico.

La sensibilidad en el reborde costal derecho y el dolor abdominal generalizado son comunes, la temperatura típicamente alta durante 2 a 7 días y luego baja a un nivel normal a subnormal; ocasionalmente puede subir hasta 40 o 41 grados centígrados y pueden presentarse convulsiones febriles.(6)

La manifestación hemorrágica más común es una prueba de torniquete positiva en la mayoría de los casos se encuentran moretones y hemorragias en los sitios de venopuntura, durante la fase febril inicial pueden observarse petequias finas diseminadas en las extremidades, axilas, la cara y el paladar blando.

En casos graves del síndrome de choque del dengue el estado del paciente se deteriora en forma súbita por los 5 signos de choque: pulso débil y acelerado, disminución de la presión del pulso(menos de 20 mm de Hg), hipotensión para la edad, piel fría y húmeda, inquietud generalizada puede haber un incremento para el hematocrito, la duración del choque es corta, el paciente puede morir de 12 a 24 hrs. o recuperarse con rapidez después de recibir el tratamiento de reposición de líquidos parenterales.

Vigilancia de la enfermedad

En el caso del dengue y dengue hemorrágico el sistema de vigilancia debe considerar la enfermedad desde una perspectiva tanto clínica como entomológica, la vigilancia puede ser activa y pasiva. La vigilancia activa, implica una búsqueda preactiva de las infecciones del dengue, especialmente en las situaciones en las que pueden atribuirse a otras causas, como la influenza o a la rubéola. Por otro lado la vigilancia pasiva depende de la notificación de casos por parte de los médicos que reconocen enfermedades similares al dengue.

En la mayoría de los países donde se notifica la transmisión del dengue el sistema de vigilancia es de tipo pasivo y las autoridades de salud esperan hasta que los servicios médicos reconozcan y detecten la enfermedad mediante el sistema de notificación de rutina

La vigilancia pasiva debe recurrir informe de casos de todas las clínicas, consultorios privados y centro de salud que proporcionen atención médica a la población en riesgo. La vigilancia activa, el objeto de este sistema esta basado en pruebas de laboratorios y es proporcionar a los funcionarios de salud pública Información temprana y precisa acerca de cuatro aspecto del aumento de la actividad del dengue, el tiempo, la ubicación, el serotipo de virus y la gravedad de la enfermedad, en consecuencia un sistema de vigilancia proactivo permitirá la detección precoz de casos de dengue, por tanto mejora la capacidad de servicio de salud pública para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad, entre las características principales de este tipo de vigilancia esta su capacidad predicativa.(8)

Vigilancia del vector

La vigilancia entomológica se emplea para determinar los cambios en la Distribución geográfica del vector para obtener mediciones relativas de la población de vectores a lo largo del tiempo y para facilitar las decisiones apropiadas y oportunas en lo referente a intervenciones, puede servir para identificar las zonas de alta densidad de infestacion o los periodos de aumento de poblaciones. (8)

Actividades de Vigilancia, Prevención y control establecidas según las diferentes situaciones epidemiológicas

En cualquier momento dado, cada país de las Américas puede tener una situación singular en cuanto al nivel de infestación por *Aedes aegypti* (desde infestación cero hasta niveles muy altos) y de transmisión del dengue (desde ausencia del dengue hasta transmisión epidémica). No existe una sola forma estratégica uniforme de vigilancia y control que sea aplicable a cada caso, sin embargo las diversas situaciones de los países pueden agruparse conforme a las características de los vectores y enfermedades y se pueden describir las actividades de vigilancia para cada grupo.

África, Asia y América, donde el vector principal *Aedes aegypti* está presente el dengue clásico, junto con sus formas más graves, (dengue Hemorrágico y el síndrome del choque del dengue), representando un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. Las epidemias originan grandes costos en la economía de los países en desarrollo ya que en las campañas de prevención se invierten altas sumas de dinero y la asistencia de enfermos en hospitalización, son también factores que inciden en la actividad económica del sector productivo.

Los factores responsables del surgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos 50 años. El crecimiento sin precedente 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 suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios) a creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos.(8)

DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de Estudio

El diseño del estudio es descriptivo de corte transversal.

b) Área de estudio.

El municipio de Macuelizo está ubicado a una altura sobre el nivel del mar de 170 m. dista de la cabecera departamental Ocotol, a 22 km de distancia y a 246 de la capital Managua. Limita al norte con la república de Honduras, al sur el municipio de Totogalpa (Madriz), al este con Dipilto y Ocotol y al oeste Santa María.

Cuenta con un centro de salud sin camas y tiene el siguiente personal: 4 auxiliares de enfermería, 1 licenciada en enfermería, 2 médicos en servicio social, 1 médico de fondo social suplementario, 1 odontóloga que tiene las funciones de director municipal, 1 despachador de farmacia y un educador en salud.

Territorialmente se encuentra dividido en dos zonas urbanas y 21 comunidades rurales que se agrupan en 5 microrregiones.

En el municipio no existe abastecimiento de agua potable, la población se abastece de aguas superficiales como ríos, criquez, y quebradas lo mismo que acueductos y pozos de malacate. El 31% de la población obtiene el agua de consumo de mini acueductos, un porcentaje similar la obtienen de pozos, el 26% se abastece de criquez y un 12% de ríos.

c) Universo

El universo lo constituyeron 910 personas mayores de 15 años que habitan en el área urbana del municipio.

d) Muestra

Se estimó una muestra de 500 personas las cuales se encuestaron a conveniencia ya que el universo es pequeño.

) **Unidad de análisis**

Se realizó con jefes de hogares y personas mayores de 15 años que se encontraron al momento de la encuesta.

f) **Criterio de inclusión**

En cada hogar fueron los jefes y jefas de cada familia, personas mayores de 15 años que aceptaron ser entrevistados, así mismo como representantes claves de las comunidades.

g) **Criterios de exclusión**

Miembros de la comunidad que no aceptaron ser entrevistados, que no estuvieran comprendidos en los criterios anteriores y que hayan estado ausentes por una semana en el hogar.

h) **Instrumento de recolección de la información.**

Para recolectar la información se utilizó un instrumento que se componía de un cuestionario con preguntas sobre conocimientos, actitudes y práctica que tiene la comunidad sobre el dengue, además el instrumento tenía un acapite donde se anotaba la presencia de posibles criaderos domiciliarios y si habían o no larvas y/o mosquitos, dicho instrumento fue previamente probado por los investigadores a través de prueba piloto, haciendo posteriormente los ajustes necesarios antes de su aplicación.

i) **Método de recolección de la información.**

La información se recogió a través de encuestas y observación dentro de las casas y en los patios de las viviendas, utilizando para ello a encuestadores los cuales fueron previamente capacitados a fin de estandarizar la forma del llenado del instrumento de recolección de datos.

