



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA,
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EL SALVADOR 2011-2013



Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DENGUE
DE LOS RESPONSABLES DE FAMILIA, EN FUNCIÓN DE UN
MODELO TEÓRICO PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO,
ZONA 15 SOYAPANGO, SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2012”**

Autora: Dra. Silvia Ernestina Rivera Sánchez

Tutora: MSc. Docente e Investigadora Estela Alvarenga Alas

San Salvador, El Salvador, Abril de 2013



Dedico este estudio a mi querida madre Silvia Isabel, quien con su tenacidad y amor me ha apoyado siempre y a mi entrañable padre José Francisco quien desde el cielo es mi inspiración.

Agradezco a Dios, Señor de la vida por permitir alcanzar esta meta y a su madre María Santísima por ser guía y madre en mi vida.

A mi esposo Salvador Eduardo quien con su amor y paciencia acompaña mi vida.

A toda mi familia y amigos por su cariño sincero y apoyo en cada momento.

A las 18 comunidades de la zona 15 de Soyapango principalmente a los líderes y lideresas de las comunidades Labor 1 Amatepec, Labor Urbanizada, Atonal, Octuples Amatepec, Com. Altos de Monte María y Ciudad Credisa, quienes con su compromiso por el verdadero desarrollo de sus comunidades han acompañado mi esfuerzo investigativo.

A los compañeros y compañeras de la Clínica Comunal Monte María del Seguro Social y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Amatepec por su apoyo y acompañamiento en el desarrollo del estudio.

A Roberto Urrutia, Inmaculada Durán y Dianita Gutiérrez, sin ustedes no hubiese logrado obtener la información.

A mis maestros, tutora y compañeros de maestría, ya que sin su interés y perseverancia, este logro académico no fuese posible.

RESUMEN

Es un estudio CAP, cuantitativo con la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos, cuyo objetivo era describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue a través de guías de entrevista semi estructurada y guía de observación aplicadas a 96 responsables de familia de la zona 15, Soyapango, con un nivel de confianza de la muestra del 95% y, en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento. Se identificaron los conocimientos, se valoraron las actitudes; así como las prácticas para prevenir la enfermedad.

Los principales resultados obtenidos muestran que la mayoría de responsables de familia fueron mujeres mayores de 55 años, con un nivel educativo intermedio en su mayoría propietarias de vivienda. Los conocimientos mayormente identificados demostraron que aunque los responsables de familia no saben definir conceptos sobre dengue, si logran identificar la enfermedad y la relacionan con la práctica de consultar, no conocen aspectos clave sobre el vector, como es el ciclo de vida. Lo anterior se ubica en la etapa de contemplación del modelo teórico para el cambio de comportamiento de Prochaska y DiClemente.

Las actitudes de los responsables de familia demuestran conciencia sobre la gravedad de la enfermedad y su responsabilidad en la prevención de la misma; lo anterior concuerda con el “Modelo de conciencia por la salud” de Rosenstock y Becker el cual postula que para el cambio de conducta las personas deben estar convencidas racionalmente de la amenaza que representa un problema de salud.

En cuanto a la prevención de la enfermedad conocen los métodos enfocados al control del vector (físicos y químicos), los principales resultados de la guía de observación aplicada en las viviendas evidenció distanciamiento entre el

conocimiento y la práctica; ya que al constatar su cumplimiento, sus prácticas preventivas no concuerdan con los conocimientos identificados.

Entre las conclusiones del estudio se mencionan que aunque la población no sabe definir conceptos sobre la enfermedad del dengue, si sabe identificar síntomas y los asocia con la necesidad de consultar; además la población manifestó estar conscientes de la gravedad de la enfermedad y las implicaciones para sus familias. Así mismo se constato que no existe una concepción intersectorial en el abordaje del dengue y que la comparación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue con un modelo teórico para el cambio de comportamiento puso en evidencia los aspectos que necesitan ser reorientados en las intervenciones educativas en la zona para optimizar los resultados de las mismas, los cuales van orientados a cambio de actitud hacia la prevención y el reforzamiento de prácticas tales como de control del vector con métodos biológicos y de saneamiento ambiental, para lo cual se necesita de los componentes de promoción de la salud (Pilar de la Atención Primaria en Salud) como es el fortalecimiento del trabajo intersectorial, con participación ciudadana para la prevención del dengue.

INDICE

	Nº de Página
I. INTRODUCCIÓN	7
II. ANTECEDENTES	9
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
V. OBJETIVOS	15
VI. MARCO TEÓRICO	16
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	38
VIII. RESULTADOS	44
IX. ANÁLISIS	53
X. CONCLUSIONES	59
XI. RECOMENDACIONES	61
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS:	66
Cuadro de cálculo de proporciones por comunidad zona 15	
Guía de entrevista	
Guía de observación	
Cuadros de operacionalización de variables	
Tablas y gráficos	

I. INTRODUCCIÓN

Soyapango ubicado al oriente de San Salvador (capital del país), se encuentra administrativamente dividido en 16 zonas albergando alrededor de 270 comunidades, para este estudio se tomó la zona 15 (18 comunidades) que corresponde al sector de Amatepec al sur del municipio.

La población de la zona 15 en cuanto a salud, se encuentra bajo responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Amatepec (UCSF Amatepec); así como en el caso de la población que cuenta con seguro social se cuenta con la clínica comunal Monte María y Hospital Amatepec ambos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), para el caso del trabajo comunitario contra el dengue se involucra la UCSF Amatepec como institución rectora, clínica comunal Monte María y la Alcaldía Municipal de Soyapango que contribuye al sector salud a través del programa de Salud Comunitaria que contempla organización comunitaria y saneamiento ambiental; además se cuenta con cuatro comités de salud que contribuyen en tareas educativas y de control del dengue en el sector (Organizados por la Alcaldía de Soyapango).

La enfermedad del dengue en el municipio de Soyapango responde a una serie de determinantes tanto de índole ambiental, social y actitudinal por parte de la población, se ha invertido desde la década del 2000 recursos humanos, económicos y tiempo en su combate; sin que se haya logrado erradicar la enfermedad.

Actualmente es una enfermedad endémica en el municipio siendo históricamente las colonias más afectadas¹: Las Margaritas en sus cinco etapas (zona 5), Sierra Morena (zona 11), Prados de Venecia (zona 5), entre otras; sin embargo a partir del año 2009 se observó un aumento sostenido de casos en el sector de

Amatepec que corresponde a la zona 15 del municipio, principalmente en Amatepec primera etapa, al grado de presentar la tasa más elevada de casos de esta enfermedad en el año 2011 dentro de Soyapango; así como un caso de dengue hemorrágico en Amatepec tercera etapa.

Por lo anteriormente expuesto, se investigaron los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto a la enfermedad del dengue de los responsables de familia de la población de la zona 15 correspondiente a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Amatepec, del SIBASI Oriente de la Región de Salud Metropolitana, tomando como referente un modelo teórico para el cambio de comportamiento, debido a las múltiples intervenciones educativas realizadas a la fecha sin los resultados esperados.

II. ANTECEDENTES

En Soyapango la incidencia de casos de dengue es alta, desde el año 2000 cuando se presentó la epidemia más reciente de dengue en El Salvador, Soyapango fue uno de los municipios más golpeados por este fenómeno y a la fecha sigue siéndolo, favoreciendo esta condición el alto grado de urbanismo en el municipio, el abastecimiento irregular de agua potable que obliga a la población a retener el vital líquido en recipientes, entre otras causas.

La situación anterior ha llevado al Ministerio de Salud a implementar una serie de estrategias para el control del vector, este trabajo se ha visto limitado entre otras causas por la baja capacidad de respuesta con que cuentan las unidades de salud ahora llamadas unidades comunitarias de salud familiar ya que la población del municipio asciende a más de 259,553 personas además un gran número de la población permanece fuera de sus viviendas durante el día, favoreciendo el sobrenombre del municipio de “Ciudad Dormitorio”; así mismo un buen número de viviendas abandonadas probablemente por la delincuencia imperante en el municipio no contribuyen al trabajo del Ministerio de Salud e instituciones a fines como Seguro Social y Alcaldía de Soyapango que participan en esta tarea desde sus propias competencias; así como las comunidades organizadas en directivas y/o comités de salud. El sector de Amatepec no escapa a la situación antes planteada ya que en el último año las tasas de incidencia reportadas son mayores a las del resto del municipio.

Para muestra se presenta el siguiente cuadro que ejemplifica el comportamiento del dengue en el sector de Amatepec desde el año 2008 así como las acciones anti-vectoriales realizadas por la UCSF Amatepec.

AÑO	CASOS SOSPECHOSOS	CASOS CONFIRMADOS	CONTROLES DE FOCO	INDICE ENTOMOLÓGICO DE VIVIENDA	TASA DE INCIDENCIA por 10,000 habitantes
2008	51	10	53	17.21	10/36,374= 3
2009	136	42	136	14.55	42/36,374= 11.5
2010	138	42	146	14.75	42/36,374= 11.5
2011	155	70	155	20.98	70/36,374= 19.2
2012 (Sem 37)	142	40	117	N/D	40/48,195=8.3

Fuente: Registro epidemiológico, UCSF Amatepec, SIBASI Oriente, Región de Salud Metropolitana

En el sector no se cuentan con estudios previos específicos que expliquen el tanto el comportamiento del dengue como el conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas al dengue en este sector de la población de Soyapango, sólo se dispone de la experiencia verbal de las y los trabajadores de salud del sector respecto a las posibles causas de la persistencia de la enfermedad en la zona 15; sin que hayan estudios sobre las intervenciones educativas realizadas a la fecha.

III. JUSTIFICACIÓN

En el municipio de Soyapango ubicado al oriente de San Salvador se han implementado diversas estrategias para el combate al dengue, entre ellas control del vector (abatizaciones y fumigaciones), educativas tipo NEPRAM (Negociación de prácticas mejoradas) etc.; a la fecha Soyapango continúa con una alta tasa de incidencia para dengue contribuyendo a esta condición ciertas características como: ser el segundo municipio más densamente poblado del país con una población de más de 259,553 habitantes (1) y una densidad poblacional de 8,733 habitantes/Km², ser considerado una ciudad dormitorio lo que hace difícil la intervención educativa y favorece la propagación de la enfermedad, con una extensión territorial de 29.72 Km² y un urbanismo no planificado; sin embargo el abastecimiento de agua potable en este sector de la población es regular (zona 15), el acceso a los servicios de salud se ve limitado por grupos delincuenciales que dividen el territorio en dos bandos contrarios de tal manera que las personas que viven en territorio controlado por uno u otro grupo no pueden acceder al otro territorio; lo anterior dificulta que toda la población que está bajo la cobertura de la UCSF Amatepec acceda a sus servicios.

En Soyapango se han desarrollado diferentes esfuerzos independientes por parte de las instituciones de salud desde el año 2000 y a partir del año 2009 en el que se crea la Mesa Municipal de Salud Comunitaria (Intersectorial de Salud) se han diseñado planes en conjunto con instituciones de salud, ONG`S afines a la salud y la comunidad organizada; los esfuerzos no han sido suficientes para controlar la alta incidencia de casos de dengue en el municipio, 568 casos a la semana epidemiológica 41 del año 2012. Específicamente en el sector de Amatepec que corresponde a la zona sur del municipio en donde se han desarrollado actividades tanto de control del vector, educativas, jornadas de limpieza, recolección de inservibles, charlas comunitarias, volanteo de ordenanza municipal de aseo y

limpieza como la de prevención del dengue, las intervenciones no han respondido a las necesidades educativas de la población han sido intervenciones sin fundamento ya que no se cuenta con estudios que evalúen las actividades educativas; por lo que este estudio pretendió identificar conocimientos, actitudes y prácticas que sobre dengue posee los responsables de familia de la zona en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento, para desarrollar a futuro intervenciones más efectivas que incluyan abordaje metodológico adecuado a la población. Además no existían estudios CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) que fundamentaran las intervenciones educativas realizadas al momento del estudio y no se han evaluado las intervenciones educativas realizadas a la fecha, otro aspecto a tomar en cuenta es que las incipientes intervenciones educativas que se tienen se basan en criterios del personal de salud y no en las necesidades educativas de la población, por no contar con evidencia científica que las respalden.

Por lo anterior se consideró pertinente realizar este estudio que contribuyera a identificar los factores actitudinales por parte de la población en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento que explique porqué este problema no se supera y así se puedan tomar decisiones prácticas para su abordaje y control en el sector de Amatepec, Soyapango.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación pretendió identificar factores de conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionadas a la enfermedad del dengue que favorecen la alta tasa de incidencia de esta enfermedad en la población que vive en la zona 15 de Soyapango, que a su vez se encuentra bajo la responsabilidad de la U.C.S.F Amatepec de Soyapango comparadas con un modelo teórico para el cambio de comportamiento; ya que a pesar de múltiples intervenciones educativas y de control del vector se observa un aumento sostenido de casos. El hecho de no contar con un estudio CAP sobre dengue en este sector de la población que arroje evidencia científica sobre este tema, propicia que las intervenciones educativas se realicen pero sin saber qué entiende la población al respecto corriendo el riesgo de que la intervención educativa no sea la correcta y adecuada propiciando que el dengue siga siendo incontrolable aunado a ello las determinantes sociales que escapan a la labor educativa y al CAP como son el clima, saneamiento ambiental, factores culturales e institucionales.

La zona 15 consta de dieciocho comunidades en las que se llevó a cabo el estudio²: Residencial Jardines del Boulevard, comunidad 15 de marzo, comunidad Altos de Monte María, reparto Monte María 1, colonia Primero de Mayo, Ciudad Credisa, condominios Villa Credisa, residencial Altos del Cerro, colonia Amatepec 1^o etapa, colonia Amatepec 2^a etapa, colonia Amatepec 3^o etapa, residencial Amatepec, comunidad Labor 1 línea Amatepec, comunidad Labor 2 línea Amatepec, comunidad Labor Urbanizada, condominios Atonalt, comunidad Los Amates y residencial Jardines del Cerro.

El estudio se llevó a cabo en el mes de diciembre del año 2012.

2. Catastro, Alcaldía Municipal de Soyapango

Se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue de los responsables de familia, en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento, de la zona 15 del municipio de Soyapango que favorecen la alta incidencia de esta enfermedad?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue de los responsables de familia, en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento, de las comunidades de la zona 15, Soyapango, San Salvador durante el mes de diciembre del año 2012.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conocimientos sobre la enfermedad y prevención del dengue que tienen los responsables de familia.
2. Valorar las actitudes de los responsables de familia hacia la enfermedad del dengue.
3. Analizar las prácticas que tienen los responsables de familia para prevenir la enfermedad del dengue en su vivienda y comunidad.
4. Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue identificados, utilizando un modelo teórico para el cambio de comportamiento.

VI. MARCO TEÓRICO

El dengue se considera como una enfermedad re emergente y su prevalencia constituye un problema de salud pública por su alto costo económico y social para los países que lo padecen; a pesar que su tratamiento es de bajo costo, su re emergencia se ha visto favorecida por factores ambientales como el cambio climático, así mismo aspectos de saneamiento básico como persistencia de la práctica de almacenamiento de agua potable por parte de la población por el deficiente abastecimiento del vital líquido, la mala disposición de desechos sólidos, acumulación de inservibles en patios, zonas verdes abandonadas sin tratamiento, instituciones del Estado reproduciendo modelos curativos, baja participación de las comunidades en la erradicación de la enfermedad, entre otros. Las epidemias de dengue en las Américas se han convertido en un indicador que refleja certeramente el desempeño del sector Salud (2) y (3)

Epidemiología

El dengue es la enfermedad viral transmitida por el zancudo de más rápida propagación en el mundo. En los últimos 50 años, su incidencia ha aumentado 30 veces con la creciente expansión geográfica hacia nuevos países y, en la actual década, de áreas urbanas a rurales. Anualmente ocurre un estimado de 50 millones de infecciones por dengue y aproximadamente 2,5 mil millones de personas viven en países con dengue endémico. La interrupción de la transmisión del dengue en gran parte de la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue el resultado de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en dicha zona, principalmente durante la década de 1960 y principios de la década de 1970. Sin embargo, no se mantuvieron las medidas de vigilancia y control del vector, y hubo reinfestaciones subsiguientes del zancudo, seguidas de brotes en el Caribe, en América Central y América del Sur. Desde entonces, la fiebre del dengue se ha propagado con brotes cíclicos que ocurren cada 3 a 5 años. El mayor brote ocurrió en 2002 en el que se notificaron más de

un millón de casos. De 2001 a 2007, más de 30 países de las Américas notificaron un total de 4,332.731 casos de dengue, el número de casos de dengue hemorrágico en el mismo período fue de 106.037, el número total de muertes por dengue de 2001 a 2007 fue de 1.299, con una tasa de letalidad por la forma hemorrágica de 1,2%. Los cuatro serotipos del virus del dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4) circulan en la región. En Barbados, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Guyana Francesa, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela se identificaron simultáneamente los cuatro serotipos en un año durante este período (2) y (3). El Salvador no es la excepción para el año 2012 se contabilizan 12,138 casos, de estos a nivel metropolitano 2,749 a la semana epidemiológica 37 y en el municipio de Soyapango se tienen 568 casos a la semana 41 representando un dato mucho más alto en comparación con el año 2011 en el que se cerró con 306 casos y en 2010 se concluyó en la semana 52 con 547 casos sospechosos de dengue (Datos del reporte epidemiológico del SIBASI Oriente del MINSAL).