La encuesta se aplicó en los conglomerados habitacionales realizando entrevista al jefe de familia y a personas mayores de 15 años que se encontraron al momento de la entrevista.

Antes de aplicar el cuestionario se le solicitó al entrevistado su autorización para realizar la entrevista explicando los objetivos de la misma.

j) **Procesamiento y análisis de la información**

Se procesó a través de paquetes estadísticos Epi-Info (6.04)d.

Se analizó la información realizando distribución de frecuencia y porcentaje.

PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la presentación a través de tablas y gráficos.

CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES.

✚ Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la entrevista.

Las escalas utilizadas son las siguientes:

- 15-20 años
- 20-35 años
- 36-49 años
- 50 a más

✚ Sexo: características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.

- Femenino
- Masculino

✚ Escolaridad: grado de educación alcanzado por el entrevistado hasta el momento de la entrevista.

- Analfabeta.

- Primaria.
- Secundaria.
- Superior.

✚ Estado civil: condición social de tipo acompañamiento entre dos personas.

- Soltero
- Unión estable
- Casado
- Otro.

✚ Conocimiento: Acción y efecto de conocer. Implica tener 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. (4) y (5)

✚ Actitud: Disposición de ánimo manifiesta exteriormente una actitud, es una organización relativamente duradera de creencia entorno a un objeto. Conociendo las actitudes y creencias de una persona es posible predecir más fácilmente su práctica.(4)

✚ Práctica: Ejecutar una cosa que se ha aprendido y especulado, usar o ejercer continuamente una cosa. El comportamiento esta determinado por conductas, relaciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida por una situación común. (4)

El método que se utilizará para medir la actitud será a través de la escala Liker, valorándolos como excelente, bueno y malo.

Utilizando las preguntas del formulario, los conocimientos se evaluaron con una escala de cero a diez respuestas correctas, donde sabe equivalía de 8 a 10 respuestas correctas, sabe poco de 6 a 7 y no sabe de 5 ó menos.

En cuanto a las prácticas se utilizó la observación en los patios de las viviendas visitadas y se relacionó la existencia de mosquitos y con criaderos como floreros, llantas, botellas, recipientes de agua y cachivaches.

RESULTADOS

Este estudio presenta los resultados de una encuesta poblacional de conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención del dengue en el municipio de Macuelizo Nueva Segovia.

Los datos fueron colectados de Mayo-Junio 2007, producto de la entrevista a 500 personas adultas de los cuales el 62.8 % eran de 20 a 35 años; de 36 a 49 años con un 13 %, siendo el 52.6% del sexo femenino. (Ver cuadro 1)

El 44.2 % tenían estudios secundarios y el 32.4 % tenían educación superior (ver gráfico 1).

El 50.6 % de los entrevistados eran solteros, el 32.2 % tenían unión estable (ver gráfico 2)

El grupo de edad que tiene más conocimiento sobre dengue es de 20-35 años, el sexo femenino, los que tienen estudios secundarios y personas solteras. (ver cuadro 3,4,5, 6)

La mayoría de las personas tienen buena actitud en relación a las medidas preventivas del dengue y para asistir a la unidad de salud en caso de presentar la enfermedad. (ver gráfico 3 al 9)

De las 500 casas visitadas 345 había mosquitos y en 155 casas no se encontró mosquitos. (ver gráfico 10)

En 357 hogares visitados que no había floreros, la frecuencia de mosquitos es de 72.7. (ver cuadro 7)

En 339 casas se encontró recipientes con agua, con una frecuencia de mosquitos de 76.8. (ver cuadro 8)

En 391 casas no se encontró llantas y la frecuencia de mosquito es de 76.5. En 377 no se encontró botellas y la frecuencia de mosquito es de 68.1. (ver cuadro 9y10)

En 311 viviendas no se encontró maleza y la frecuencia de mosquito es de 54.2. (ver cuadro 11)

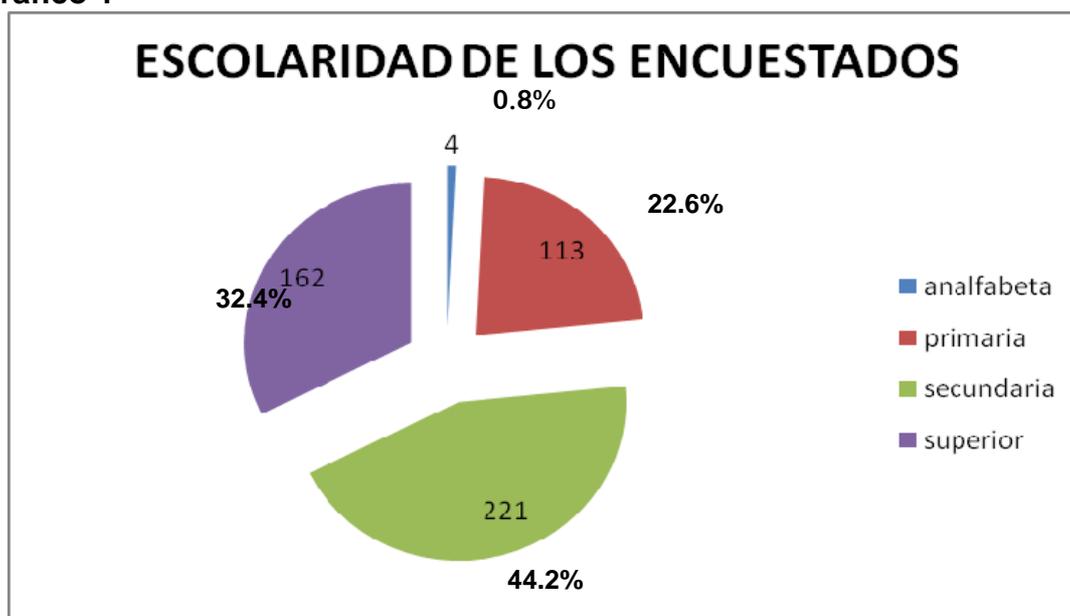
De los hogares visitados 304 han presentado casos de dengue. (ver gráfico11)

CUADRO 1
Características generales de la población en Macuelizo
Nueva Segovia mayo-junio 2007.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
Menor de 20	68	13.6
20 a 35	314	62.8
36-49	65	13.0
50-+	53	10.6
Total	500	100
Sexo		
Masculino	237	47.4
Femenino	263	52.6
Total	500	100