Definición

El dengue es una enfermedad febril, viral, aguda y endémica transmitida por la picadura del zancudo hembra Aedes aegypti, la cual se reproduce en agua limpia estancada. La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves, después del período de incubación la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. (3).

La fase febril puede durar de 2 a 7 días, los síntomas generales son fiebre alta repentina, mialgias generalizadas, artralgias, eritema, enrojecimiento facial, cefalea y dolor retro ocular. Algunos pacientes pueden presentar odinofagia e hiperemia en faringe y conjuntivas; la anorexia, las náuseas y el vómito son comunes. En la fase febril temprana puede ser difícil distinguir clínicamente el dengue de otras enfermedades febriles agudas. Una prueba de torniquete positiva

en esta fase aumenta la probabilidad de dengue. Pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores como petequias y equimosis en la piel, el hígado suele estar aumentado de tamaño y ser doloroso a la palpación, la bradicardia relativa es común en esta fase. (2) y (3).

La Fase Crítica en los primeros 3 a 7 días es cuando la temperatura desciende a 37.5°C y puede aumentar la permeabilidad capilar paralelamente con los niveles del hematocrito dura este proceso entre 24 a 48 horas, puede asociarse clínicamente con hemorragia de las mucosas nasal, de encías así como sangrado vaginal en las mujeres en edad fértil. En este punto los pacientes sin un gran aumento de la permeabilidad capilar mejoran, mientras que aquellos con mayor permeabilidad capilar pueden empeorar como resultado de la pérdida de volumen plasmático. El choque ocurre cuando un volumen crítico de plasma se pierde por extravasación, casi siempre es precedido por *signos de alarma* como dolor abdominal intenso y continuo, vómito persistente, acumulación de líquidos, letargia, la temperatura corporal puede estar por debajo de lo normal y hemorragias graves principalmente en el aparato digestivo (En la clasificación anterior de dengue estos signos de alarma marcaban la diferencia entre dengue clásico y dengue hemorrágico). (2), (3) y (4).

Fase de recuperación es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado y existe una mejoría del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, algunas veces puede presentarse una erupción en forma de “islas blancas en un mar rojo” y prurito generalizado. (2) y (3)

La definición de caso sospechoso de dengue dada por el Ministerio de Salud (MINSAL) es: Fiebre más dos de los siguientes síntomas anorexia, náuseas, exantema (rash), malestar y dolor (cefalea, dolor retroocular, mialgias y artralgias), prueba de torniquete positiva o sangrado espontáneo, leucopenia menor de 5,000 mm³, cualquier signo de alarma (dolor espontáneo intenso y sostenido a la

palpación de abdomen, vómitos persistentes, acumulación de líquidos clínicamente demostrable, sangrado de mucosas, letargia o irritabilidad, astenia, agrandamiento del hígado mayor de dos centímetros y datos de laboratorio que indiquen aumento del hematocrito y disminución de las plaquetas en un período de 24 horas) y vivir o haber viajado a áreas endémicas de dengue. (5).

Clasificación del Dengue

La enfermedad del dengue a partir del año 2009, clínicamente puede clasificarse en base a la presencia de extravasación de plasma en: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave. (2) y (3).

Para objeto del estudio se retomará la clasificación anterior por ser más manejable para la población: Dengue clásico y dengue hemorrágico. (6) y (7).

El dengue clásico además de fiebre, la cual es de más de 38°C, puede estar acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas: dolor de cabeza de predominio frontal, dolor muscular, dolor articular, náusea, vómito y erupción en la piel, enrojecimiento de la faringe, conjuntivitis, dolor abdominal leve, náuseas, vómito, diarrea.

El dengue hemorrágico también presenta fiebre y malestar general, se pueden presentar hemorragias, éstas pueden ser leves o intensas, externas o internas, existen trastornos en la sangre y los líquidos corporales que pueden manifestarse como sangrado por alteraciones en la coagulación, observándose sangrado nasal, sangrado en las encías, vómito con sangre, aparición de moretones o enrojecimiento de la piel.

Tratamiento

Es relativamente simple, barato y muy efectivo para salvar vidas, siempre y cuando se hagan las intervenciones correctas y oportunas; sin embargo la reducción de la mortalidad del dengue requiere un proceso organizado que

garantice el reconocimiento temprano de la enfermedad y su manejo y remisión del caso cuando sea necesario. El componente clave del proceso es la prestación de buenos servicios clínicos en todos los niveles de atención sanitaria, desde el nivel primario hasta el terciario. La mayoría de los pacientes con dengue se recuperan sin necesidad de hospitalización, mientras que algunos pueden progresar a la enfermedad grave. Es importante recordar que el dengue por ser una infección viral el tratamiento es sintomático y pasa desde las medidas que se toman inicialmente en el hogar ante la sospecha de la enfermedad hasta el manejo clínico que dará el personal de salud. En el hogar ante la presencia de fiebre la población debe saber que debe dar únicamente acetaminofén y líquidos orales abundantes, luego ir al centro de salud más cercano en donde harán el diagnóstico de sospecha de dengue e indicarán: reposo absoluto, beber líquidos abundantes, acetaminofén en tabletas para adultos y líquido para niños vía oral cada 6 horas, baños de esponja con agua tibia, buscar y eliminar los criaderos de zancudos de la vivienda y alrededores, en el caso de los niños deben ser vigilados por un adulto entrenado en los cuidados del dengue. Se debe evitar el uso por cualquier vía de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como el diclofenac, aspirina, dipirona, naproxeno, entre otros y los esteroides. Con respecto al uso de antibióticos el médico valorará si fuesen necesarios. (2) y (3).

Vector transmisor del dengue

Mecanismo de Transmisión

El virus del dengue (DEN) es un virus de ARN, pequeño monocatenario que abarca cuatro distintos serotipos (DEN-1 a DEN -4). Estos serotipos del dengue están estrechamente relacionados y pertenecen al género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*, los genotipos “asiáticos” de DEN-2 y DEN-3 se asocian con frecuencia a infecciones concomitantes graves. **Los diferentes serotipos del virus del dengue se transmiten a los humanos mediante picaduras de zancudos *Aedes* infectados, principalmente el *Ae. Aegypti***, este zancudo es una especie tropical y subtropical ampliamente distribuida alrededor del mundo,

especialmente entre las latitudes 35°N y 35°S, es relativamente raro por arriba de los 1.000 metros sobre el nivel del mar. Las etapas inmaduras se encuentran en hábitats cubiertos de agua, principalmente en recipientes artificiales estrechamente asociados con viviendas humanas y, a menudo, bajo techo. Los estudios sugieren que la mayoría de las hembras de *Ae. aegypti* pasan su período de vida en las casas o alrededor de ellas donde emergen como adultos. Esto significa que las personas, y no los mosquitos, trasladan rápidamente el virus dentro de las comunidades y entre ellas. En décadas recientes, *Ae. albopictus* se ha propagado de Asia a África, las Américas y Europa, con la notable ayuda del comercio internacional de llantas usadas, en las cuales se depositan los huevos cuando contienen agua de lluvia. Los huevos pueden permanecer viables durante muchos meses en ausencia de agua. (2) y (3).

Con respecto al huésped después de un período de incubación de 4 a 10 días, la infección causada por cualquiera de los cuatro serotipos del virus puede producir una gran variedad de alteraciones, aunque la mayoría de las infecciones son asintomáticas o subclínicas, los factores individuales de riesgo determinan la gravedad de la enfermedad e incluyen infección secundaria, edad, raza y posibles enfermedades crónicas (asma bronquial, anemia de células falciformes y diabetes mellitus). Los niños pequeños, en particular, pueden tener menor capacidad que los adultos para compensar la extravasación de plasma capilar y, por consiguiente, están en mayor riesgo de choque por dengue, el virus del dengue penetra a través de la piel durante la picadura de un zancudo infectado. Durante la fase aguda de la enfermedad, el virus está presente en la sangre y su liberación a este compartimiento, generalmente, coincide con el descenso de la fiebre.

Transmisión del virus del dengue. El ser humano es el principal huésped amplificador del virus, el virus del dengue que circula en la sangre de humanos con viremia es ingerido por los zancudos hembra durante la alimentación entonces, el virus infecta el intestino medio del zancudo y posteriormente, hay propagación sistémica durante un período de 8 a 12 días después de este período

de incubación extrínseco, el virus se puede transmitir a otros seres humanos durante la picadura y alimentación subsiguiente del zancudo, el período de incubación extrínseco está en parte influenciado por las condiciones ambientales, especialmente la temperatura ambiental después de eso, el zancudo permanece infeccioso durante el resto de su vida. El *Aedes aegypti* es uno de los vectores más eficientes para los arbovirus, debido a que es muy antropofílico, frecuentemente pica varias veces antes de completar la oogénesis y prolifera en estrecha proximidad a los seres humanos.

Ciclo de vida del zancudo

El zancudo pasa por cuatro etapas de vida el huevo, la larva que a su vez pasa por cuatro etapas diferentes, la pupa y el zancudo adulto, la primera comienza cuando la hembra del zancudo deposita los huevos a pocos milímetros sobre el nivel del agua, suelen romper su envoltura para permitir el nacimiento del mosquito (eclosionar) cuando se mojan al elevarse el nivel de agua del recipiente por llenado natural (lluvias) o artificial (regado) o por la caída al agua, debido a su desprendimiento de las paredes del recipiente, esta etapa dura aproximadamente dos días bajo condiciones de humedad adecuadas y es la etapa de mayor resistencia del zancudo; sin embargo los huevos tienen la capacidad de vivir más de un año en desecación y eclosionar al recibir agua, en esta etapa de vida del zancudo funcionan medidas preventivas mecánicas como la aplicación de lejía pura con una esponja en todas las paredes de los recipientes que se utilizan para almacenar agua, mejor conocida en El Salvador como “la untadita”, también son útiles medidas biológicas como los peces, tortugas acuáticas que se alimentan de los huevos. Sigue la etapa de larva o “cabezones” que dura aproximadamente 8 días en la cual las larvas se alimentan de plantas y micropartículas, tienen la capacidad de respirar y huyen de los cambios intensos a la luz, en esta etapa funcionan medidas químicas como el temephos conocido en El Salvador como “abate” el cual es un órgano fosforado que contamina el agua y por ende el alimento de la larva ocasionando la muerte también se puede volcar el agua en el

suelo seco. Continúa la etapa de pupa en este estadio pasa aproximadamente dos días y es la etapa previa para que se convierta en zancudo volador, en este momento la eliminación es más complicada porque las pupas no se alimentan por tanto no son susceptibles al abate y en estos casos convendrá liberar el recipiente de agua ya sea botándolo o colándolo para no desperdiciar el agua y así poder aplicar la untadita de lejía al recipiente, en resumen la vida acuática del zancudo dura aproximadamente 7 días con un rango de 3 a 12 días dependiendo de las condiciones climáticas; por último viene la etapa del zancudo volador que dura cerca de 30 días, la hembra a las 24 horas de convertirse en zancudo volador es capaz de fertilizarse, teniendo la capacidad de poner entre 100 y 300 huevos cada dos días el resto de su vida, es de recalcar que el macho se alimenta del polen y néctar de las plantas y la hembra de sangre para proveer proteínas a los huevos por lo que vive a no más de 100 metros de las viviendas siempre y cuando abunde el alimento, la hembra se alimenta al amanecer (entre las 6 y 8 de la mañana) y al anochecer (5 a 7 de la noche) y en esta etapa sólo se puede aplicar la fumigación para eliminar al zancudo directamente y como medida preventiva para las picaduras a los seres humanos se debe dormir con mosquitero, usar repelentes o insecticidas. (2) y (3).

Prevención del Dengue

Para prevenir el dengue se deben tomar medidas enfocadas a controlar el vector y a evitar la picadura del zancudo. (3), (8) y (9).

Control del Vector

La prevención o reducción de la transmisión del virus del dengue depende enteramente del control de los zancudos vectores o la interrupción del contacto humano-vector. Las actividades para controlar la transmisión deben estar dirigidas a *Ae. Aegypti* (el vector principal) en los hábitats de sus etapas inmaduras y adultas en las viviendas y alrededores, así como en otros lugares donde se presenta el contacto humano-vector, por ejemplo en escuelas, hospitales y lugares

de trabajo. El *Aedes aegypti* prolifera en muchos recipientes llenos de agua para determinados propósitos en las viviendas, tales como aquellos que se usan para el almacenamiento de agua doméstica y para plantas decorativas, así como también en una multiplicidad de hábitats expuestos y llenados con la lluvia, que incluyen llantas usadas, recipientes desechables de alimentos y bebidas, canales obstruidos y edificios en construcción. Generalmente, estos zancudos no vuelan lejos, la mayoría permanece a menos de 100 metros del lugar donde emergieron, se alimentan casi enteramente de los humanos, principalmente durante las horas diurnas, tanto en interiores como en exteriores.

El manejo integrado de vectores es el método estratégico para el control de vectores promovido por la OMS e incluye el control de los vectores del dengue, definido como “un proceso racional de toma de decisiones para el uso óptimo de los recursos para el control de vectores”, el manejo integrado de vectores incluye los siguientes cinco elementos en el proceso del manejo:

- **Cabildeo, movilización social y legislación:** la promoción de estos principios en el desarrollo de las políticas de todas las agencias, organizaciones pertinentes y la sociedad civil, el establecimiento o fortalecimiento de controles legislativos y de regulación para la salud pública; y el fortalecimiento de las comunidades.
- **Colaboración dentro del sector salud y con otros sectores:** la consideración de todas las opciones para la colaboración dentro de los sectores públicos y privados y entre ellos; la planificación y toma de decisiones delegadas al nivel administrativo más bajo posible; y el fortalecimiento de la comunicación entre los diseñadores de políticas, directores de programas para el control de enfermedades transmitidas por vectores y otros socios clave.
- **Enfoque integrado para el control de enfermedades:** garantizar el uso racional de los recursos disponibles mediante la aplicación de un enfoque de control para varias enfermedades; integración de los métodos de control químico y

no químico de los vectores; y la integración con otras medidas de control de enfermedades.

- **Toma de decisiones basada en pruebas:** adaptación de estrategias e intervenciones en el hábitat de los vectores, epidemiología y recursos locales, impulsadas por la investigación operativa y sujetas a seguimiento y evaluación apropiadas.

- **Desarrollo de capacidades:** el desarrollo de una infraestructura esencial, recursos financieros y recursos humanos adecuados a nivel nacional y local para manejar los programas de manejo integrado de vectores, con base en el análisis de situación. (10).