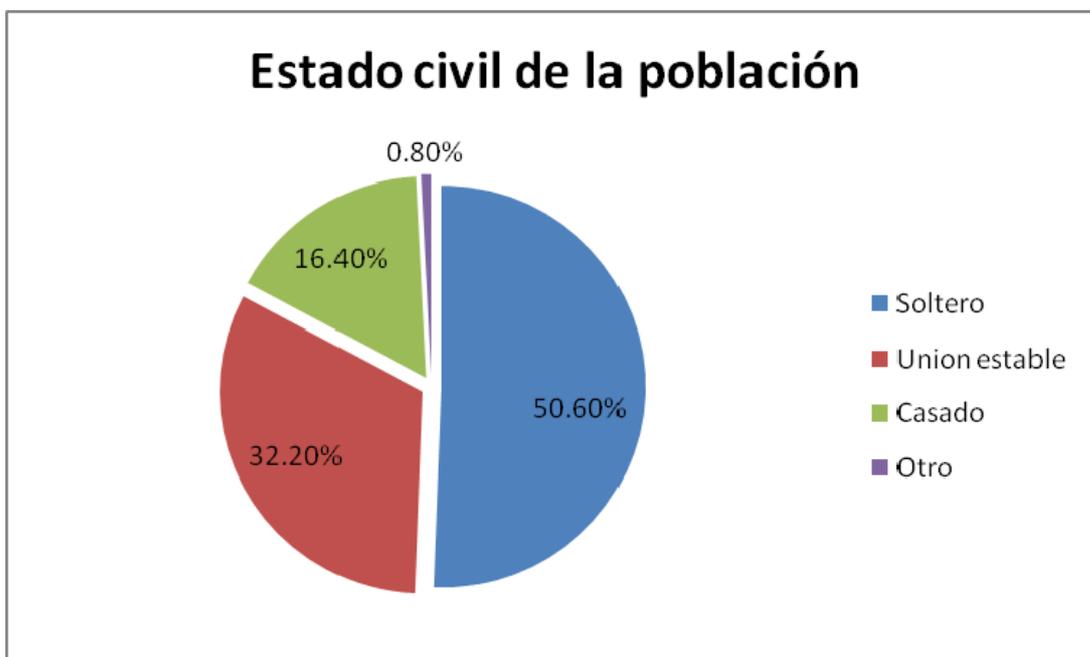
Fuente primaria

Gráfico 1



Fuente primaria

Gráfico 2



Fuente primaria

Cuadro 2. Conocimientos que tiene la población sobre dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

Variable	No sabe	%	Sabe	%
En que consiste el dengue.	146	29.2	354	70.8
Como se adquiere la enfermedad	55	11	445	89
Por que hay dengue	137	27.4	363	72.6
Donde se reproduce el mosquito	302	60.4	198	39.6
Que hacer para evitar los mosquitos	39	7.8	461	92.2
Que hacer para que no le piquen	57	11.4	443	88.6
Conoce los signos de peligro	290	58	210	42
Conoce el tratamiento del dengue	47	9.4	453	90.6
Cuando debería ir al centro de salud	25	5	475	95
Que hacer si una persona esta grave	41	8.2	459	91.8

Fuente primaria

Cuadro 3. Edad de los entrevistados asociados al conocimiento sobre dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

EDAD	NO SABE		SABE POCO		SABE		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
15 - 20	6	8.8	10	14.7	52	76.4	68	100
20 - 35	7	2.2	44	14	263	83.7	314	100
36 - 49	0	0	5	7.6	60	92.3	65	100
50 +	0	0	2	3.8	51	96.2	53	100
TOTAL	13	2.6	61	12.2	426	85.2	500	100

Fuente primaria

Cuadro 4 Sexo de los entrevistados asociados al conocimiento sobre dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

SEXO	NO SABE		SABE POCO		SABE		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
MASCULINO	2	0.8	34	14.3	201	84.8	237	100
FEMENINO	11	4.1	27	10.2	225	85.5	263	100
TOTAL	13	2.6	61	12.2	426	85.2	500	100

Fuente primaria

Cuadro 5 Escolaridad de los entrevistados asociados al conocimiento sobre dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

ESCOLARIDAD	NO SABE		SABE POCO		SABE		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
ANALFABETA	0	0	1	25	3	75	4	100
PRIMARIA	1	0.8	6	5.3	106	93.8	113	100
SECUNDARIA	11	4.9	32	14.4	178	80.5	221	100
SUPERIOR	1	0.6	22	13.5	139	85.8	162	100
TOTAL	13	2.6	61	12.2	426	85.2	500	100

Fuente primaria

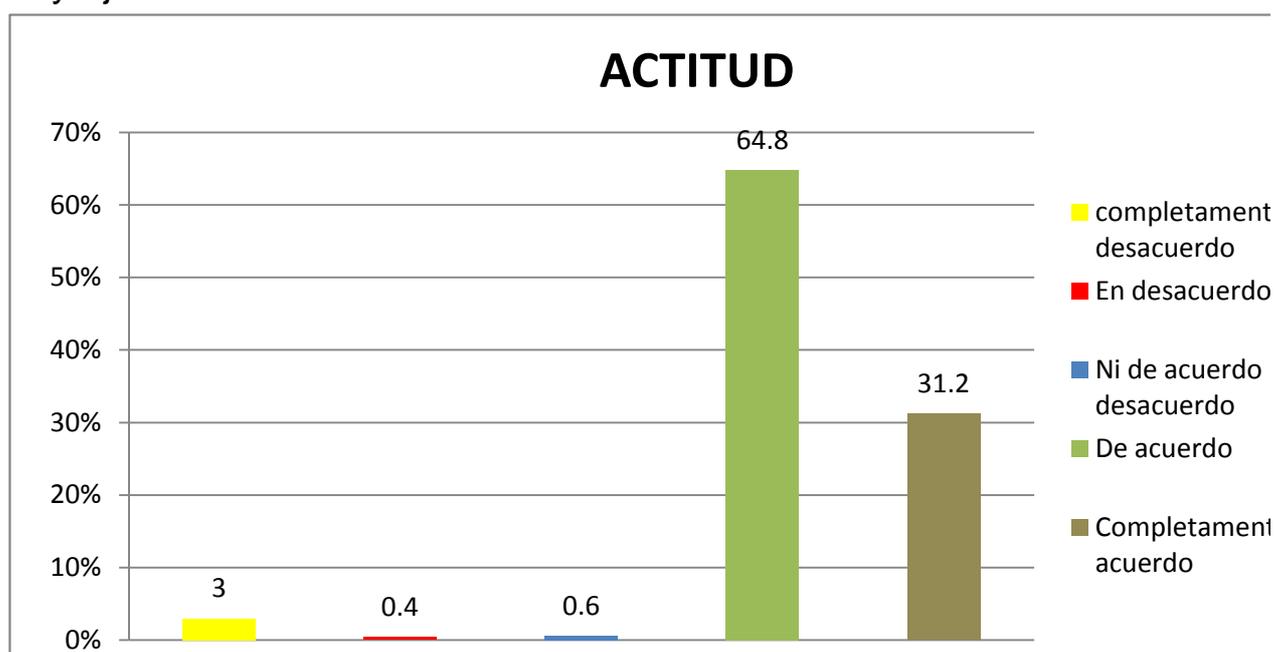
Cuadro 6. Estado civil de los entrevistados asociados al conocimiento sobre dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

ESTADO CIVIL	NO SABE		SABE POCO		SABE		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
SOLTERO	12	4.7	35	13.8	206	81.4	253	100
UNION ESTABLE	1	0.6	15	9.3	145	90.0	161	100
CASADO	0	0	11	13.4	71	86.5	82	100
OTROS	0	0	0	0	4	100	4	100
TOTAL	13	2.6	61	12.2	426	85.2	500	100

Fuente primaria

Gráfico 3

Actitud de los entrevistados con respecto a mantener el patio de sus hogares limpio para evitar el dengue, Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

Gráfico 4

Actitud de los entrevistados con respecto a tener recipientes de agua limpia tapados para evitar dengue en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

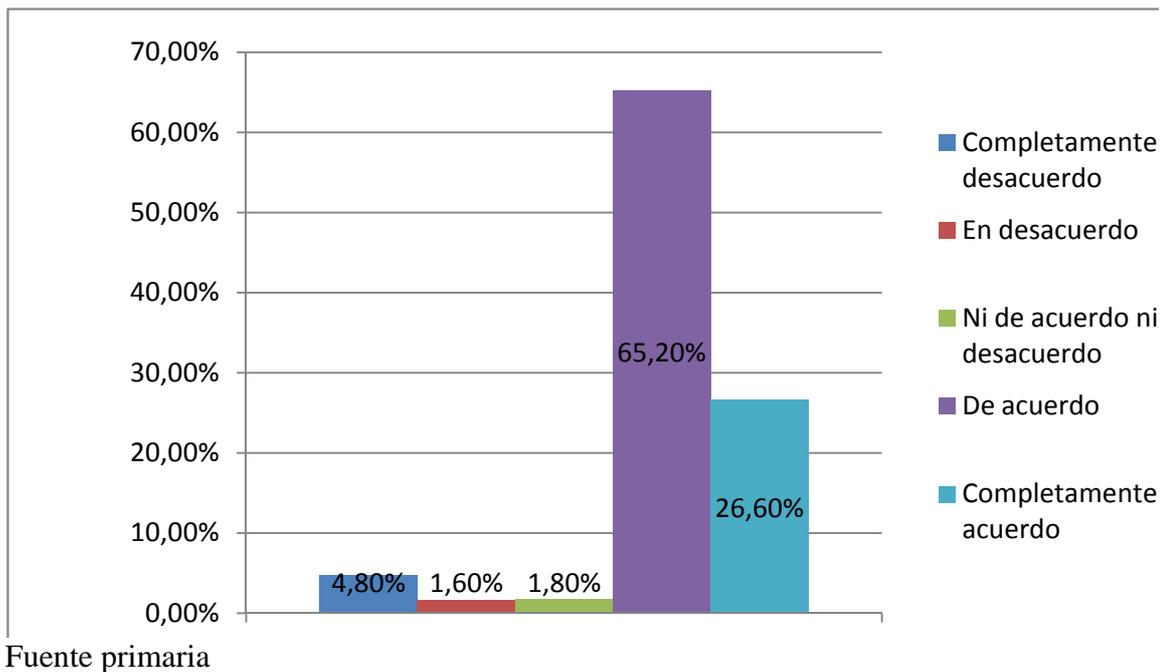


Gráfico 5

Actitud de los entrevistados respecto a fumigaciones seguidas para evitar el dengue en Macuelizo Nueva Segovia. Mayo-Junio 2007.

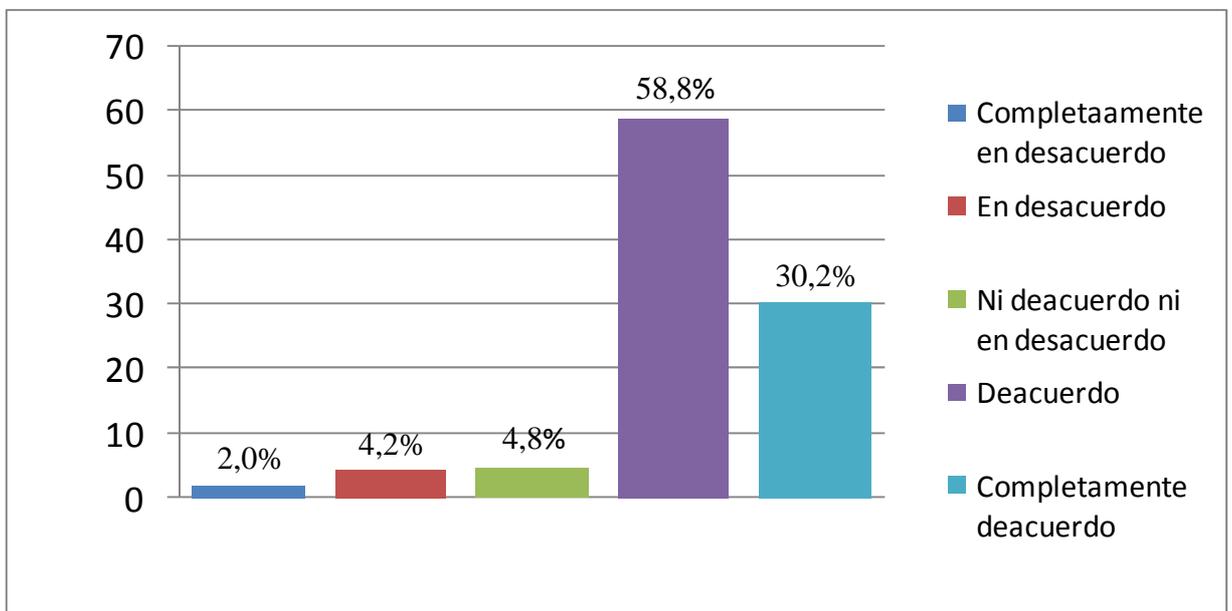
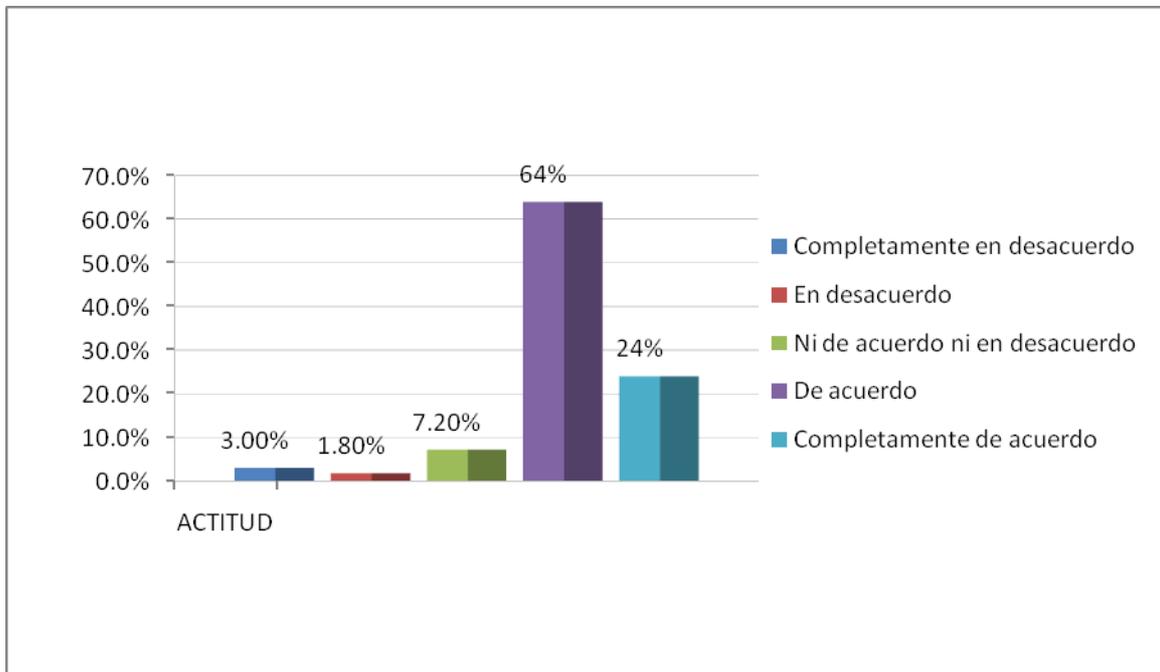