El dengue puede prevenirse de mediante el control de *Aedes aegypti*, el cual se logra principalmente eliminando los recipientes que son hábitats favorables para la oviposición y que permiten el desarrollo de las etapas acuáticas. Los hábitats se eliminan evitando el acceso de los zancudos a estos recipientes o vaciándolos y limpiándolos con frecuencia, eliminando las etapas evolutivas con el uso de insecticidas o agentes de control biológico, eliminando con insecticidas los zancudos adultos o mediante las combinaciones de estos métodos. La finalidad principal de la mayoría de los programas es reducir las densidades de las poblaciones del vector tanto como sea posible y mantenerlas en niveles bajos. Se sugieren medidas físicas que consisten en colocar barreras físicas temporales o permanentes entre el vector y los recipientes que pueden contener agua: **lavar los recipientes que almacenan agua una vez por semana, cubrir los recipientes que almacenan agua, cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas y lavar las raíces de las mismas, volcar el agua de los recipientes con larvas de zancudos sobre superficies secas y calientes, colocar llantas bajo techo, colocar bajo techo recipientes que puedan almacenar agua, entre otros.**

Las medidas biológicas están relacionadas con los depredadores naturales del zancudo como: **crianza de peces en los depósitos con agua, tortugas acuáticas, pulgas de agua, sapos, entre otros**. Las medidas químicas hacen referencia a la aplicación de un producto químico con efecto larvicida o adulticida: **aplicación de lejía pura con una esponja a las paredes de los recipientes (untadita) que almacenan agua una vez por semana, aplicación de temephos al 1% (abate), fumigaciones con insecticidas fríos (UVL) o insecticidas calientes (nebulización térmica)**. Las medidas de saneamiento ambiental, son actividades que requieren de la actuación conjunta de la comunidad familias e instituciones involucradas en el control del vector como: **recortando la maleza alrededor de las viviendas, adecuada disposición de desechos sólidos, eliminando objetos inservibles al interior y alrededor de la vivienda que puedan acumular agua como floreros, llantas, botellas, estopas de coco, entre otros, limpiar canales, usar agua hirviendo en lugares de difícil acceso como los desagües, canaletas o tragantes (cuidando de no quemarse) esta medida es adecuada para minimizar la viabilidad de los huevos y destruir las larvas de *Aedes aegypti* en lugares inaccesibles, entre otras.**

Prevención de la picadura del zancudo

Las personas deben saber que es necesario **cubrir las camas con mosquiteros, uso de ropa que minimice la exposición de la piel durante las horas del día en que los mosquitos son más activos, uso de repelentes, colocación de mallas en puertas y ventanas de las viviendas**. Lo anterior sólo obtiene buenos resultados si la comunidad se organiza y participa en las acciones de prevención.

Importancia de la participación Comunitaria en la Prevención del Dengue

La participación de los miembros de una comunidad en las tareas de control del zancudo y en la toma de decisiones, promueve mayor compromiso e integración entre las personas y esto ayuda a que cualquier organización dentro de la comunidad cumpla más eficientemente los objetivos que se han fijado. Para

poder participar es necesario tener acceso a la información, tener la posibilidad de opinar en función de nuestras experiencias y vivencias, poder involucrarnos en la toma de decisiones, comprometernos en la realización de las tareas y gozar de los beneficios o logros obtenidos con nuestra participación.

La movilización social es una herramienta imprescindible para promover los procesos de cambio y transformación social. En ellos, la comunicación cumple un rol protagónico ya que promueve el diálogo, facilita la resolución de problemas y conflictos y motiva a la población a ejercer su influencia acerca de ideas y prácticas.

La *movilización social* y la *comunicación* pueden ayudar en el control de los zancudos y la prevención del dengue, facilitando cambios conductuales. Si escuchamos atentamente a los grupos comunitarios y los incluimos desde el comienzo en la planificación de las actividades para el control ambiental de los mosquitos, se podrán reducir las poblaciones de estos vectores y a su vez, promover cambios en los hábitos y costumbres que favorezcan el desarrollo de ambientes saludables.

Se entiende que la participación social es un componente de los programas de combate al *Ae. aegypti* que está integrada con todos los demás componentes, sobre todo, con las actividades de saneamiento ambiental y control químico. **La participación comunitaria no es una actividad aislada y específica, sino un proceso continuo y permanente** que se puede usar para desarrollar un programa integrado, esto significa que la participación social requiere una discusión continua entre las comunidades y el personal de salud para producir actividades capaces de modificar prácticas y comportamientos humanos, que propician la proliferación y el mantenimiento de criaderos potenciales de *Ae. aegypti*.

Se requiere un cambio de conducta tanto a nivel individual como comunitario con el fin de reducir exitosamente los hábitats larvarios del vector y, a su vez, reducir el

número de mosquitos adultos disponibles para transmitir la enfermedad. Esto ha llevado a un mayor énfasis en las actividades de movilización social y comunicación que están plenamente integradas a los esfuerzos de prevención y control del dengue.

Para poder elaborar una estrategia de comunicación apropiada, es necesario entender que la comunicación no es solamente la difusión de mensajes a través de distintos canales, tales como la comunicación interpersonal o los medios masivos de comunicación. La comunicación es un proceso interactivo de dos vías mediante el cual dos o más participantes (individuos o grupos) crean y comparten información con el fin de llegar a un entendimiento común e identificar las áreas de mutuo acuerdo. A su vez, esto permite que se implementen las acciones colectivas como el cabildeo y la movilización social. Una vez identificadas las acciones colectivas, mediante la movilización social se puede comprometer a las personas a participar con sus propios esfuerzos en el logro de una meta específica. La movilización social no es simplemente una actividad individual; involucra a todos los segmentos relevantes de la sociedad, es decir, encargados de la toma de decisiones y diseñadores de políticas, líderes de opinión, burócratas y tecnócratas, grupos profesionales, grupos religiosos, comercio e industria, comunidades e individuos. (9) y (10).

También tiene en cuenta las necesidades percibidas por el público, abarca el principio crítico de la participación comunitaria y busca facultar a los individuos y grupos para la acción.

En el caso de las acciones que se requieren para la prevención de una enfermedad como el dengue, *es fundamental la planificación entre todos los actores sociales*: personal de salud, educación, autoridades, instituciones intermedias, escuelas, ONGs, medios de comunicación, voluntarios espontáneos, etc., reconociendo lo que cada uno puede aportar desde su espacio para el bienestar general, lo anterior hace alusión a la intersectorialidad.

Propuestas participativas de Estrategias y actividades para la prevención y control del dengue.(9).

- Mapa de riesgos y recursos de la comunidad
- Visitas domiciliarias: Se debe definir el objetivo de la visita para lo cual se debe estar debidamente preparado para conversar con los vecinos, entregarles la folletería informativa y explicarles cómo pueden tomar las medidas de prevención para evitar la reproducción del mosquito *Aedes aegypti* en su casa y así, evitar o disminuir el contagio del dengue
- Coordinación con instituciones educativas
- Campaña patio limpio
- Coordinación con medios de comunicación
- Tratamiento de materiales en desuso de posible reciclado o eliminación
- Coordinación intersectorial

Consideraciones teóricas sobre Conocimientos, actitudes y prácticas

Conocimientos. Es el proceso psíquico por medio del cual se refleja y reproduce la realidad en el pensamiento humano. Este proceso está unido a la actividad práctica; y a través de él, el hombre adquiere saber, asimila conceptos acerca de los fenómenos reales y va comprendiendo el mundo circundante. El fin del conocimiento es alcanzar la verdad objetiva. (11).

Los conocimientos teóricos se inician a partir de las impresiones de los sentidos, de las formas de percibir la realidad, de experiencias complejas entre el sujeto que observa la realidad (Con toda la complejidad de sus procesos mentales) y la realidad externa (Con toda la complejidad del contexto y momento histórico en que se da el fenómeno observado). La conformación de un sistema va resultando de

un sinnúmero de fuentes, como la tradición o bagaje cultural que comunica una serie de verdades, tabúes, valores y costumbres, y los provenientes de la cosmovisión religiosa que haya recibido.

En los procesos de producción o búsqueda de la satisfacción de las necesidades, el ser humano entra en contacto con una serie de estímulos provenientes de tres tipos de realidades: la realidad natural (medio ambiente natural), la realidad del mundo físico androgénico (medio ambiente de cosas transformadas por el ser humano, como productos tecnológicos) y la realidad social (El encuentro con otros seres humanos y sus diferentes formas de organizarse). Estos estímulos sufren rápidamente un proceso de selección, dependiente de una serie de filtros que hacen que ciertos estímulos sean ignorados o negados mientras que otros son altamente valorados. Luego sucedería lo que se llama percepción del estímulo, que es el proceso de decodificar lo que perciben los sentidos (ver, escuchar, tocar u oler) y lo experimentado en los procesos psicoafectivos y mentales, para interpretarlo y darle un significado traduciéndolo en ideas, sentimientos e intenciones. Es así que mientras el observador modifica la realidad observada a través de los diferentes filtros o lentes, las respuestas internas que la realidad genera en la persona van modificando a la misma, dándose cambios tanto en el objeto como en el sujeto.

Por lo que el proceso de percepción de la realidad sufre una serie de filtrados o lentes que hacen que esa realidad sea percibida de cierta forma por un determinado grupo social y que, dentro de ese grupo social, igualmente se encuentran diferencias entre unos y otros. Esto demuestra que si bien el ser humano piensa y desarrolla conocimientos a partir de la realidad que experimenta, esta es interpretada a partir de un determinado cuerpo de conocimientos previos. Es así que el conocimiento depende del observador o sujeto que percibe la realidad y la realidad o el objeto que estimula al sujeto. (11).

Percepción. Es un término que denota aprehensión de la realidad, por medio de datos percibidos por cualquiera de los sentidos, además idea, acto de entendimiento.

Actitud. Tendencia arraigada, adquirida o aprendida, a reaccionar en pro o en contra de algo o de alguien, se evidencia en forma de conducta tanto de aproximación como de alejamiento y el objeto de la relación adquiere, por consecuencia, un valor positivo o negativo, respectivamente, desde el punto de vista del sujeto.

También es un conjunto de opiniones y creencias que siempre incluye un aspecto evaluativo. Surgen de las interacciones sociales por las que el individuo pasa. Desde el principio el niño se encuentra sujeto a una serie de prácticas de socialización que, directa o indirectamente, moldean el modo en que verá el mundo. Por lo que el mecanismo de formación de actitudes más general es la situación social por la que va pasando a lo largo de su vida.

Entre algunos factores en la creación de actitudes están los siguientes: la experiencia directa que el sujeto tiene con el objeto de la actitud, el papel que ocupa un individuo en su medio y la comunicación en general; esta última puede provenir de los padres quienes dicen lo que es bueno y lo que es malo y como debe comportarse y sentirse ante cierto objeto de actitud; así como de los medios de comunicación masiva.

La actitud es importante porque son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos son probablemente muy estables siempre. Aunque pueden cambiar, esto no ocurre al azar. Las actitudes son aprendidas, no se nace con aprobación o desaprobación a ciertos objetos o acontecimientos. Las actitudes influyen en la conducta del ser humano. (11).

Prácticas. En general, lo que es acción, lo que es traducible en acción. Método, modo o procedimiento de actuar. Es la aplicación de un conocimiento o idea.

Modelos para el cambio de comportamiento

Es importante mencionar que en materia de educación para la salud resulta un reto desarrollar y poner en práctica estrategias y programas para el cambio de comportamiento que sean prácticos y efectivos y que verdaderamente ofrezcan respuestas y soluciones a las necesidades prioritarias de salud de individuos y comunidades.

Para este fin se han desarrollado un sin número de modelos teóricos que apoyan y facilitan el diseño, la aplicación y la evaluación de las intervenciones.

Estos modelos proporcionan un panorama general de todos los aspectos que deben tomarse en cuenta para el buen funcionamiento de los programas; desde una perspectiva aplicada, ayudan a entender la naturaleza de conductas indeseables para la salud, sugieren caminos para modificarlas y predicen las reacciones de los individuos ante un programa educativo. Asimismo, facilitan las respuestas a preguntas cruciales como: ¿Qué aspectos se deben conocer antes de establecer un programa educativo?, ¿A qué problemas ó conductas debe enfocarse el programa?, ¿Cuáles son las estrategias más adecuadas?, ¿Por qué algunas personas responden al programa y otras no? y ¿Cómo y en qué momento se debe evaluar el programa?

Los modelos surgen de distintas disciplinas como la psicología, la sociología, la antropología y la mercadotecnia, entre otras, se clasifican en tres tipos según el nivel al que se desee aplicar el programa: **individuales, interpersonales y comunitarios**. (12).

Modelos individuales

Es el nivel más básico para promover la salud, los modelos de este nivel parten de dos supuestos: a) El comportamiento de los sujetos está influido por lo que saben y lo que piensan y b) El conocimiento es necesario pero no suficiente para lograr cambios en la conducta; también influyen las experiencias pasadas, percepciones,

creencias, motivaciones, capacidades, rasgos de personalidad y factores del medio ambiente.

Modelo “Etapas del cambio” (Prochaska, DiClemente): postula que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso integrado por cinco etapas, las personas se ubican en una u otra etapa de acuerdo a la disposición que tengan para cambiar conductas indeseables. El modelo es circular y no lineal, lo cual significa que el individuo puede entrar y salir en cualquier etapa y está expuesto a sufrir recaídas y regresar a periodos anteriores. Con la descripción de las cinco etapas, el modelo supone que no todas las personas a las que se dirige un programa de educación para la salud tienen la misma disposición para generar cambios de conductas. Propone que los sujetos transitan por 5 etapas para modificar conductas:

- a) **Pre contemplación.** En esta etapa el sujeto puede estar en cualquiera de las siguientes fases: Desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, desconoce la existencia de un problema de salud, conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.
- b) **Contemplación.** El sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de 6 meses.
- c) **Preparación.** El sujeto piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días).
- d) **Acción.** El sujeto se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.
- e) **Mantenimiento.** El sujeto adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores. (12).

Modelo “Conciencia por la salud” (Rosenstock y Becker): El modelo postula la idea de que los individuos modifican su conducta en función a la *razón* (racionalmente) y al entendimiento y no a través de la imitación. En este sentido sugiere que las personas necesitan estar conscientes y convencidas de la amenaza que representa un problema de salud, de los beneficios y consecuencias que conlleva cambiar o no ciertos comportamientos para prevenir o tratar el problema, posee dos componentes la acción y la autoeficacia. Este modelo, toma como base 4 percepciones, diseña mensajes que concientizan a las personas sobre conductas más saludables:

- a. **Percepción de la susceptibilidad.** Se refiere a la conciencia que tiene el sujeto de ser susceptible o no de desarrollar una enfermedad.
- b. **Percepción del riesgo.** Se refiere a la percepción que tiene el sujeto sobre la seriedad del problema y de las consecuencias que conlleva modificar o no la conducta indeseable.
- c. **Percepción de los beneficios.** Se refiere a la conciencia que tiene el sujeto sobre los beneficios que puede recibir al modificar la conducta indeseable.
- d. **Percepción de las barreras.** Se refiere a la conciencia que tiene el sujeto sobre el esfuerzo que tiene que hacer para modificar una conducta. (11).

Modelo “Procesamiento de la información por parte del consumidor”. Se ocupa del proceso mediante el cual las personas asimilan la información y hacen uso de ella para tomar decisiones. Parte de la idea de que los individuos tienen limitaciones para procesar información extensa y compleja.

Modelo Interpersonal

Supone que los individuos se organizan socialmente y que la conducta de una persona se determina por lo que otros miembros de su sociedad sienten, piensan, actúan, y a su vez ésta persona influye en ellos.

Teoría del aprendizaje social (Bandura). Considera que los individuos adquieren o modifican conductas por medio de la imitación. Se basa en la interacción entre la persona y su sociedad (medio ambiente), Cuando se observa la conducta de un sujeto, el observador inicia un proceso de imitación.

Modelos Comunitarios

Propone la participación de la comunidad para la identificación de las necesidades y problemas prioritarios de salud así como para implementar las soluciones haciendo uso de sus propios recursos. Consideran también la participación de instituciones y organizaciones.

Teoría de la Organización Comunitaria. Postula la idea de que la identificación de los problemas prioritarios debe hacerse conjuntamente con la comunidad interesada con el fin de desarrollar en ella un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de salud.

Teoría de la Difusión de Innovaciones. Propone la difusión de nuevas ideas, y productos que resulten fáciles de comprender y aplicar.

Modelo de la Comunicación (William McGuire). Se ocupa en desarrollar redes de comunicación efectivas que informen a la población sobre síntomas y medidas puntuales que le permiten prevenir y atender enfermedades. Cuando se aplica un programa educativo el educador se enfrenta con la tarea de resolver dos preguntas: ¿Cómo responderá el auditorio al mensaje? Y ¿Por qué cada persona responde de distintas maneras a un mismo mensaje?, como respuesta a esta necesidad, este modelo ofrece caminos para resolverlas y sugiere estrategias de

comunicación efectivas que permitan el buen funcionamiento de los programas educativos:

- a. Selección del público destinatario. Resulta evidente que un mismo mensaje provoca varias reacciones; sin embargo es posible predecirlas, se espera que poblaciones semejantes entre sí compartan los mismos problemas de salud y que por lo tanto las reacciones sean muy similares. Cuando se dirigen programas a poblaciones heterogéneas se corre el riesgo de ser difusos e ir dirigidos a todos y a la vez a nadie. Para lograr auditorios semejantes se deben seleccionar a los participantes tomando en cuenta los siguientes aspectos: diferencias individuales, nivel socioeconómico y roles sociales y relaciones sociales.
- b. Captación de la atención del público. El programa debe seleccionar mensajes que capten fácilmente la atención del público, En este sentido se propone considerar la participación de la comunidad para la identificación de sus necesidades con lo cual se desarrolla un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de salud.
- c. Comprensión del mensaje. El mensaje debe resultar claro y de fácil entendimiento, sin que ello implique menospreciar la capacidad del público y hacer que el contenido sea incompleto. Se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos: imagen del mensaje, formato y estilo.
- d. Selección de canales de comunicación. Se refiere a los canales de comunicación por los que se hará llegar la información, los más utilizados son: comunicación interpersonal, comunicación masiva y comunicación participativa.