Gráfico 6

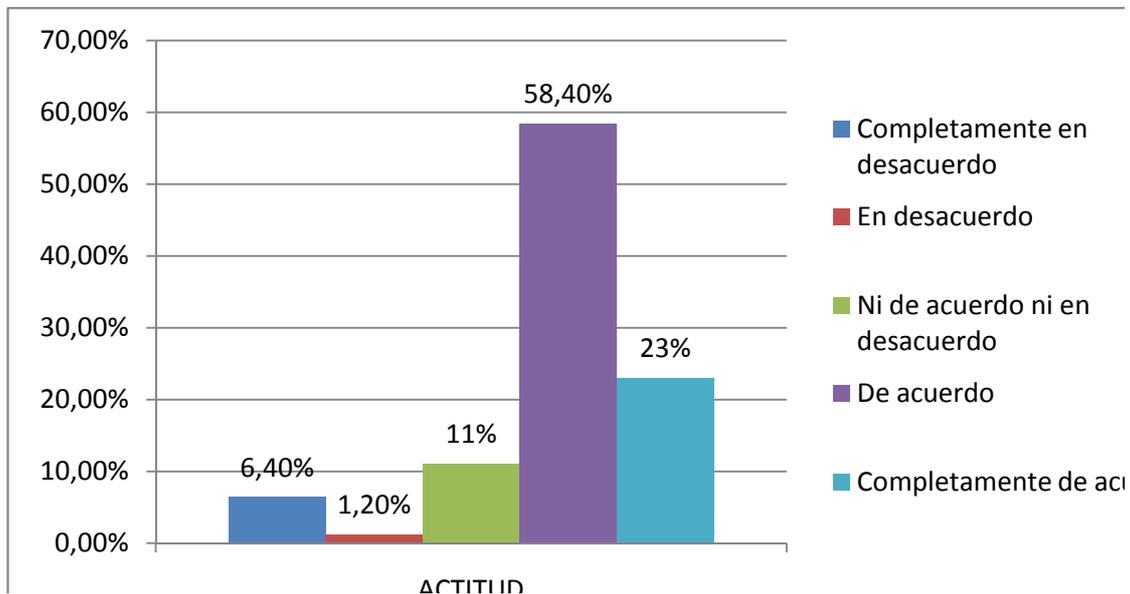
Actitud de los entrevistados con respecto a la participación en limpiezas comunitarias para evitar dengue, Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

Gráfico 7

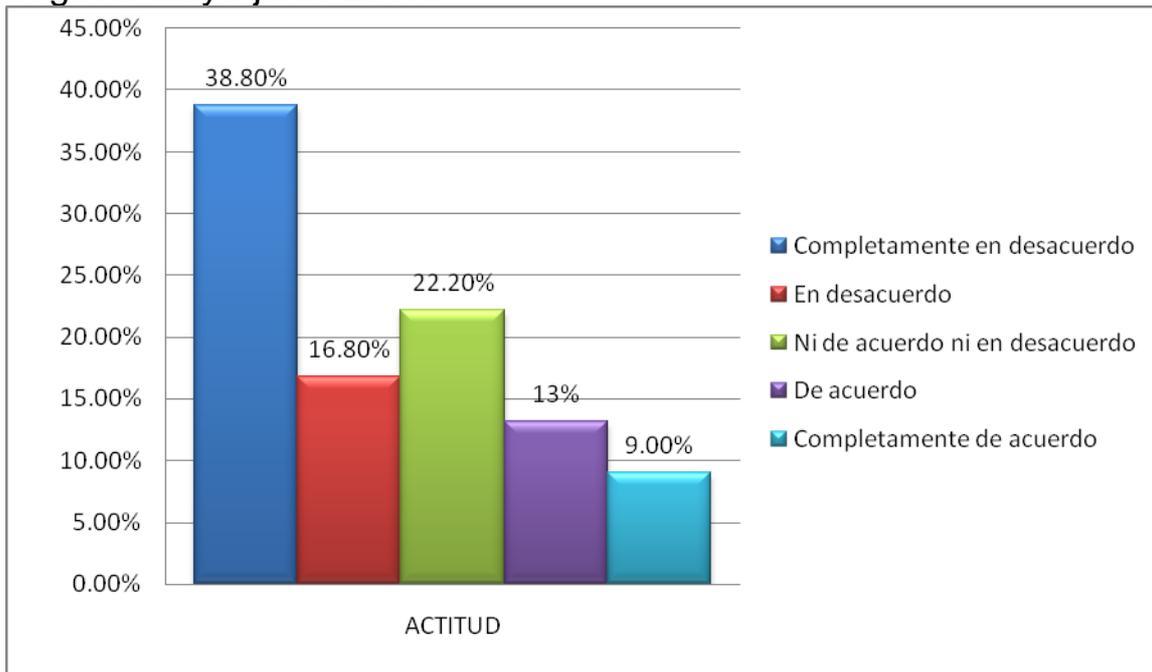
Actitud de los entrevistados con respecto a multar a las personas que no cumplen orientaciones del MINSA en Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007



Fuente primaria.

Gráfico 8

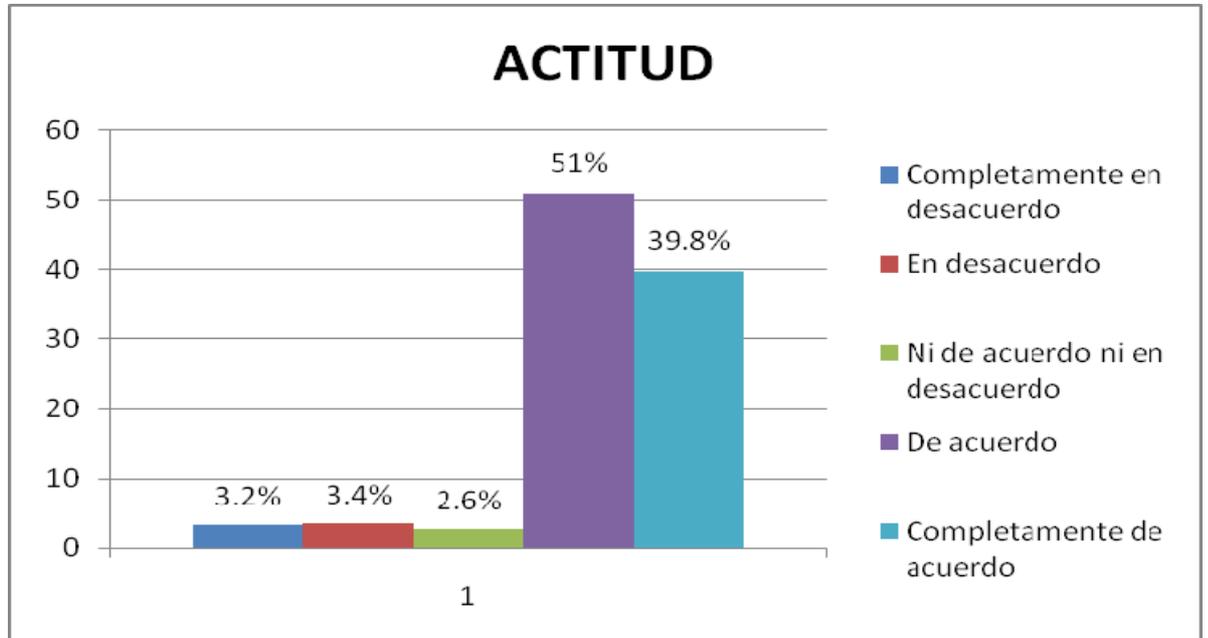
Actitud de los entrevistados con respecto al uso de los medicamentos caseros en personas con dengue, Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

Gráfico 9

Actitud de los entrevistados con respecto a asistir a la unidad de salud en casos de dengue, Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

Gráfico 10

Presencia de los mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

Cuadro 7 Existencia de floreros relacionados a la frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo- junio 2007.

FLOTERO	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	357	71.4	251	72.7
HAY PERO NO HAY AGUA	31	6.2	21	6.0
HAY AGUA	103	20.6	64	18.5
HAY LAMA	0	0	0	0
HAY LARVAS	9	1.8	9	2.6
TOTAL	500	100	345	100

Fuente primaria

Cuadro 8. Existencia de recipientes relacionados a la frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

RECIPIENTE	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	115	23	57	16.5
HAY PERO NO HAY AGUA	26	5.2	9	2.6
HAY AGUA	339	67.8	265	76.8
HAY LAMA	9	1.8	3	0.8
HAY LARVAS	11	2.2	11	3.1
TOTAL	500	100	345	100

Fuente primaria

Cuadro 9. Existencia de llantas relacionadas a frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

LLANTAS	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	391	78.5	264	76.5
HAY PERO NO HAY AGUA	17	3.4	9	2.6
HAY AGUA	61	12.2	43	12.5
HAY LAMA	3	0.6	1	0.2
HAY LARVAS	28	5.6	28	8.1
TOTAL	500	100	345	100

Fuente primaria

Cuadro 10 Relación entre botellas y frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

BOTELLAS	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	377	75.4	235	68.1
HAY PERO NO HAY AGUA	18	3.6	14	4.0
HAY AGUA	68	13.6	59	17.1
HAY LAMA	9	1.8	9	2.6
HAY LARVAS	28	5.6	28	8.1
TOTAL	500	100	345	100

Fuente primaria

Cuadro 11 Relación entre maleza y frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

MALEZA	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	311	62.2	187	54.2
HAY PERO NO HAY AGUA	47	9.4	35	10.1
HAY AGUA	51	10.2	35	10.1
HAY LAMA	24	4.8	21	6.0
HAY LARVAS	67	13.4	67	19.4
TOTAL	500	100	345	100