- e. Aceptación o rechazo del mensaje. Es el resultado de la aplicación de los literales anteriores, puede darse en tres niveles: *nivel cognitivo*, se refiere a la credibilidad que transmite el mensaje; *nivel afectivo*, se refiere a que tan oportuno y conveniente ha considerado o no el público al mensaje y *nivel de acción*.

Con la descripción de los modelos anteriores, se puede apreciar que cada uno se enfoca a resolver problemas específicos. En virtud de que un programa educativo presenta un sinnúmero de necesidades, los educadores comúnmente se apoyan en más de un modelo. Sea cual sea la combinación de los modelos es importante recordar que el sistema debe cumplir principalmente tres acciones:

- 1.- Reflexión y análisis para identificar los problemas y las necesidades en materia de salud.
- 2.- Promover acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes, valores y prácticas de las personas para lograr un mejoramiento de la salud individual y colectiva.
- 3.- Realizar actividades para potenciar y facilitar la participación social en la gestión de acciones para el desarrollo de la salud. (12).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de Estudio:

La investigación fue tipo CAP, descriptiva, analítica, de corte transversal con la utilización de métodos cualitativos y cuantitativos.

El estudio fue cuantitativo porque hizo énfasis en medir y hacer relaciones entre las variables, descriptivo ya que no estableció causa-efecto entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue y la persistencia de la enfermedad; se consideró transversal porque la recolección de la información se hizo en un período de tiempo determinado y finalmente cualitativo ya que describió atributos de la conducta del ser humano, en conocimientos actitudes y prácticas. (13) y (14).

b) Universo:

El total de familias de la zona 15 de Soyapango correspondiente a 4,943 distribuidas en un marco muestral de 18 comunidades donde habitan las familias.

c) Unidad de Análisis.

Fueron los y las responsables de familia de las 18 comunidades de la zona 15. Se escogió este grupo porque en general son quienes toman decisiones y llevan la responsabilidad del aseo del hogar, en su mayoría mujeres bajo el rol de abuelas, madres de familia o hermanas.

d) Muestra:

La muestra estuvo conformada por 96 responsables de familia de cada vivienda de las 18 comunidades que conforman la zona 15, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo permitido del 5%, el tamaño muestral se obtuvo utilizando la fórmula para poblaciones finitas, luego para obtener representatividad de todas

las familias que habitan en la zona 15 se realizó un muestreo proporcional del número de viviendas estimado en cada comunidad, definiendo que se tomaría a un responsable de familia por vivienda. (13) y (15).

Fórmula utilizada

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times p \times q \times N}{e^2(N-1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

En donde:

$Z\alpha = 1.96$, correspondiendo al valor de z para un nivel de confianza del 95%

$P = 0.5$, en caso de máxima variabilidad

$q = 0.5$, corresponde a $1-p$

$e = 0.1$, precisión del 10%

$N = 4,943$, tamaño del universo

Al operar se obtuvo:

$$n = (1.96)^2(0.5)(0.5)(4,943) / (0.1)^2(4,943-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 4,943 / (0.01) (4,942) + (3.84) 0.5 \times 0.5$$

$$n = 4,745.28 / 49.42 + 0.96$$

$$n = 4,745.28 / 50.38$$

$$n = 95.63 \sim 96$$

$$n = 96 \text{ familias}$$

Muestreo Proporcional: Se utilizó las proporciones para obtener representatividad de las 18 comunidades de la zona 15:

$$\frac{\text{Nº de viviendas zona 15}}{\text{Nº Resp. Familia zona 15}} = \frac{\text{Nº de Viviendas por comunidad}}{\text{x Resp. Familia por comunidad}}$$

En donde:

Nº de viviendas zona 15 fue de 4812

Nº de responsables de familia por muestra fue de 96

Nº de viviendas por comunidad (Anexo 1)

e) Variables del Estudio:

1. Conocimientos sobre la enfermedad y prevención (dengue)
 - Datos generales (sexo, edad, escolaridad, régimen de propiedad)
 - Conocimiento sobre la enfermedad
 - Conocimientos sobre el vector
 - Conocimientos sobre medidas de prevención
2. Valoración de actitudes hacia la enfermedad del dengue
 - Actitud sobre la enfermedad
 - Actitud frente al vector
 - Actitud frente a la prevención
3. Análisis de las prácticas para prevenir dengue en la vivienda y comunidad
 - Prácticas sobre la enfermedad
 - Práctica frente a la prevención
4. Comparación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue con un modelo teórico para el cambio de comportamiento
 - Percepción sobre la enfermedad
 - Percepción frente al vector
 - Percepción frente a la prevención

f) Fuentes de Información:

La fuente primaria de obtención de información fueron los y las responsables de familia de la población de la zona 15 del municipio de Soyapango; así como las viviendas al realizar la observación de los depósitos con agua. La fuente secundaria de información fueron los registros de la unidad comunitaria de salud familiar Amatepec. (13).

g) Técnicas de Recopilación de Información:

La entrevista, la cual se realizó en la vivienda por un entrevistador diferente a la investigadora, de forma individual, previa autorización del responsable de familia y garantizándole la confidencialidad de la información que proporcionaba.

La observación, para documentar las prácticas de los responsables de familia en la zona 15 con respecto al dengue. (13).

En general los entrevistadores se dirigían a cada una de las comunidades, previa coordinación con líderes y lideresas comunales para evitar conflictos con los grupos delincuenciales presentes en la zona y en algunos casos con acompañamiento del personal del Seguro Social (Clínica Comunal Monte María) y allí tomaron las entrevistas a las personas que se encontraron en sus viviendas, para esto se hizo un sorteo rápido de acuerdo a la distribución de las viviendas en la comunidad y así decidir que viviendas se entrevistarían en los casos que fue posible, en otras comunidades se entrevistaron a las personas que estuvieron anuentes a colaborar con el estudio.

Para evitar el sesgo la entrevista no la realizó la investigadora por ser una persona a quien la población reconoce que proviene de una institución municipal, sino que la realizaron entrevistadores con experiencia en la visita casa por casa y a quienes se capacitó para realizar las entrevistas.

h) Instrumentos:

Guía de entrevista semi estructurada tipo CAP (anexo 2) y **guía de observación** (anexo 3). En el caso de la entrevista semi estructurada contó con preguntas tanto cerradas, de opción múltiple (para facilidad del entrevistador, a la persona entrevistada no se le leyeron las opciones de respuesta) y abiertas; además constaba de veintitres preguntas a parte de los datos generales, las cuales a su vez estaban divididas en tres secciones: conocimientos, actitudes y

prácticas; y estas a su vez sub divididas en las variables de cada objetivo específico. Los conocimientos y las prácticas se midieron en base al marco teórico de referencia y elaborando cuadros en base a las respuestas más cercanas a las respuestas correctas o viceversa. Las actitudes se midieron en base a criterios cualitativos tomando de referencia palabras claves que denotaban las actitudes ya fueran de preocupación, indiferencia, miedo, entre otras tanto para la enfermedad, como para la prevención. (14) y (15).

Para la guía de observación se solicitó permiso para ingresar a la vivienda y realizar la inspección, esta constaba de tres aspectos a verificar: La positividad o negatividad de los depósitos con agua a larvas de zancudo, la comprobación de las prácticas mencionadas en la entrevista para prevenir el dengue; en los casos que fueran verificables, luego el número de depósitos y los depósitos en los que se encontraron larvas y el número de criaderos potenciales, es decir que al momento de la inspección no se evidenciaron larvas de zancudos pero reunían condiciones para ello.

i) Criterios de inclusión:

- Que la persona entrevistada viviera en las comunidades objeto del estudio desde el 2009.
- Que ejerciera el rol de responsable de la familia.
- La edad tener de quince años en adelante.
- Que aceptara responder la entrevista.

i) Criterios de exclusión:

- Personas con alteraciones de las funciones mentales.
- Que vivieran en la comunidad desde hace menos de tres años.
- Registros incompletos.
- Que al momento de la entrevista no se encontrara la persona responsable de hogar o se negará a responder la entrevista.

j) Procesamiento y análisis de la información:

Se procesó la información con ayuda del equipo informático para obtener los resultados con el programa Excel y Epi info 3.5.1. Para el análisis de los resultados se utilizaron tablas de frecuencia y gráficos de barra, pastel, entre otros.

k) Trabajo de campo o de terreno:

Se hizo pilotaje de los instrumentos en una comunidad no objeto del estudio (Contreras 2, de la zona 8 del municipio de Soyapango), a fin de validarlo y hacer la prueba de base de datos, se incorporaron las correcciones a los instrumentos para proceder a la recolección de la información y procesamiento de la misma. (15).

l) Operacionalización de variables:

La operacionalización de variables se realizó antes de aplicar la entrevista y guía de observación con el fin de poder elaborar los instrumentos (Anexo 4). (13).

m) Aspectos éticos:

La autonomía, se evidenció en este estudio al tomar en cuenta la participación libre y voluntaria del responsable de familia entrevistado al brindarle la información (consentimiento) y objetivo del estudio. Se brindó **El anonimato** fue importante ya que los instrumentos no contemplaban nombre del responsable de familia a entrevistar.

La no maleficencia. Con el estudio no se causó daño a las personas que tuvieron a bien participar en el estudio, ya que el mismo no dañó su imagen al mantener en confidencialidad los resultados tanto de la entrevista como de la guía de observación.

Beneficencia. Los resultados del estudio sirvieron para dar recomendaciones útiles en el tema de dengue con el que se beneficia no sólo la persona entrevistada sino toda la población de la zona 15. (13).

VIII. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados y el logro de los objetivos propuestos sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de los responsables de familia de la población de la zona 15 del municipio de Soyapango sobre dengue, en función de un modelo teórico para el cambio de comportamiento diciembre del año 2012” se aplicó una guía de entrevista semi estructurada a noventa y seis responsables de familia seleccionados al azar en base a un muestreo por proporciones de las dieciocho comunidades con las que cuenta la zona 15 del municipio; además se utilizó una guía de observación para evaluar las prácticas en cada hogar seleccionado al azar correspondiéndose con la entrevista realizada.

Con la investigación se indagaron los datos generales de la población en estudio, por considerar que contribuirían al análisis. La población participante del estudio fueron los y las responsables de hogar de las comunidades de la zona 15, de estas sólo 20.8% son hombres y el resto mujeres (79.2%). En cuanto a la edad el porcentaje más alto correspondió a personas adultas de 55 años (54.2%) en adelante; así mismo se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a personas con nivel educativo de bachillerato (40.6%) a predominio de mujeres y en el caso de los hombres este es el rango educativo en el que se ubican la mayoría de hombres entrevistados, seguido por la población que cursó de 1º a 6º grado (28.1%) también a predominio de mujeres y en tercer lugar las personas que cursaron de 7º a 9º grado (9.4%), en cuanto al 4.2% correspondiente a las personas no letradas en su totalidad son mujeres.

En cuanto al régimen de propiedad de la zona 15 la gran mayoría de las personas entrevistadas viven en casas propias (87.5%) porcentaje a predominio de mujeres mayores de 46 años, seguidas por las que viven en casas alquiladas (9.4%) y luego un porcentaje mínimo (3.1%) que vive bajo otro régimen de propiedad (usurpada, cuidan la vivienda, entre otros).

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada objetivo específico

VIII.I Identificación de los conocimientos sobre la enfermedad y prevención del dengue

Conocimientos sobre la enfermedad

El 42.7% de la población asocia el concepto de dengue a la picadura del zancudo, el 32.3% a una enfermedad grave o mortal, sólo un 6.2% maneja un concepto bastante cercano (Enfermedad muy grave con calentura, dolor de cabeza y cuerpo) a la definición correcta y un 18.8% no sabe definir la enfermedad del dengue. (Tabla N° 1)

En cuanto al conocimiento sobre los tipos de dengue, se pudo apreciar que la gran mayoría sabe distinguir los dos tipos de dengue como clásico y hemorrágico (78.1%), sólo un 5.2% identifica al dengue clásico así como un 4.2% al dengue hemorrágico, un 1% propone una nueva clasificación (Dengue viral, clásico y hemorrágico), 2.1% no respondieron a la pregunta y un 9.4% de la población no sabe cuáles son los tipos de dengue. (Gráfico N° 1).

De los signos y síntomas que la población entrevistada más identifica con respecto a la enfermedad del dengue está la fiebre (95.8%), seguido por el dolor de cabeza (59.4%), en tercer lugar los vómitos (37.5%) y luego en menor porcentaje la población relaciona la falta de apetito (7.3%), dolor de garganta (5.2%) y las náuseas (1.0%). Así como un mínimo porcentaje de población entrevistada que manifestó no saber (2.1%). Es importante destacar que el 49% de la población identifica más de tres signos y síntomas respecto al dengue. (Gráfica N° 2).

El signo de gravedad del dengue que la población entrevistada más identifica es el sangramiento (67.7%), seguido por los vómitos persistentes (17.7%) y otros (16.7%); sin embargo un buen porcentaje de la población manifestó desconocimiento (24.0%), (Tabla N° 2). En cuanto al número de signos de alarma

que conoce la población se aprecia que el 52.1% sólo conoce uno (mayormente sangramiento) y luego un 21.9% que conoce al menos dos signos de alarma. La medida a tomar en caso de dengue mayormente identificada es la de consultar al médico o centro de salud (92.7%), seguida por administrar acetaminofén (22.9%) y en tercer lugar la no automedicación (11.5%); un porcentaje mínimo manifestó no saber qué hacer en caso de dengue (3.1%) y un 2.1% manifestó que se automedica. (Gráfico N° 3).

Conocimientos sobre el vector

Se aprecia que el mayor porcentaje de la población sólo sabe que un zancudo transmite el dengue (34.4%), seguido por los que saben que es el zancudo hembra (31.3%), luego **sólo el 20.8% de la población entrevistada sabe que el transmisor del dengue es el zancudo hembra Aedes aegypti**, una minoría aún piensa que es el zancudo macho el trasmisor del dengue (zancudo macho 2.1% y zancudo macho Aedes aegypti 1.0%); sin embargo **al agrupar los porcentajes de las personas que saben que es el zancudo hembra, zancudo A. aegypti o zancudo hembra A. aegypti se obtiene un 60.4% que indica que manejan la noción del tipo de zancudo que transmite el dengue.**

Con respecto al conocimiento sobre el mecanismo de transmisión un 66.7% de la población entrevistada manifestó que el dengue se transmite por una picadura del zancudo, el 26.0% maneja el concepto “que picando a un enfermo y después picando a uno sano”, luego un 5.2% manifestó no saber sobre el mecanismo de transmisión y un 2.1% maneja un concepto errado **“Por la picada y tomar agua contaminada”**. (Tabla N° 3).

El 34.4% de la población entrevistada identifica en forma ordenada tres etapas del ciclo de vida (huevo, larva y adulto), el 19.8% identifica las cuatro etapas de vida del zancudo (huevo, larva, pupa y adulto) y un 14.6% no saben del ciclo de vida del zancudo. Además al agrupar el conocimiento del número de etapas conocidas por la población el 38.6% conoce al menos tres etapas de vida del zancudo

independientemente del orden y el 20.8% conoce las cuatro etapas, **la etapa del zancudo menos mencionada es la etapa de pupa.**

Un 32.3% de la población conoce el margen de tiempo en días que tarda el zancudo de pasar de la fase acuática a la voladora, de la población total el 3.1% sabe que tarda 7 días en promedio y un 56.3% manifestó no saber. El 66.7% de la población entrevistada no sabe cuánto tiempo viven los huevos del zancudo hembra en lo seco, seguido de un 26.0% que manejan un concepto errado y sólo el 7.3% sabe que puede vivir un año o más en lo seco (Tabla N° 4). El 90.6% de la población manifestó que la hembra del zancudo transmisor del dengue se alimenta de sangre, seguido de un 6.3% que no sabe y luego un 3.1% que manifestó conceptos incorrectos (suciedad, sabia de plantas). En resumen 43.8% de la población entrevistada manifestó conceptos errados sobre el tipo de alimentación del zancudo macho *Aedes aegypti* (Sangre, la Hembra lo alimenta, larvas), 50.0% no saben o no respondieron y sólo un 6.2% maneja un concepto correcto.