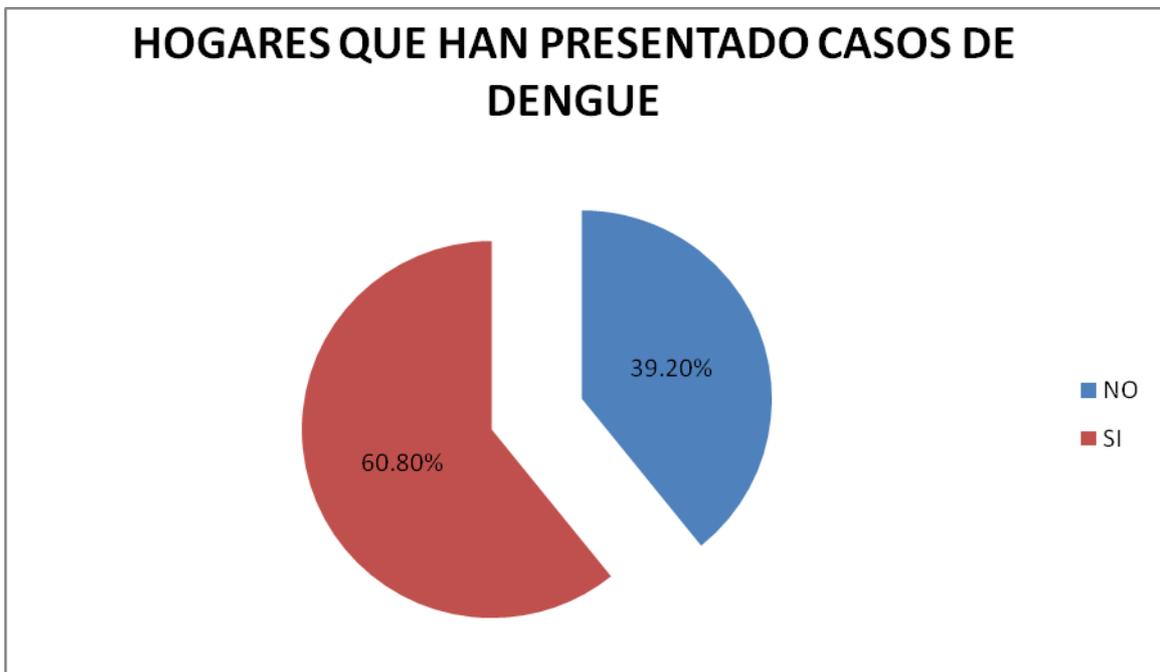
Fuente primaria

Cuadro 12 Relación entre plantas y frecuencia de mosquitos en los hogares de Macuelizo Nueva Segovia mayo-junio 2007.

PLANTAS	VIVIENDA		HAY MOSQUITO	
	Número	%	Número	%
NO HAY	101	20.2	62	17.9
HAY PERO NO HAY AGUA	125	25	80	23.1
HAY AGUA	157	31.4	99	28.6
HAY LAMA	27	5.4	16	4.6
HAY LARVAS	90	18	88	25.5
TOTAL	500	100	345	100

Fuente primaria

Gráfico 11.
Hogares que han presentando casos de dengue en Macuelizo
Nueva Segovia mayo-junio 2007.



Fuente primaria

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el estudio sobre conocimientos, Actitudes y prácticas en la prevención del dengue en el municipio de Macuelizo Nueva Segovia en el periodo de Mayo a Junio del 2007, Se encontró que el grupo etario predominante fue de 20 a 35 años con el nivel escolar de secundaria incompleto y en su mayoría eran del sexo femenino. Esto tiene relevancia ya que siendo las mujeres las que pasan largos periodos de tiempo en el hogar realizando el quehacer domestico, con una actividad mínima durante las horas del día, pueden experimentar exposiciones mas largas a mosquitos potencialmente infectados que las personas que están fuera de casa.

Casi la mitad de la población entrevistada vive en condición de hacinamiento y según la OMS, el riesgo de transmisión del dengue aumenta en las viviendas donde existen condiciones de hacinamiento lo que favorecería una rápida propagación de cualquier brote epidémico (7).

En los conocimientos generales que tiene la población acerca del dengue son deficientes ya que no logran diferenciar el dengue de la malaria al referir que son las charcas el criadero del mosquito y un pequeño porcentaje reconoce las botellas, aguas almacenadas y los barriles como criaderos. Esto puede deberse a que la población confunde el mosquito trasmisor de malaria y sus criaderos con el mosquito del dengue.

Es importante que la población conozca los síntomas y signos del dengue ya que dentro de estos están incluidos algunos que son de alarma o de gravedad como el sangrado, vómito, dolor abdominal. A pesar de esto la mayor parte de la población reconoce la fiebre como principal síntoma del dengue, pero los demás signos y síntomas son conocidos por menos de la mitad de la población este dato es similar a un estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en León en mayo del 2003 (10).

En otro estudio realizado en el viejo- Chinandega de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en diciembre del 2003 (11), se encontró que la población tiene actitudes negativas en la participación de jornadas de saneamiento en la comunidad diferente a los resultados encontrados en este estudio.

La falta de conocimientos de estos signos y síntomas posiblemente se deba a la deficiente orientación en salud en los diferentes niveles educativos ya sea en las escuelas y comunidades y probablemente a que las campañas educativas sobre dengue en los medios de comunicación no han tenido el impacto deseado.

Por lo general las personas encuestadas presentan actitudes positivas al permitir la fumigación y que abatizen sus hogares. No así a la participación de la población en jornadas de limpieza ya que más de la mitad refirió estar de acuerdo en realizar dichas jornadas pero en la práctica se encontró todo lo contrario. La poca participación de la población encuestada influye en el nivel de saneamiento del medio ambiente doméstico y determina la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el contorno domicilio y de la comunidad.

Algo importante de destacar es que la mayoría de los entrevistados refiere que la mejor forma de evitar el dengue es realizar medidas preventivas entre ellas eliminar criaderos pero no reconocían que existían criaderos en sus casas, esto se relaciona con el estudio realizado en Santa Tecla el Salvador donde se encontró que a nivel general la población está a favor de la aplicación de las medidas preventivas contra el dengue, pero en la práctica demuestra lo contrario (3).

La mayoría de los hogares almacenaba el agua en recipientes como barriles, bidones y pilas, según entrevista los protegían y lavaban los recipientes semanalmente, existiendo contradicción debido a que el agua no llega a sus hogares de forma permanente sino que recibían el agua cada 3 a 5 días en la mayoría de las veces, este es un factor determinante en la proliferación del vector.

En los hogares la mayoría de ellos tenían pocos floreros, llantas, botellas, maleza, cachivaches, pero siempre había mosquitos, lo que nos demuestra que estos no son factores determinantes para la proliferación del vector en el municipio de Macuelizo, contrario a los recipientes para almacenar agua como lo mencionamos anteriormente.

Los esfuerzos de educación para la salud han logrado éxito en aumentar el interés y los conocimientos de las personas sobre dengue, pero infructuosos para cambiar el comportamiento para el apoyo complementario de las estrategias de participación comunitaria.

CONCLUSIONES.

1. Las características Fundamentales de los entrevistados, en su mayoría eran mayores de 20 años, sexo femenino con nivel de escolaridad alcanzada en su mayoría secundaria.
2. La mayoría de los entrevistados conocían que es el dengue, pero no diferencian el dengue de la malaria en cuanto a tipo de vector y criadero.
3. La mayoría de la población conoce los signos y síntomas del dengue, pero más de la mitad no conocen los signos de alarma.
4. A medida que aumenta el nivel académico mejoran los conocimientos, por lo que existe una relación directa entre ambos.
5. La mayor parte de la población mostró buenas actitudes ante el enfermo con dengue, lo llevarían al centro de salud y en caso de tratamiento domiciliar le administrarían acetaminofen. Así como en las actividades de lucha antivectorial realizadas por el MINSA (abatización , fumigación)
6. Las personas encuestadas tienen alto número de recipientes para acumular agua, ya que el suministro de esta es cada 3 a 4 días por lo que se dificulta que tengan prácticas adecuadas para la prevención del dengue.