La mayoría (75%) de personas entrevistadas conocen que el vector transmisor del dengue se reproduce en agua limpia, seguido de un 46.9% que identifican que es en aguas estancadas aunque no especifican si limpia o sucia, un 16.7% creen que el vector se reproduce en agua sucia, un 11.5% de la población mencionó que también se reproduce en agua lluvia siendo un conocimiento acertado y con un 3.1% la población manifestó no saber la respuesta (Gráfico N° 4).

La población entrevistada reconoció como lugar de habitación del zancudo adulto los espacios oscuros y húmedos (81.3%), un 10.4% de la población identificó también el monte cerca de la vivienda así como igual porcentaje que no sabían adonde habitaba el zancudo. Así mismo la población es capaz de identificar de uno a dos lugares correctos donde habita el zancudo sumando un 89.6%.

Conocimientos sobre medidas de prevención

El 89.6% de la población entrevistada manifestó saber que lavar los recipientes que contienen agua una vez por semana es una de las medidas de prevención del

dengue, otra de las medidas más conocida por la población es la aplicación de la untadita una vez por semana (58.3%), seguida por la aplicación de abate (36.5%), continúa tapar los recipientes que contienen agua igual porcentaje la eliminación de inservibles (25%), las fumigaciones (15.6%), cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas (6.3%), cubrir camas con mosquiteros (5.2%), limpieza de canales y llantas bajo techo con igual porcentaje (4.2%), uso de repelentes (3.1%), bajo techo recipientes que puedan guardar agua (2.1%) y con menores porcentajes (1%) lavar raíces de plantas acuáticas, volcar agua con larvas sobre superficies secas y calientes, peces en los depósitos con agua, adecuada disposición de basura, malla ciclón en puertas y ventanas y con un 0.0% la chapoda de maleza al interior y exterior de la vivienda y uso de ropa que cubra la mayor parte de la piel (Tabla N° 5).

VIII.II Valoración de las actitudes hacia la enfermedad del dengue

Actitud frente a la enfermedad

El 98% de las personas entrevistadas están conscientes que el dengue puede costarles la vida, frente a un 1.0% respectivamente que no sabe o no respondió a la pregunta, las principales razones por las refieren que pueden perder la vida se agrupan en las relacionadas con el dengue hemorrágico con 27.0%, seguida por el hecho de no consultar a tiempo o que pueden morir con un 18.0% respectivamente, luego el 17.7% asocia la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones, el 14.6% manifestó razones alejadas a la pregunta (El zancudo trae la bacteria y la inyecta a la persona, el zancudo transmite muchas enfermedades, por la picada, cuando pica transmite la enfermedad) y un 3.1% no respondió (Tabla N° 6), el 98.0% de la población entrevistada se muestra consciente de que el dengue puede afectar a su familia, un 1.0% no respondió y otro 1.0% manifestó que no, el mayor porcentaje que manifestó que si le preocupa que el dengue afecte a su familia expresó las razones siguientes: 31.2% por la valoración de la vida, la salud y la posibilidad de muerte con la enfermedad, un 26.0% por la afectación a la familia principalmente a los niños (as), 19.8%

manifestó diversas razones no agrupables (Daña la sangre, es muy peligroso, es triste ver como sufren, es una epidemia fuerte y hay temor que nos afecte), el 13.6% por razones económicas y costos de medicamentos, el 7.3% por haber vivido previamente la experiencia y no querer que se repita y el 2.1% no respondió la pregunta (Tabla N° 7).

Actitud frente al vector

El 22.9% piensan que la presencia de zancudos se debe a que no se acatan las recomendaciones, el 20.8% percibe preocupación o aflicción, el 18.8% considera que se deben eliminar y utilizar venenos, el 10.4% piensa que son molestos, incómodos y desesperación, el 6.2% piensa en otras situaciones (un ser maligno, se debe prevenir), al 5.2% le causan temor, el 4.2% piensa en los zancudos como amenaza e inseguridad, el 4.2% que los van a picar y un 2.1% es indiferente (No pienso nada, no hay zancudos). Tabla N° 8.

Actitud frente a la prevención

Se aprecia que el 92.7% de la población entrevistada reconoce que los responsables en la prevención del dengue son las personas que habitan en las viviendas, seguido en orden de responsabilidad las unidades de salud con un 30.2%, un 4.2% el Seguro Social, la comunidad un 3.1%, la Alcaldía un 2.1%, Otras entidades un 2.1%, la directiva comunal un 1% y cero por ciento los comités de salud (Tabla N° 9).

En cuanto a la relación que la población entrevistada hace de los actores sociales involucrados en la prevención del dengue se obtienen los datos siguientes: 65.7% opina que es responsabilidad de las personas, el 18.8% que corresponde tanto a la Unidad de Salud como a las personas, un 3.1% piensa que a las personas y a la comunidad como ente organizado, el 2.1% Unidad de Salud y Alcaldía, el 2.1% sólo Unidad de Salud, igual porcentaje piensa que a la Unidad de Salud, Seguro

Social y las personas, otro 2.1% que a la Unidad de salud y Seguro Social, un 1.0% que a la Unidad de salud, personas y otros, igual porcentaje que a la Unidad de salud, directivas y a las personas, otro 1.0% que a las personas y otros y un último 1.0% no respondió a la pregunta.

La población entrevistada percibe como principal beneficio de aplicar las medidas preventivas contra el dengue la disminución del riesgo de enfermar (46.9%), luego la salud (25%), además del bienestar para la familia y todos (7.3%), eliminar el zancudo (6.2%), no generar gastos (5.2%), no respondieron (4.2%), otros beneficios no agrupables como "las medidas son las mejores, evitar que se transmita a las personas" (3.1%) y erradicar el dengue (2.1%). (Tabla N° 10).

VIII.III Prácticas para prevenir la enfermedad del dengue en la vivienda y comunidad.

El 82.3% de la población manifiesta que en caso de presentar fiebre consulta al médico o centro de salud, el 43.8% administra acetaminofén, el 16.7% manifestó otras acciones (pañeros húmedos, buscar la causa), el 14.6% refiere que baños con agua tibia, el 6.3% se automedica y el 5.2% refiere dar líquidos orales abundantes (Gráfico N° 5).

Del total de la población entrevistada la práctica para prevenir el dengue que obtuvo 89.6% fue la de lavar los recipientes con agua una vez por semana, un 55.2% practica la untadita una vez por semana, el 38.5% manifestó que tapar los recipientes que contienen agua, el 36.5% la aplicación de abate, el 24% la eliminación de inservibles al interior y exterior de la vivienda, el 17.7% le apuesta a las fumigaciones, el 9.4% refiere que manteniendo limpia la vivienda y otras prácticas (trapear el piso con gas), 8.3% usa repelentes, un 6.3% utiliza mosquiteros para cubrir las camas y en menores porcentajes (2.1%) el lavado de recipientes que contienen plantas acuáticas, peces en recipientes con agua, chapoda de maleza, adecuada disposición de basura, limpieza de canales y malla ciclón en puertas y ventanas (Tabla N° 11).

Guía de Observación

En el proceso de entrevistas a los responsables de familia de la zona 15, el 100% permitió la inspección a las viviendas, el resultado 72.9% negativas a larvas de zancudo contra el 27.1% que fueron positivas. Se inspeccionaron 303 depósitos en el total de viviendas, de los cuales el mayor porcentaje (35.4%) correspondió a las casas que sólo cuentan con un depósitos, seguido de un 28.1% de las viviendas que cuentan con dos depósitos que almacenan agua, 15.6% que cuentan con tres depósitos, porcentajes aislados 1.0% con cero depósitos y otro porcentaje similar con nueve, dieciséis, veintitrés y cuarenta depósitos. De las 37 personas entrevistadas que mencionaron tapar los depósitos sólo se constato esta práctica en 22 (59.4%), 35 mencionaron que aplican abate y sólo se verificó 22 (62.9%), de 23 que mencionaron no tener inservibles en el patio se verificó en 6 (26.0%), entre los nueve que mencionaron otras prácticas como “trapear con gas el piso, no llenar recipientes, limpieza de bebederos, entre otras” sólo a dos se les pudo constatar (22.2%), nueve también mencionaron que practicaban mantener la casa y el patio limpio sólo a tres se les comprobó (33.3%), ocho mencionaron utilizar repelentes y cuatro los mostraron (50.0%), seis mencionaron que usan mosquiteros se les comprobó a 5 (83.3%), dos mencionaron tener peces en recipientes con agua se comprobó en una vivienda (50.0%), dos mencionaron mantener la basura tapada y se verificó en una vivienda (50.0%), dos responsables de familia mencionaron mantener canales limpios y al verificar no lo estaban, otros dos también mencionaron chapodar maleza lamentablemente no se evidenció dicha chapoda en ninguna vivienda, dos reportaron cambio de agua en los floreros con plantas acuáticas con cero porcentaje de comprobación y finalmente un responsable de familia reportó que mantenía malla ciclón en puertas y ventanas y efectivamente así era (100.0%). (Tabla N° 12).

Se inspeccionaron 303 depósitos de los cuales se encontraron 27 criaderos de zancudos en su mayoría en las pilas (22), luego en barriles (4) y un bidón (Gráfico N° 6).

Los criaderos potenciales son aquellos que aunque en el momento de la inspección no tenían criaderos de zancudos reúnen las condiciones para ello (depósitos sin tapaderas, depósitos con falta de higiene, etc.) independientemente si en otros depósitos hubiese criaderos, de las 96 viviendas inspeccionadas en 85 (88.5%) no se encontraron criaderos potenciales, viviendas con un criadero potencial nueve (9.4%), viviendas con dos criaderos potenciales una (1.0%) y con cuatro criaderos potenciales (1.0%).

De los noventa y seis responsables de familia entrevistadas diecisiete manifestaron (17.7%) haber vivido la experiencia de la enfermedad del dengue al interior de su grupo familiar. De este grupo el 35.3% consultó al hospital, el 29.4% consultó a la unidad de salud, el 17.6% consultó con médico particular y en menores porcentajes (5.9%) se automedicaron con aspirina, consultaron al Seguro Social y dio acetaminofén y luego consultó (Gráfico N° 7).

IX. ANÁLISIS

Para el análisis de resultados se debe tomar en cuenta que de las noventa y seis entrevistas semi estructuradas realizadas, la gran mayoría de responsables de familia encontradas en sus viviendas al momento del estudio y dispuestas a colaborar con el mismo fueron mujeres (79.2%), a predominio de mayores de 55 años con un nivel educativo intermedio (Bachillerato, 40.6%) y básico (De 1º a 6º grado, 28.1%), que habitan viviendas propias por lo que se intuiría mayor preocupación por el bienestar tanto familiar como comunitario al considerarse propietaria del lugar de vivienda.

A pesar que la mayoría tiene algún grado de escolaridad sólo el 6.2% sabe definir el concepto de dengue y un 18.8% aún no lo hace como tampoco establece asociaciones cercanas, este primer dato recuerda el modelo individual para el cambio de comportamiento que manifiesta que el comportamiento del individuo está influido por lo que saben y piensan ubicándose según el modelo de Prochaska en la etapa de pre contemplación; sin embargo reconocen la gravedad de la enfermedad correspondiéndose con la etapa de Contemplación según Prochaska ya que advierten la gravedad de la enfermedad; así como también asocian dengue a picadura del zancudo y saben identificar los dos tipos de dengue (78.1%), preocupa que aún un 9.4% de la población manifiesta no saber de los tipos de dengue. En cuanto al conocimiento de los signos y síntomas de dengue se pudo constatar que la gran mayoría asocia fiebre a dengue, así como la cefalea (dolor de cabeza) y vómitos; es importante que casi el 50% de la población entrevistada identifican al menos tres signos y síntomas de dengue, lo anterior es positivo ya que garantiza que la población está reconociendo la enfermedad aunque no la sepa definir. En cuanto a los signos de alarma el que la población más identifica es el sangramiento y en general saben identificar sólo un signo de alarma, un 21.9% identifica al menos dos, este dato llama la atención porque a pesar de identificar síntomas generales las responsables de familia aún no saben

distinguir cuando la enfermedad se está tornando grave ya que a pesar que han mencionado el sangramiento este signo no es el más frecuentemente reportado en comparación con los vómitos persistentes y el dolor abdominal sostenido. En lo referente al conocimiento que las personas entrevistadas manejan sobre las medidas tomar en caso de sospechar dengue un 92.7% refirieron consultar al médico o centro de salud, este dato es positivo ya que garantiza que la población sabe que se debe consultar tempranamente; así mismo además de saber que debe consultar lo practica ya que el 82.3% manifestó que consulta al presentar fiebre algún miembro de su familia, quedando a responsabilidad del personal de salud la correcta identificación de la enfermedad. En los casos en donde la población continúa manifestando “no saber” como en el concepto de la enfermedad, signos y síntomas y medidas a tomar en caso de dengue, este grupo continúa en la etapa de pre contemplación a pesar de las intervenciones educativas que han realizado las instituciones de salud, recordando que la mayoría de responsables de familia a quienes se entrevistó son mayores de 55 años quienes probablemente no fueron instruidos en este tema en su momento.

El 60.4% sabe identificar que el transmisor del dengue es el zancudo hembra; sin embargo todavía existe población que piensa que es el zancudo macho (3.1%), a su vez un buen porcentaje sólo sabe que es a través de una picadura (66.7%) sin saber definir el mecanismo correcto, lamentablemente un 5.2% aún manifiestan no saber cómo se transmite el dengue. De igual forma en lo referente conocimiento del ciclo de vida del zancudo, el cual es de importancia para aplicar las medidas preventivas de acuerdo al estadio en que se encuentra el zancudo, sólo el 34.4% identifica al menos tres etapas en forma ordenada y sólo el 19.8% las cuatro etapas en forma ordenada, la etapa menos conocida por la población es la de pupa lo cual preocupa ya que es un estadio previo a la de zancudo volador y en la cual la aplicación de abate no funciona, se menciona el abate ya que es una de las medidas preventivas más populares en la población de la zona 15. En esta misma sintonía un 56.3% de la población aún no conoce el tiempo en días que tarda el zancudo de fase acuática a voladora (Rango de 3 a 12 días dependiendo

condiciones climáticas, promedio 7 días), sólo el 32.3% identifica el rango de tiempo con un 3.1% que saben el promedio de días, de igual manera el 66.7% no sabe cuánto tiempo viven los huevos del zancudo en lo seco, un 26% manejan conceptos errados como “minutos, nada, días” apenas un 7.3% sabe que vive un año o más en desecación, este dato es preocupante porque la cultura tendiente a guardar recipientes sin agua pero sin cubierta y con el paso del tiempo volverlos a llenar con agua limpia sin previa limpieza favorece la eclosión de los huevos.

Aún tomando en cuenta el amplio desconocimiento sobre el vector **se destaca que** la población al menos sabe que la hembra se alimenta de sangre (90.6%), persistiendo un 6.3% que manifestaron no saber y en cuanto al macho la población con un 50% no sabe de que se alimenta contra un 43.8% que manejan conceptos errados como el hecho de creer que “la hembra es quien lo alimenta” y sólo el 6.2% maneja un concepto acertado (polen, néctares y sabia). Cabe señalar que un 75% saben que el zancudo transmisor del dengue se reproduce en agua limpia, aunque un 16.7% aún sostiene que se reproduce en agua sucia y por último en lo referente a los conocimientos sobre el vector el 81.3% saben que el zancudo gusta de los lugares oscuros y húmedos (llantas, paredes, ropa, objetos inservibles, entre otros), sólo un 10.4% identifica como hábitat de este zancudo el monte alrededor de las viviendas lo cual sería importante saber ya que es el lugar donde permanece el macho y por tanto la población tomaría más en cuenta prácticas de desyerbado o “chapoda” de maleza en las viviendas y sus alrededores ya que en este estudio la chapoda tiene un lamentable cero por ciento de conocimiento y práctica evidenciada en la guía de observación de las viviendas, como medida de prevención, a pesar que un 2.1% de la población entrevistada manifestó practicarla. Al hacer un análisis global de esta sección según Prochaska en cuanto a los conocimientos sobre el vector la población se encuentra en fase de pre contemplación al desconocer sobre el ciclo de vida del vector, mecanismo de transmisión, rangos de tiempo de pasar de una fase a otra, lugar de reproducción, entre otros; sin embargo en la sección de conocimientos sobre medidas preventivas de la enfermedad la población maneja más las

medidas referentes al control del vector, las cuales se aplicarían mejor si la población conociera sobre este zancudo y su vida.

En cuanto a los conocimientos sobre las medidas de prevención el 89.6% de la población sabe que debe lavar los recipientes que almacenan agua una vez por semana, así como tapar los recipientes que contienen el vital líquido y cambiar con frecuencia el agua de plantas acuáticas, las cuales están dentro de las medidas preventivas del tipo físicas de bajo costo para la población y el Estado, le siguen en porcentajes las medidas químicas como la aplicación de la untadita (58.3%, lejía pura en las paredes de los recipientes), aplicación de abate (36.5%) y las fumigaciones (15.6%), estas últimas muy frecuentemente utilizadas por el Ministerio de Salud. Entre las medidas menos conocidas por la población están las biológicas, las de saneamiento ambiental a excepción de la eliminación de inservibles que menciona la población con un 25% y las medidas de prevención de las picadas. En resumen toda la población entrevistada manifestó conocer al menos una medida preventiva contra el dengue (cero por ciento dijo no saber), así como la mayoría de personas identifican mejor las medidas contra el vector (Físicas y químicas) que contra la picada del mismo.

La información anterior se reafirmó al indagar sobre las medias para prevenir el dengue que la población entrevistada practica en su vivienda y comunidad obteniendo que en su mayoría con 89.6% practica el lavado de recipientes una vez por semana, seguido por la aplicación de la untadita (55.2%), luego tapar recipientes (38.5%) y aplicación de abate (36.5%) correspondiéndose con los conocimientos con una leve inversión entre tapar recipientes y aplicar abate, en resumen siempre son más practicadas las medidas contra el vector (físicas y químicas). A pesar de lo anteriormente expresado los datos se corroboraron con la guía de observación en el total de las viviendas en donde se pudo constatar que no concordaba lo que la población sabía y decía practicar sobre prevención del dengue contra lo que se evidenciaba al interior y exterior de la vivienda; sin embargo la mayoría de viviendas se encontraron negativas a larvas de zancudo

probablemente debido a que el estudio se realizó en época de verano. En cuanto a los sitios en donde se encontraron criaderos de zancudo fueron las pilas de las viviendas y en menor porcentaje barriles, tomando en cuenta que el servicio de agua potable en la zona es bastante regular la excusa de que “no ha caído agua” es poco valedera en esta zona de Soyapango, a pesar de ello valdría la pena considerar que la mayoría de responsables de hogar según el estudio son mujeres mayores de 55 años y probablemente presentan dificultad para la limpieza de las pilas. El porcentaje de criaderos potenciales fue bajo lo cual es un dato positivo. Los datos anteriores también contrastan con la actitud de la población hacia la enfermedad ya que un 98% de la población manifestó estar consciente que el dengue podría costarles la vida ya sea por el dengue hemorrágico, las complicaciones y gravedad de la enfermedad así como que también podría verse afectada su familia prevaleciendo la preocupación por la vida de los niños, razones económicas y la experiencia previa; ya que un 17.7% de la población manifestó haber experimentado la vivencia del dengue en su familia tornándose más receptivas a las prácticas de prevención. Este aspecto recuerda el modelo individual para el cambio de comportamiento que plantea que la conducta está determinada por experiencias pasadas.

En cuanto a la actitud de la población hacia el vector “zancudo” se pudo evidenciar que la mayoría de personas los perciben como el resultado de no acatar las recomendaciones, como una presencia preocupante, como una amenaza y que deben ser eliminados, lo anterior concuerda con el modelo de Conciencia por la Salud (Rosenstock y Becker) el cual postula que para el cambio de conducta las personas deben estar convencidas racionalmente de la amenaza que representa un problema de salud. Así como una minoría que aún se encuentra en etapa pre contemplativa al mostrarse indiferentes ante el problema. De igual forma se pudo apreciar la relación que hace la población entre la prevención y la disminución del riesgo de enfermar, la conservación de la salud, el bienestar familiar y el no generar gastos económicos, entre otros con la aplicación de las medidas preventivas contra el dengue.

El modelo comunitario que hace referencia a la participación de la comunidad e instituciones en la identificación como en la solución de sus problemas de salud, en este estudio se evidenció que a pesar de las acciones que las instituciones (UCSF Amatepec, Seguro Social y Alcaldía) y las comunidades organizadas (Directivas y comités de salud) realizan en la prevención del dengue, la población en su mayoría aún maneja un modelo individualista para su prevención (65.7% es responsabilidad de las personas), muy pocos involucran a las instituciones y a la comunidad como ente organizado en su conjunto, ya que sólo un 18.8% logra involucrar a la UCSF y a los habitantes de las comunidades.

X. CONCLUSIONES

- 1) La población a pesar de no identificar correctamente los conceptos o definiciones relacionadas a la enfermedad del dengue si relaciona la gravedad de la misma con la necesidad de consultar.
- 2) La población de estudio no conoce aspectos claves acerca del vector “zancudo hembra *Aedes aegypti*” que contribuirían a su erradicación, ubicándose en la etapa de pre contemplación en el modelo de Prochaska y DiClemente, dentro de los modelos para el cambio de comportamiento.
- 3) En cuanto al conocimiento de las medidas preventivas de la enfermedad del dengue, son más conocidas las dirigidas al control del vector (Físicas y químicas), dejando en segundo plano las medidas de saneamiento ambiental que involucrarían a la comunidad de forma organizada. Las cuales al reforzar el conocimiento en la población sobre el vector fuesen aplicadas más eficazmente.
- 4) A pesar que la población en estudio se muestra conocedora de las medidas preventivas y manifiesta practicarlas así como; estar consciente sobre la gravedad de la enfermedad y las implicaciones para su familia, esto no se evidenció con lo observado en las viviendas, evidenciando distanciamiento entre el conocimiento y la práctica.
- 5) No existe una concepción intersectorial sobre el abordaje de la enfermedad del dengue en la población del estudio, ya que prevalece la concepción individualista del problema.
- 6) El conocimiento sobre las medidas a tomar en caso de dengue son coherentes con lo que la población manifiesta practicar como con lo realizado en el caso de las familias que han padecido dengue, siendo coherente con el modelo para el cambio de comportamiento de “Conciencia por la salud”.

- 7) Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue con un modelo teórico para el cambio de comportamiento puso en evidencia los aspectos que necesitan ser reorientados en las intervenciones educativas en la zona para optimizar los resultados de las mismas.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- 1) Al SIBASI Oriente y UCSF Amatepec reforzar el área educativa de los programas de control de vectores específicamente de dengue con intervenciones que partan de estudios de base para que estas se realicen de forma efectiva y permanentes y no reactivas por epidemias, haciendo uso del recurso humano como educadores para la salud, quienes valoren los temas a reforzar en la población para controlar el dengue con material educativo acorde al nivel de comprensión de la población.
- 2) Abordar intersectorialmente el problema del dengue, tomando en cuenta al Seguro Social, Alcaldía de Soyapango, Ministerio de Educación, ONG`S afines a la salud presentes en la zona 15, directivas y comités de salud comunales, desde las competencias de los diferentes actores.
- 3) Retomar el modelo de los Ecos familiares (Equipos comunitarios de salud familiar) para organizar a las comunidades de la zona 15 en comités de salud, capacitarlos sistemáticamente tomando en cuenta sus necesidades tanto educativas como de salud para que sean protagonistas de los cambios en sus comunidades.

Alcaldía Municipal de Soyapango:

- 4) Continuar el apoyo en el área educativa a las comunidades en materia de dengue así como en el área de saneamiento ambiental para complementar la función del MINSAL como rector de la salud.
- 5) Retomar el programa de Salud Comunitaria, que conlleva el trabajo con los comités de salud presentes en la zona, para contribuir de forma organizada a la prevención del dengue.

Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

- 6) Clínica Comunal Monte María adaptar sus programas de educación para la salud acorde a las necesidades educativas de la población blanco, de forma que sean versátiles y cumplan su propósito de educar a la población en el tema de dengue.
- 7) Dar continuidad al trabajo coordinado de prevención del dengue y otros problemas de salud con la UCSF Amatepec y comunidades de la zona 15.

A las comunidades de la zona 15, Soyapango:

- 8) Elaborar y ejecutar en conjunto (instituciones y comunidad) planes sencillos para la erradicación del dengue en la zona 15 del municipio de Soyapango; así como difundir a la comunidad boletines informativos sobre las acciones comunitarias para que todos se involucren.

- 9) A las directivas comunales, comités de salud y otros comités de apoyo a fomentar el trabajo armonioso en equipo buscando los puntos de unión entre los miembros de la comunidad, incentivar a los habitantes de la zona 15 a ser corresponsables en la prevención de la enfermedad del dengue.

- 10) En general se recomienda a todos los actores sociales involucrados en la difícil tarea de promover la salud y prevenir enfermedades como el dengue (En un contexto social convulsionado por delincuencia y miedo), a que todas las acciones que se realicen deben hacerse respetando la individualidad de las personas, sus creencias y valoraciones; de tal manera que los líderes y lideresas comunitarios se sientan sujetos de cambio y no objetos de las acciones institucionales, algunas veces no coordinadas con las comunidades.

- 11) Tomar en cuenta que Soyapango es una ciudad dormitorio, la zona 15 no es la excepción, por tanto se sugiere adaptar horarios de trabajo de tal manera que las intervenciones educativas y de control del vector generen el impacto esperado.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL 2008, El Salvador: Informe final octubre de 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud, Dengue: guías de atención para enfermos en la región de las Américas, la Paz-Bolivia. 2010
3. Organización Mundial de la Salud y el Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales, Dengue: guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, Nueva ed. 2009.
4. México, Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Dengue. 2008 (www.cenave.gob.mx/progaccion/dengue.pdf)
5. El Salvador, Ministerio de Salud. Lineamientos Actualizados para el manejo de dengue, 2010.
6. México, Servicios de Salud: Tipos de dengue www.ssm.gob.mx/dengue/tipos_dengue.html
7. Conceptos Culturales sobre dengue en contextos urbanos de México, www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27126.pdf.
8. Rodríguez Cruz R. Estrategias para el Control del Dengue y del Aedes aegypti en las Américas. Revista Cubana de Medicina Tropical, Ciudad de la Habana. 2002; Sept-Dic; vol 54 n° 3.
9. Linda Lloyd. Informe Estratégico 7 mejores prácticas para prevenir y controlar el dengue en las Américas 2003. (pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACS816.pdf).
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Participación Social en la Prevención del dengue: guía para el promotor, 2º ed. Argentina: [s.n.] 2010.
11. Alvarenga E. y Benavides M.P. Conocimientos, actitudes y habilidades técnico metodológicas del maestro y la relación con su eficacia en el desarrollo de los contenidos de Educación sexual y VIH-Sida, Eje de

educación para la salud, asignatura ciencia, salud y medio ambiente, primero y segundo ciclo de Educación básica de las escuelas públicas del municipio de San Salvador, año 2000. Tesis, Licenciatura en educación para la salud, San Salvador, Universidad de El Salvador. Septiembre de 2000.

12. Pardío López J. Plazas de Creixell M. Modelos para el cambio de Conducta: Cuadernos de Nutrición. Mérida, México: [s.n.] Septiembre - octubre 1998: Vol. 21, N° 5. 58-64.
13. Piura J. Metodología de la Investigación científica: Un enfoque integrador. 7º ed. Managua: [s.n.] 2012.
14. Cáceres FM. Vesga C. Perea X. Ruitort M. Talbot Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios de Bucaramanga, Colombia. Tesis, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, Revista de Salud Pública marzo 2009. (www.scielupsp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a04.pdf).
15. Planck A. Conocimientos, actitudes y prácticas en los y las adolescentes relacionados al embarazo en la adolescencia, Somoto-Madriz, I semestre del año 2011. Tesis, Maestra en Salud Pública Managua, Universidad Autónoma de Nicaragua, 2011.



ANEXOS

Anexo 1

Cuadro del muestreo proporcional por número de viviendas de las 18 comunidades de la zona 15 para CAP sobre Dengue

Nº	COMUNIDAD	Nº DE VIVIENDAS	Nº Resp. Familia
1	15 de Marzo	148	3
2	Residencial Jardines del Blv.	316	6
3	Comunidad Altos de Monte Ma.	198	4
4	Reparto Monte María 1	240	5
5	Ciudad Credisa	841	17
6	Condominios Villa Credisa	48	1
7	Residencial Altos del Cerro	337	7
8	Residencial Jardines del Cerro	30	1
9	Octuples Amatepec	640	13
10	Residencial Amatepec	46	1
11	Col. Amatepec 2º etapa	153	3
12	Comunidad Labor 2 Línea Amatepec	75	1
13	Col. Amatepec 1º etapa	985	20
14	Condominios Atonal	300	6
15	Comunidad Los Amates	25	0
16	Colonia 1º de Mayo	75	1
17	Comunidad Labor 1 Línea Amatepec	175	3
18	Labor Urbanizada	180	4
	TOTALES	4,812	96

Anexo 2

INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DENGUE DE LOS RESPONSABLES DE FAMILIA, EN FUNCIÓN DE UN MODELO TEÓRICO PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO, ZONA 15, SOYAPANGO, SAN SALVADOR DICIEMBRE 2012

Instrucciones para la aplicación de la guía de entrevista:

1. Preséntese con la persona a entrevistar, diciéndole el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos y la importancia que tiene su disposición a colaborar.
2. Destaque la necesidad de contestar con veracidad a todas las preguntas.
3. No olvide ubicar el nombre de la comunidad, pasaje y número de casa.
4. No olvide marcar o escribir literalmente cada una de las respuestas, en la pregunta que corresponde.

Datos Generales

Nº de registro: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Sexo: F _____ M _____ Edad: _____ años

Escolaridad: No letrada ___ Sabe leer y escribir ___ De 1º a 6º grado ___ De 7º a 9º grado ___ De 1º a 2º/3ª año de bachillerato ___ Universitario ___ Técnico ___

Régimen de propiedad: Propia ___ Alquilada ___ Otro ___ No responde ___

CONOCIMIENTOS

Conocimientos sobre la enfermedad

1. ¿Qué es el dengue?

2. ¿Cuáles son los tipos de dengue, que usted conoce? Dengue clásico ___ Dengue hemorrágico ___ No sabe ___ Otros _____ No responde ___

3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de dengue?

- | | |
|---|--------------------|
| a. Fiebre__ | i. Nauseas__ |
| b. Dolor de cabeza__ | j. Vómitos__ |
| c. Dolor de ojos__ | k. Sangramientos__ |
| d. Dolor de huesos__ | l. Diarrea__ |
| e. Dolor de cuerpo__ | m. Otros_____ |
| f. Salpullido o enrojecimiento del cuerpo__ | n. No sabe__ |
| g. Dolor de garganta__ | |
| h. Falta de apetito__ | |

4. ¿Cuáles son los signos de gravedad del dengue?

- | | |
|--|------------------------------|
| a. Dolor de estómago intenso y sostenido__ | b. Acumulación de líquidos__ |
| c. Vómitos persistentes__ | d. Sangramientos__ |
| e. Somnolencia o irritabilidad__ | f. Otros_____ |
| g. Frialdad__ | h. No sabe__ |

5. ¿Cuáles son las medidas a tomar en caso de dengue?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| a. Administrar acetaminofén__ | b. Dar líquidos orales abundantes__ |
| c. Consultar al médico o centro de salud__ | d. Reposo absoluto__ |
| e. Baños de esponja con agua tibia__ | f. Automedicarse__ |
| g. Otros_____ | h. No sabe__ |

Conocimientos sobre el vector

6. **¿Quién transmite el dengue?** El zancudo__ hembra__ Aedes aegypti__ Otro_____ No sabe__

7. **¿Cómo se transmite el dengue?** _____

8. ¿Podría mencionarme el ciclo de vida del zancudo?