RECOMENDACIONES.

1. Sostener campañas educativas permanentes en la población sobre las medidas de prevención del dengue en el municipio mediante diferentes estrategias educativas.
2. La educación sanitaria debe llevarse a cabo con regularidad, empezando en las escuelas y continuando toda la vida con información sencilla, utilizando los medios disponibles.
3. Monitorear y evaluar las actividades que se realizan para la prevención del dengue y dar a conocer por parte del MINSA el comportamiento epidemiológico de la enfermedad en la zona para motivarlos a realizar un saneamiento adecuado.
4. El abordaje en la unidad de salud debe incluir a las familias en su conjunto explicar los beneficios de las medidas preventivas esto reduce no solo el riesgo de enfermar sino también el ámbito de la economía Familiar.

Para actores sociales.

5. Mejorar el abastecimiento del agua de forma permanente en los hogares para disminuir la utilización de recipientes para almacenar agua.
6. Participar activamente en las campañas de higiene y limpieza como un deber ciudadano.
7. Poner en práctica las recomendaciones que orienta el ministerio de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo Francisco, Manual de Técnicas de control Vigilancia de Aedes aegypti y Aedes albopictus Ministerio de salud Nicaragua. Vol. No.1. 1999. P. 3-8.
2. Revista Panamericana de la salud vol. No.3 septiembre 2001 P.162-163.
3. Hernández Moreno .Factores que influyen en la participación social en la prevención del dengue, comunidad las Margaritas, Santa Tecla, San Salvador. Febrero 2000. P. 30-35.
4. Bolívar Antonio. La evaluación de valores, Madrid España. Grupo Anmya. S.A. 1995 Pág.71-75.
5. Loáisiga Flores María Azucena, Impacto de la intervención de Salud en el control del Dengue en Ciudad Sandino y Edgar Lang, Managua 1998. P. 28-33.
6. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas, guía para la prevención y control OPS/OMS publicación científica No.548; 1995. P. 18-20.
7. Organización Panamericana de la Salud: dengue y dengue Hemorrágico en las Américas, guía para la prevención y control DC: OPS/OMS 1995 publicación científica No.548. P. 25-30.
8. Roberto Hernández Sampieri Fernández Collado. Metodología de la investigación.2da Edición. Mc Graw Hill. 1998 P. 255-277.
9. Allison Chávez Rojas, Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre dengue en la población de los consejos 1y3 Sitiaba- León, Mayo-Septiembre 2003. P. 47-49.

ANEXO

Conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención del dengue. Municipio de Macuelizo, Nueva Segovia, Mayo – junio 2007.

Estamos realizando una encuesta para identificar las necesidades en información que tiene la comunidad para enfrentar la epidemia del Dengue y así poder brindarles un mejor servicio en información, educación y comunicación. Agradecemos la respuesta al presente cuestionario.

I.- Datos generales:			
Edad: /_/_/_/	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro
Actividad laboral: _____			
II.- Conocimientos: Actualmente, el dengue es una enfermedad que está afectando a muchas personas en el municipio.			
1) ¿Podría decir en qué consiste la enfermedad del dengue?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
2) Podría mencionarme ¿cómo una persona sana llega a enfermarse por el dengue?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
3) ¿Por qué cree usted que hay muchos casos de dengue en este municipio?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
4) ¿En qué sitios se reproduce fácilmente el mosquito transmisor del dengue?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
5) ¿Qué pueden hacer las personas para que no hayan muchos mosquitos?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
6) ¿Qué pueden hacer las personas para que no le piquen los mosquitos que transmiten el dengue?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
7) ¿Sabe cuándo una persona enferma de dengue puede estar peligro de muerte?			<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe
8) ¿Sabe cuál es el tratamiento del dengue en caso de que una persona			<input type="checkbox"/> Sabe

esté enferma por esa enfermedad?	<input type="checkbox"/> No sabe				
9) ¿Cuándo una persona debería ir a la unidad de salud para que el médico le haga una evaluación de su estado?	<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe				
10)¿Sabe qué se debe hacer si una persona se encuentra grave y su vida corre peligro?	<input type="checkbox"/> Sabe <input type="checkbox"/> No sabe				
III.- Actitudes: (Pregunte si está: 1Completamente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4De acuerdo, 5Completamente de acuerdo con el enunciado o aseveraciones siguientes. Si responde algo trate de interpretar el significado, si no está clara, reformúlele la pregunta, por ejemplo ¿Qué tanto en desacuerdo está, poquito o bastante?)					
11)Considera usted que para erradicar el mosquito del dengue se debe mantener el patio limpio.	1	2	3	4	5
12)Cree usted que al tener recipientes de agua limpios y tapados se evita el dengue.	1	2	3	4	5
13)Para que no existan zancudos que transmiten el dengue el Ministerio de Salud debe implementar fumigaciones seguidas.	1	2	3	4	5
14)Es necesario que la comunidad participe en mantener la limpieza de los patios, inclusive de los vecinos si no pueden.	1	2	3	4	5
15)Si las personas no toman en cuenta las orientaciones del Ministerio de Salud se les debería multar para obligarlas a cumplir.	1	2	3	4	5
16)Si se sospecha que una persona tiene dengue, se le podrían dar medicamentos caseros.	1	2	3	4	5
17)Cree usted que si una persona tiene dengue en su hogar debe llevarla al centro de salud.	1	2	3	4	5

IV.- Prácticas: (Solicite permiso de entrar a la casa y observe la presencia de características que pueden aumentar el riesgo de tener criaderos y facilitar la transmisión del dengue)

18) Marque si en la casa se observan lo siguiente:

Objetos:	Tienen				Se puede eliminar de la vivienda?
	Agua	Lama	Larvas	Mosquitos	
<input type="checkbox"/> Floreros					
<input type="checkbox"/> Recipientes					
<input type="checkbox"/> Llantas					
<input type="checkbox"/> Botellas					
<input type="checkbox"/> Bebederos					
<input type="checkbox"/> Cachivaches					
<input type="checkbox"/> Maleza					
<input type="checkbox"/> Plantas					

19) ¿Hay mosquitos en la vivienda?
 Si
 No

20) ¿Alguien se ha enfermado de dengue?
 Si
 No

V.- Observaciones: (Agregue aspectos que consideren del conocimiento, actitudes y práctica que usted quiera resaltar para explicar los comportamientos sociales relacionados con la transmisión y abordaje del dengue)