- Huevo__ Larva o cabezón__ Pupa__ Zancudo adulto__
- Otras_____
- No sabe__

9. **¿Cuánto tiempo se tarda el zancudo transmisor del dengue de pasar de cabezón a zancudo adulto?** _____ días No sabe__

10. **¿Cuánto tiempo pueden vivir los huevos del zancudo transmisor del dengue en lo seco?** _____ No sabe__

11. **¿De qué se alimenta el zancudo transmisor del dengue?** El macho_____ Hembra_____ No sabe__

12. **¿Adónde nace el zancudo transmisor del dengue?** Agua limpia___ Agua estancada___
Agua lluvia___ Agua sucia___ Quebrada___ Basura___ Otros_____
No sabe___

13. **¿Adónde vive el zancudo adulto?**

- a. Cerca de la vivienda___
- b. Lugares oscuros y húmedos___
- c. Monte cerca de la vivienda___
- d. Otros_____
- e. No sabe___

Conocimientos sobre medidas de prevención

14. **¿Cuáles son las medidas para prevenir el dengue?**

- a. Lavar los recipientes que contienen agua una vez por semana___
- b. Tapar los recipientes que almacenan agua___
- c. Cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas___
- d. Lavar las raíces de las plantas acuáticas___
- e. Volcar el agua de los recipientes con larvas de zancudo sobre superficies secas y calientes___
- f. Colocando bajo techo recipientes que pueden guardar agua___
- g. Colocando bajo techo llantas___
- h. Colocando peces en los recipientes que contienen agua___
- i. Colocando tortugas acuáticas en los recipientes con agua___
- j. Aplicación de la untadita cada semana___
- k. Aplicación de abate___
- l. Fumigaciones___
- m. Chapoda de la maleza adentro y alrededor de la vivienda___
- n. Adecuada disposición de la basura___
- o. Eliminando objetos inservibles al interior y exterior de la vivienda___
- p. Limpiando los canales___
- q. Aplicar agua hirviendo en tragantes y canaletas___
- r. Cubrir camas con mosquiteros___
- s. Uso de ropa que cubra la mayor parte de la piel___
- t. Uso de repelentes___
- u. Colocación de malla ciclón en puertas y ventanas___
- v. Otras_____
- w. No sabe___

ACTITUDES

Actitud frente a la enfermedad

15. ¿Sabe si el dengue puede costarle la vida? Si__ No__ ¿por qué?

16. ¿Le preocupa que la enfermedad del dengue afecte a su familia? Si__ No__ No responde__ Por qué?

Actitud frente al vector

17. ¿Qué piensa de la presencia de zancudos en su vivienda?

Actitud frente a la prevención

18. ¿Según su opinión quien tiene la responsabilidad en la prevención del dengue? Unidades de salud__ Seguro Social__ Alcaldía__ La directiva__ El comité de salud__ Las personas__ Otros_____ No responde__

19. ¿Qué beneficios tiene para usted aplicar las medidas preventivas contra el dengue?

PRACTICAS PARA PREVENIR EL DENGUE

Prácticas sobre la enfermedad del dengue

20. Cuando alguien de su familia presenta fiebre ¿Qué hace?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| a. Administrar acetaminofén__ | b. Dar líquidos orales abundantes__ |
| c. Consultar al médico o centro de salud__ | d. Reposo absoluto__ |
| e. Baños de esponja con agua tibia__ | f. Automedicarse__ |
| g. Otros_____ | h. No sabe__ |

21. ¿Cuáles son las acciones que usted practica para prevenir el dengue?

- Lavar los recipientes que contienen agua una vez por semana__
- Tapar los recipientes que almacenan agua__
- Cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas__
- Lavar las raíces de las plantas acuáticas__
- Volcar el agua de los recipientes con larvas de zancudo sobre superficies secas y calientes__
- Colocando bajo techo recipientes que pueden guardar agua__
- Colocando bajo techo llantas__
- Colocando peces en los recipientes que contienen agua__
- Colocando tortugas acuáticas en los recipientes con agua__
- Aplicación de la untadita cada semana__
- Aplicación de abate__

- l. Fumigaciones____
- m. Chapoda de la maleza adentro y alrededor de la vivienda____
- n. Adecuada disposición de la basura____
- o. Eliminando objetos inservibles al interior y exterior de la vivienda____
- p. Limpiando los canales____
- q. Aplicar agua hirviendo en tragantes y canaletas____
- r. Cubrir camas con mosquiteros____
- s. Uso de ropa que cubra la mayor parte de la piel____
- t. Uso de repelentes____
- u. Colocación de malla ciclón en puertas y ventanas____
- v. Otras_____
- w. No sabe____

22. ¿Alguien de su grupo familiar ha padecido dengue? Si____ No____ No sabe____

23. Si la respuesta anterior fue afirmativa, preguntar ¿Qué hicieron cuando enfermó?_____

Nombre del Entrevistador/a: _____

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA,
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EL SALVADOR 2011-2013



INSTRUMENTO GUIA DE OBSERVACIÓN SOBRE

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DENGUE DE LOS RESPONSABLES DE FAMILIA, EN FUNCIÓN DE UN MODELO TEÓRICO PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO, ZONA 15 SOYAPANGO, SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2012

24. *Inspección de la vivienda (colocar sí, no o no aplica) acorde a lo que respondió en la pregunta 21 de la guía de entrevista:*

- | | |
|--|--|
| a. Positiva a larvas de zancudo___ | k. Maleza chapodada___ |
| b. Negativa a larvas de zancudo___ | l. Basura tapada___ |
| c. Depósitos tapados___ | m. No inservibles en el patio___ |
| d. Floreros con agua limpia___ | n. Canales limpios___ |
| e. Recipientes que pueden almacenar agua bajo techo___ | o. Mosquitero en las habitaciones___ |
| f. Llantas bajo techo___ | p. Muestra repelentes___ |
| g. Peces en recipientes con agua___ | q. Malla ciclón en puertas y ventanas___ |
| h. Tortugas en recipientes con agua___ | r. Otras_____ |
| i. Abate en recipientes con agua___ | s. Renuente___ |
| j. Patio limpio___ | |

25. *Número de depósitos___ y Lugares en los que se encontraron criaderos de zancudos:*

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a. Pila___ | b. Barril___ | c. Bidón___ |
| d. Cubetas___ | e. Bebederos
mascotas___ | f. Objetos
inservibles___ |
| g. Canales___ | h. Llantas___ | i. Floreros___ |
| j. Tanques de
agua___ | k. Otros___ | l. Total criaderos___ |

26. *Número de criaderos potenciales (negativos) sin tratamiento, encontrados en la vivienda: _____*

Anexo 4

1. Identificar los conocimientos sobre la enfermedad y prevención del dengue que tienen los responsables de familia.

VARIABLE	SUB VARIABLE	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Datos Generales	-Sexo -Edad -Escolaridad -Régimen de propiedad	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Conocimiento sobre la enfermedad	-Definición sobre dengue -Tipos de dengue -Signos y síntomas de la enfermedad -Signos de alarma de dengue -Medidas a tomar por la población en caso de enfermedad	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Conocimientos sobre el vector	-Nombre del vector que transmite el dengue y forma de transmisión -Etapas de vida del zancudo -Alimentación del zancudo hembra-macho -Habitat	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Conocimientos sobre medidas de prevención	Control del vector: - <u>Físicas</u> - <u>Biológicas</u> - <u>Químicas</u> - <u>Saneamiento del medio ambiente</u> Prevención de la enfermedad	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada

2. Valorar las actitudes de los responsables de familia hacia la enfermedad del dengue

VARIABLE	SUB VARIABLE	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Actitud sobre la enfermedad	-Percepción de la gravedad de la enfermedad -Afectación de la familia -Padecimiento de la enfermedad en la familia (última pregunta)	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Actitud frente al vector	-Percepción de la presencia de zancudos en el hogar	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Actitud frente a la prevención	-Percepción sobre la responsabilidad en la prevención del dengue	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada

3. Analizar las prácticas que tienen los responsables de familia para prevenir la enfermedad del dengue en su vivienda y comunidad.

VARIABLE	SUB VARIABLE	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Práctica sobre la enfermedad	-Medidas que toma frente a la sospecha de la enfermedad	Persona entrevistada	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Práctica frente a la prevención	-Medidas que la persona realiza en su vivienda y alrededores contra el vector: físicas, químicas, biológicas de saneamiento del medio ambiente y contra la enfermedad	Persona entrevistada y vivienda	Entrevista e inspección de la vivienda	Guía de entrevista semi estructurada y de observación

4. Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue identificados, utilizando un modelo teórico para el cambio de comportamiento

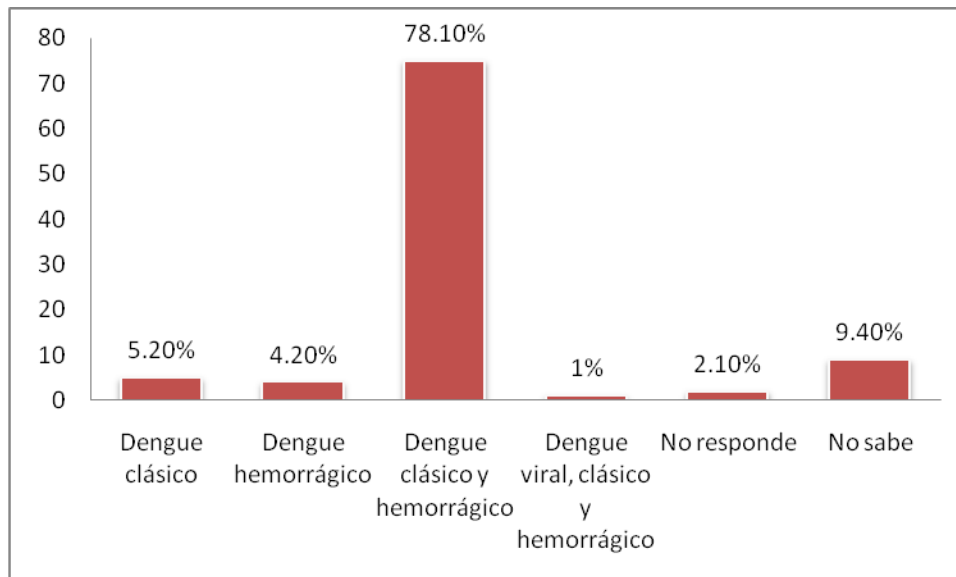
VARIABLE	SUB VARIABLE	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Percepción sobre la enfermedad	-Percepción de la gravedad de la enfermedad -Afectación de la familia -Padecimiento de la enfermedad en la familia (última pregunta)	Persona entrevistada y modelos teóricos de cambio de comportamiento	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Percepción frente al vector	-Percepción de la presencia de zancudos en el hogar	Persona entrevistada y modelos teóricos de cambio de comportamiento	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada
Percepción frente a la prevención	-Percepción sobre la responsabilidad en la prevención del dengue	Persona entrevistada y modelos teóricos de cambio de comportamiento	Entrevista	Guía de entrevista semi estructurada

Anexo 5 Tablas y Gráficos

TABLA Nº 1. Concepto de la enfermedad del Dengue que poseen los re4sponsables de familia entrevistados en las comunidades de la zona 15, Soyapango, san salvador referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, diciembre 2012.

CONCEPTOS DE DENGUE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCEPTOS MÁS ACERTADOS: "Enfermedad muy grave con calentura, dolor de cuerpo y cabeza"	6	6.2
CONCEPTOS QUE RELACIONAN AL DENGUE CON UNA ENFERMEDAD GRAVE O MORTAL: Enfermedad mortal	31	32.3
CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA PICADA DEL ZANCUDO: Enfermedad transmitida por el zancudo	41	42.7
CONCEPTOS NO ACERTADOS: Enfermedad por no tener aseado el hogar, Es el paludismo de antes, entre otros	18	18.8

GRÁFICO Nº1. Tipos de dengue identificados por los responsables de familia entrevistados en las comunidades de la zona 15, Soyapango, san salvador referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.



GRÁFICA Nº 2. Signos y síntomas de dengue descritos por los responsables de familia entrevistados en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

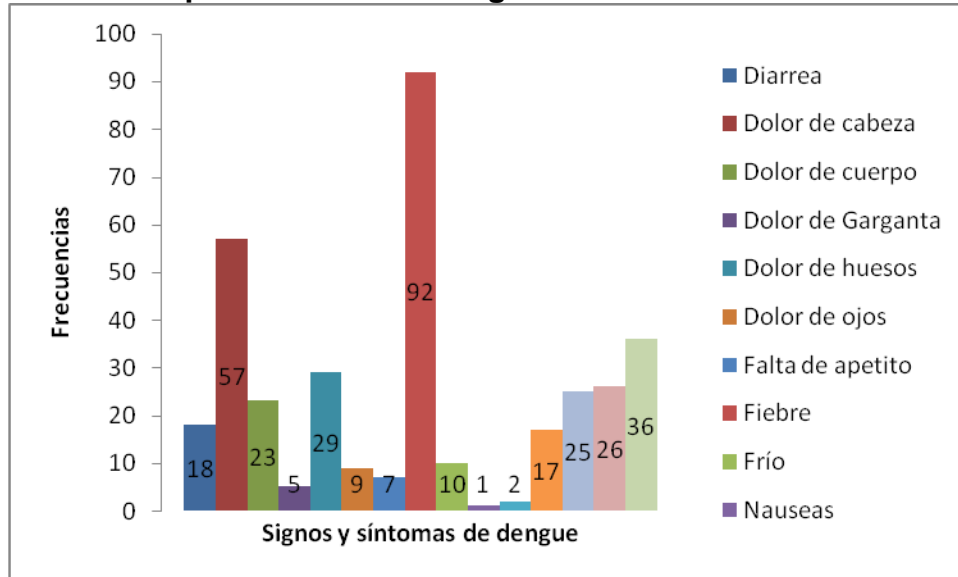


TABLA Nº 2. Signos de gravedad del dengue descritos por los responsables de familia entrevistados en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

SIGNOS DE GRAVEDAD DEL DENGUE	FRECUENCIA	%
Dolor de estómago intenso y sostenido	5	5.2
Acumulación de líquidos	2	2.1
Vómitos persistentes	17	17.7
Sangramientos	65	67.7
Somnolencia o irritabilidad	2	2.1
Otros	16	16.7
Frialdad	10	10.4
No sabe	23	24.0

GRAFICA Nº 3. Medidas a tomar en caso de dengue manifestadas por los responsables de familia, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

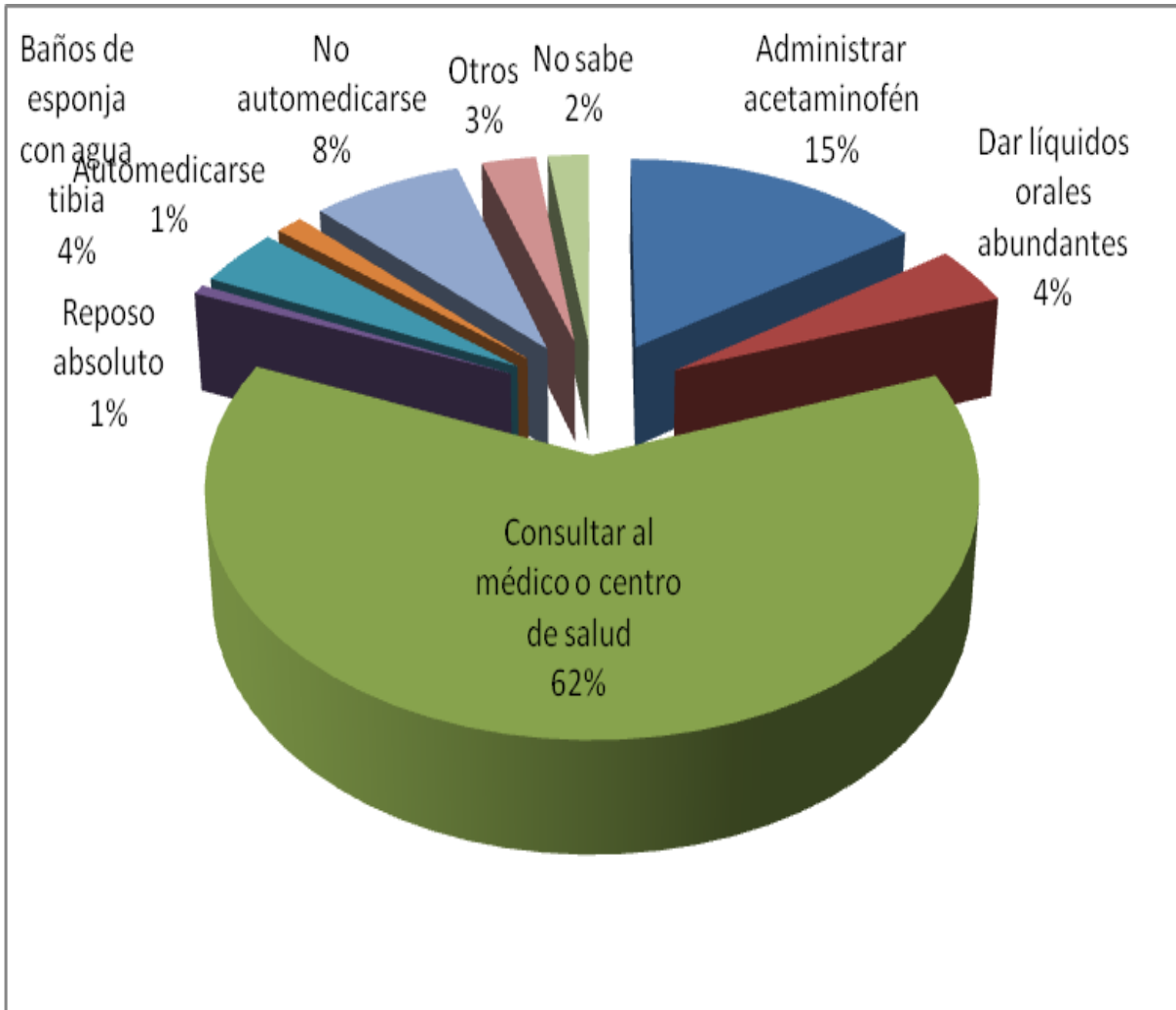


TABLA N° 3. Conocimiento sobre el mecanismo de transmisión del dengue manifestado por los responsables de familia, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

¿CÓMO TRANSMITE EL ZANCUDO EL DENGUE?	Frecuencia	Porcentaje
Picando a un enfermo y después picando a uno sano	25	26.0
Por la picada de un zancudo	64	66.7
Por la picada y de tomar agua contaminada, por la picadura de una persona enferma	2	2.1
No sabe	5	5.2
TOTAL	96	100.0

TABLA N° 4. Conocimiento sobre el tiempo que viven los huevos del zancudo transmisor del dengue en lo seco, manifestado por las personas entrevistadas en las comunidades de la zona 15, Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, diciembre 2012.

TIEMPO QUE VIVEN LOS HUEVOS EN LO SECO	Frecuencia	Porcentaje
Correcto (un año y más)	7	7.3
Incorrecto (Menos de un año)	25	26.0
No sabe	64	66.7
TOTAL	96	100.0

GRÁFICO Nº 4. Conocimiento sobre el tipo de agua en el que se reproduce el zancudo *Aedes aegypti*, manifestado por las personas entrevistadas en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

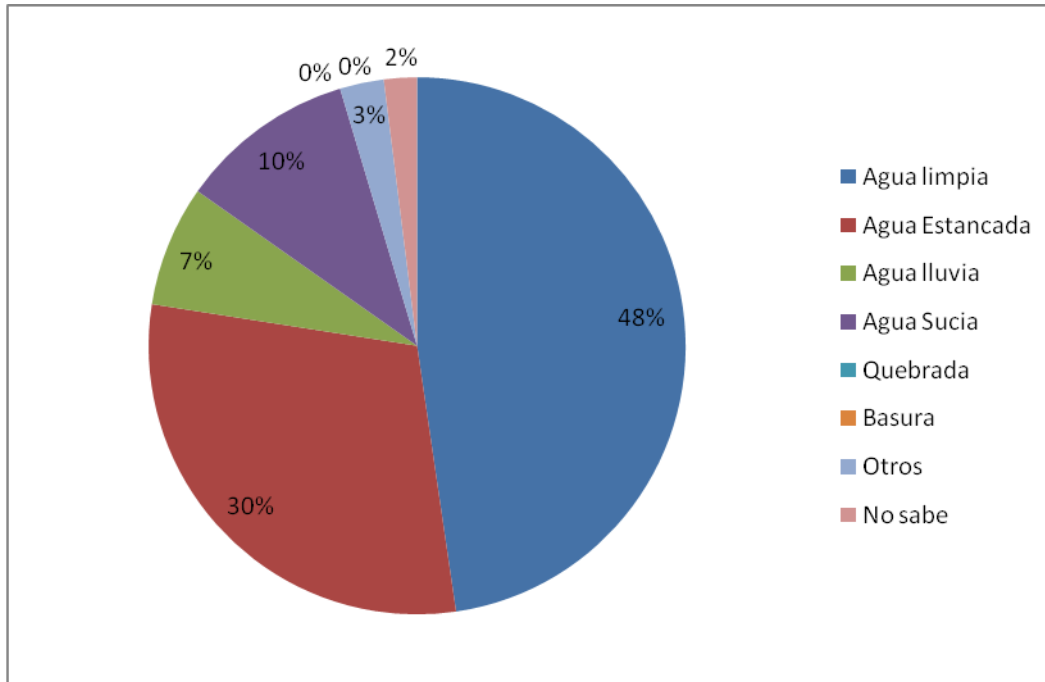


TABLA Nº 5. Conocimiento sobre las medidas de prevención del dengue, manifestadas por los responsables de familia en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

<i>MEDIDAS PARA PREVENIR EL DENGUE</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Lavar los recipientes que contienen agua una vez por semana	86	89.6
Tapar los recipientes que almacenan agua	24	25.0
Cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas	6	6.3
Lavar las raíces de plantas acuáticas	1	1.0%

Volcar el agua de los recipientes con larvas de zancudo sobre superficies secas y calientes	1	1.0
Colocando bajo techo recipientes que pueden guardar agua	2	2.1
Colocando bajo techo llantas	4	4.2
Colocando peces en los recipientes que contienen agua	1	1.0
Colocando tortugas acuáticas en los recipientes con agua	0	0.0
Aplicación de la untadita cada semana	56	58.3
Aplicación de abate	35	36.5
Fumigaciones	15	15.6
Chapoda de la maleza dentro y alrededor de la vivienda	0	0.0
Adecuada disposición de la basura	1	1.0
Eliminando objetos inservibles al interior y exterior de la vivienda	24	25.0
Limpiando los canales	4	4.2
Aplicar agua hirviendo en tragantes y canaletas	0	0.0
Cubrir camas con mosquiteros	5	5.2
Uso de ropa que cubra la mayor parte de la piel	0	0.0
Uso de repelentes	3	3.1
Colocación de malla ciclón en puertas y ventanas	1	1.0
Otras	17	17.7
No sabe	0	0.0

TABLA Nº 6. Actitud de los responsables de familia frente a la enfermedad del dengue, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

CATEGORÍAS A PREGUNTA ¿Por qué cree que el dengue puede costarle la vida?	Frecuencia	Porcentaje
Asociación con la muerte	18	18.8
Asociación con Dengue hemorrágico	26	27.0
Asociación con gravedad o complicaciones	17	17.7
Asociación con no tratar a tiempo la enfermedad	18	18.8
Asociaciones alejadas no acordes a la pregunta	14	14.6
No respondió	3	3.1
TOTAL	96	100.0

TABLA Nº7. Actitud de los responsables de familia frente a la enfermedad del dengue y la posibilidad que su familia se vea afectada, en las comunidades de la zona 15, Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

CATEGORÍAS ¿Porqué le preocupa que la enfermedad del dengue afecte a su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Valoración de la salud, vida y la posibilidad de muerte	30	31.2
Afectación a la familia y niños/as	25	26.0
Otras	19	19.8
Asociación económica y costos de medicamentos	13	13.6
Por experiencia previa	7	7.3
No respondió	2	2.1
TOTAL	96	100.0

TABLA N° 8. Actitud de los responsables de familia frente al vector transmisor del dengue, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

¿QUÉ PIENSA DE LA PRESENCIA DE ZANCUDOS EN SU VIVIENDA?	Frecuencia	Porcentaje
No se siguen recomendaciones, agua estancada	22	22.9
Preocupación, aflicción	20	20.8
Atacarlos, uso de venenos	18	18.8
Molestia, incomodidad, desesperación	10	10.4
Otras No agrupables	6	6.2
Riesgo, peligro	5	5.2
Temor	5	5.2
Amenaza, inseguridad	4	4.2
Que lo van a picar	4	4.2
Está acostumbrado (indiferencia)	2	2.1
TOTAL	96	100.0

TABLA N° 9. Responsables en la prevención del dengue según opinión de los responsables de familia, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

¿SEGÚN SU OPINIÓN, QUIEN TIENE LA RESPONSABILIDAD EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAS PERSONAS QUE HABITAN LAS CASAS	89	92.7
UNIDADES DE SALUD	29	30.2
SEGURO SOCIAL	4	4.2
LA COMUNIDAD	3	3.1

ALCALDÍA DE SOYAPANGO	2	2.1
OTROS	2	2.1
DIRECTIVA COMUNAL	1	1.0
NO RESPONDE	1	1.0
COMITÉ DE SALUD	0	0.0

TABLA N° 10. Beneficios percibidos por los responsables de familia con la prevención del dengue, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

¿QUÉ BENEFICIOS TIENE PARA USTED APLICAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL DENGUE?	Frecuencia	Porcentaje
Disminución del riesgo de enfermar, Dengue	45	46.9
Salud	24	25.0
Bienestar para la familia y todos	7	7.3
Eliminar al zancudo	6	6.2
No generar gastos	5	5.2
No respondió	4	4.2
Otros	3	3.1
Erradicar el dengue	2	2.1
TOTAL	96	100.0

GRÁFICO N° 5. Práctica de los responsables de familia cuando alguien de su grupo familiar presenta fiebre, en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

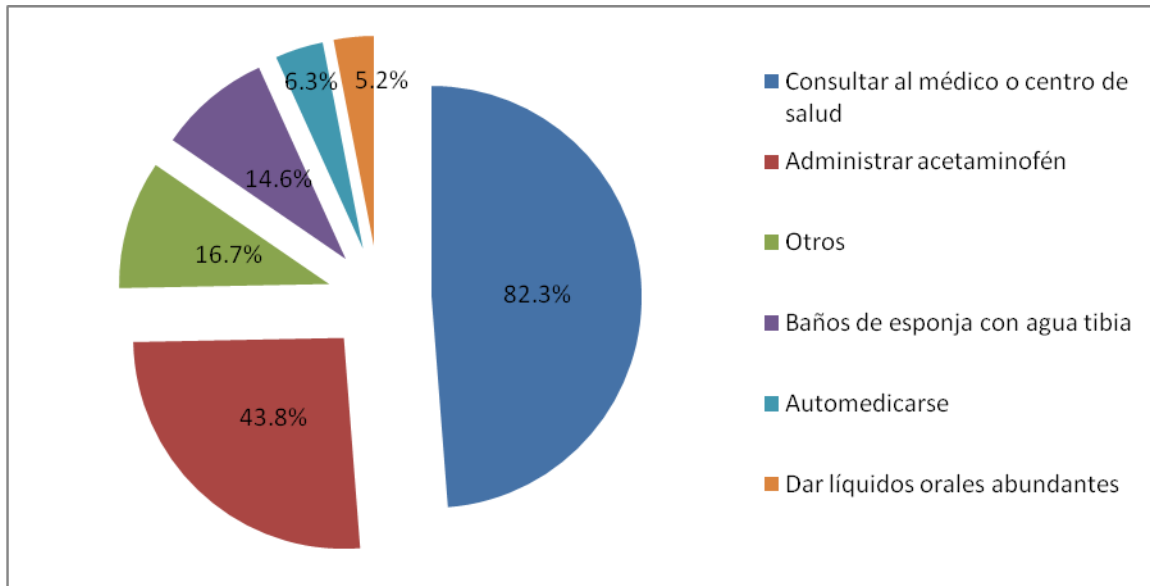


TABLA N° 11. Acciones que practica los responsables de familia entrevistados para prevenir dengue, en las comunidades de la zona 15, Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

ACCIONES QUE PRACTICA LA POBLACIÓN PARA PREVENIR DENGUE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lavar los recipientes que contienen agua una vez por semana	86	89.6
Tapar los recipientes que almacenan agua	37	38.5
Cambiar con frecuencia el agua de recipientes que contengan plantas acuáticas	2	2.1
Lavar las raíces de plantas acuáticas	0	0
Volcar el agua de los recipientes con larvas de zancudo sobre superficies secas y calientes	0	0

Colocando bajo techo recipientes que pueden guardar agua	0	0
Colocando bajo techo llantas	0	0
Colocando peces en los recipientes que contienen agua	2	2.1
Colocando tortugas acuáticas en los recipientes con agua	0	0
Aplicación de la untadita cada semana	53	55.2
Aplicación de abate	35	36.5
Fumigaciones	17	17.7
Chapoda de la maleza dentro y alrededor de la vivienda	2	2.1
Adecuada disposición de la basura	2	2.1
Eliminando objetos inservibles al interior y exterior de la vivienda	23	24.0
Limpiando los canales	2	2.1
Aplicar agua hirviendo en tragantes y canaletas	0	0
Cubrir camas con mosquiteros	6	6.3
Uso de ropa que cubra la mayor parte de la piel	0	0
Uso de repelentes	8	8.3
Colocación de malla ciclón en puertas y ventanas	1	1.0
Limpieza de la vivienda	9	9.4
Otras	9	9.4
No sabe	0	0

TABLA N° 12. Estado de los recipientes inspeccionados en las viviendas de la zona 15 respecto a la práctica mencionada para prevenir el dengue, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

PRÁCTICAS	PRACTICA MENCIONADA PARA PREVENIR EL DENGUE	PRACTICA REALIZADA PARA PREVENIR EL DENGUE
DEPÓSITOS TAPADOS	37	22 (59.4%)
FLOREROS CON AGUA LIMPIA	2	0 (0.0%)
RECIPIENTES QUE PUEDEN ALMACENAR AGUA BAJO TECHO	0	0 (0.0%)
LLANTAS BAJO TECHO	0	0 (0.0%)
PECES EN RECIPIENTES CON AGUA	2	1 (50.0%)
TORTUGAS EN RECIPIENTES CON AGUA	0	0 (0.0%)
ABATE EN RECIPIENTES CON AGUA	35	22 (62.9%)
CASA Y PATIO LIMPIO	9	3 (33.3%)
MALEZA CHAPODADA	2	0 (0.0%)
BASURA TAPADA	2	1 (50.0%)
NO INSERVIBLES EN EL PATIO	23	6 (26.0%)
CANALES LIMPIOS	2	0 (0.0%)
MOSQUITEROS EN LAS HABITACIONES	6	5 (83.3%)
MUESTRA LOS REPELENTES	8	4 (50.0%)
MALLA CICLÓN EN PUERTAS Y VENTANAS	1	1 (100.0%)
OTRAS	9	2 (22.2%)

GRÁFICO N° 6. Lugares en los que se encontraron criaderos de zancudos en las viviendas inspeccionadas de las comunidades de la zona 15 respecto a la práctica mencionada, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue diciembre 2012.

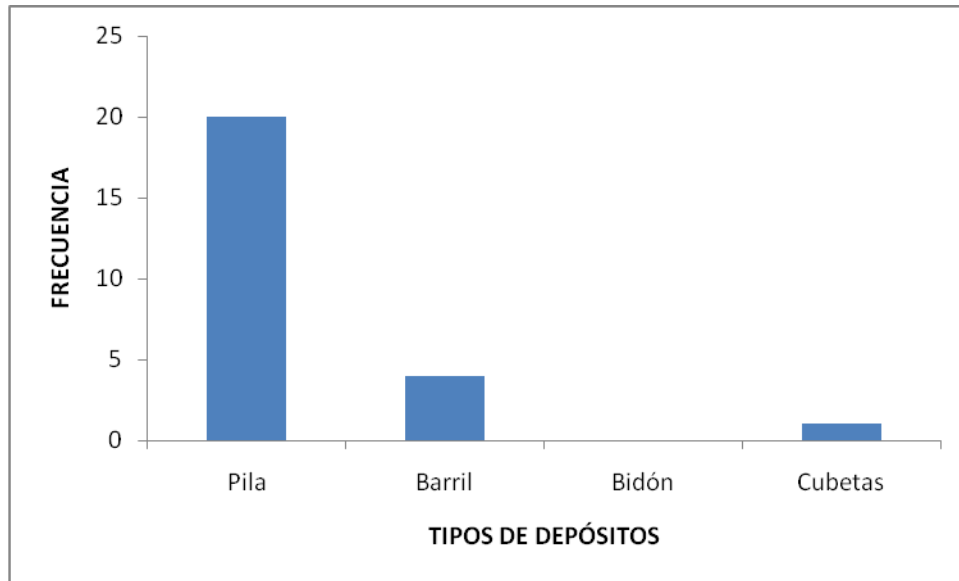


GRÁFICO N° 7. Grupos familiares que han vivido la experiencia del dengue y que hicieron ante la enfermedad en las comunidades de la zona 15, Municipio de Soyapango, San Salvador, referente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, diciembre 2012.

