

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL CONTROL Y
PREVENCIÓN DEL DENGUE DE LOS HABITANTES DEL BARRIO EL JARDIN
– NEIVA. SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2007**

**ANA CRISTINA CUELLAR
MYRBE LORENA LLANOS TRUJILLO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2007**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL CONTROL Y
PREVENCIÓN DEL DENGUE DE LOS HABITANTES DEL BARRIO EL JARDIN
– NEIVA. SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2007**

**ANA CRISTINA CUELLAR
MYRBE LORENA LLANOS TRUJILLO**

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermeras

Asesor
DANNY QUINTERO DE PERDOMO
Mag. en Educación y Desarrollo Comunitario.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre 28 de 2007

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a:

A DIOS por habernos permitido llevar a cabo tan valioso trabajo fruto de nuestro esfuerzo y dedicación.

A la Dra. Danny Quintero de Perdomo asesora de investigación, por su valioso tiempo dedicado, enriquecedores aportes, apoyo y ayuda incondicional.

Al personal que labora en la Secretaria de Salud del Huila en especial al Señor Jaime Alejandro Sánchez C.

Al profesor Emilio Polo por su colaboración y valiosos aportes.

La autora Ana Cristina Cuellar agradece a:

A Mercedes Cuellar Losada madre y amiga por su colaboración, motivación y apoyo incondicional.

Alfonso Ávila por su ayuda desinteresada, motivación y comprensión.

La autora Myrbe Lorena Llanos Trujillo agradece de corazón:

A mis padres Nelson Llanos y Myriam Beatriz Trujillo de Llanos por su gran ayuda, orientación, apoyado en todos los momentos cruciales de mi vida y motivación en las metas que me he propuesto. LOS AMO.

A mi hermano Nilson Alberto Llanos T. por su incansable motivación y colaboración.

A mis padrinos y amigos Armando Castro Z. y Martha Liliana Hermosa T. por su magnífica colaboración incondicional en la culminación de mi tesis.

Para todos ellos mis palabras de agradecimiento.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mi madre, familia y amigos que de una u otra forma hicieron posible que se llevara a cabo y su culminación fuera exitosa.

ANA CRISTINA CUELLAR

Mi tesis la dedico con todo el amor y cariño.

A ti DIOS que me diste la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño especialmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Mil gracias papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

A mi hermano Albertico por estar conmigo apoyándome siempre, recuerda que eres muy importante para mí. Te quiero mucho.

MYRBE LORENA LLANOS TRUJILLO

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	22
1. JUSTIFICACIÓN	23
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
2.1 DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	24
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GENERAL	28
3.2 OBJETIVOS EPECIFICOS	28
4. MARCO TEORICO	29
4.1 PATRONES DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL DENGUE	29
4.1.1 Dengue epidémico	29
4.1.2 Dengue hiperendémico	29
4.2 FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DENGUE	29
4.3 EL VIRUS	30

	Pág.
4.4 VECTOR	31
4.5 EPIDEMIOLOGÍA.	31
4.5.1 Huevo	31
4.5.2 Larva	32
4.5.3 Pupa	32
4.5.4 Adulto	32
4.6 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FISIOPATOLOGÍA	34
4.7 CUADRO CLÍNICO	34
4.7.1 Fiebre inespecífica	34
4.7.2 Dengue clásico o Fiebre Dengue (FD)	34
4.7.3 Fiebre Dengue hemorrágico (FDH) o Dengue hemorrágico	35
4.7.3.1 Grados de dengue hemorrágico	36
4.7.4 Síndrome shock dengue (SSD)	36
4.7.5 Manifestaciones infrecuentes	36
4.8 DIAGNÓSTICO	36

	Pág.
4.8.1 Tratamiento	37
4.8.2 Profilaxis	37
4.9 FACTORES DE RIESGO PARA DENGUE	37
4.10 FACTORES PROTECTORES	38
4.10.1 Prácticas	38
4.10.2 Actitudes	38
4.10.2.1 Actitud emotiva	39
4.10.2.2 Actitud desinteresada	39
4.10.2.3 Actitud manipuladora	39
4.10.2.4 Actitud interesada	39
4.10.2.5 Actitud integradora	39
4.11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
4.11.1 Variables sociodemográficas	40
4.11.2 Variable de fuentes de información	41
4.11.3 Variables de conocimiento	43

	Pág.
4.11.4 Variables de actitudes	48
4.11.5 Variables de prácticas	51
5. DISEÑO METODOLÓGICO	57
5.1 TIPO DE ESTUDIO	57
5.2 POBLACIÓN Y NUESTRA	57
5.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO	59
5.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	59
5.5 PLAN PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	59
6. RESULTADOS	61
7. CONCLUSIONES	79
8. DISCUSIÓN	81
9. RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	87

LISTA DE TABLAS

	Pàg.
Tabla 1. Casos de dengue + dengue hemorrágico reportados en Suramérica Septiembre, 2007.	25
Tabla 2. Distribución porcentual por género de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	61
Tabla 3. Distribución porcentual de acuerdo a la edad de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007	61
Tabla 4. Distribución porcentual de acuerdo a la escolaridad de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007	62
Tabla 5. Distribución porcentual de acuerdo al sistema de seguridad social en salud de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	62
Tabla 6. Distribución porcentual de acuerdo al lugar de procedencia de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	63
Tabla 7. Distribución porcentual de acuerdo al estrato socioeconómico de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	64
Tabla 8. Distribución de la población del barrio El Jardín de acuerdo a la actividad laboral. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	64
Tabla 9. Distribución porcentual de la población del barrio El Jardín de acuerdo al número de personas por casa. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	65
Tabla 10. Distribución porcentual de la población de acuerdo a si han recibido información sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	66

	Pág.
Tabla 11. Distribución de la población de acuerdo al medio de comunicación por medio del cual han recibido información sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	66
Tabla 12. Distribución porcentual de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la radio. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	67
Tabla 13. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de televisión nacional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	68
Tabla 14. Distribución de la población por calificación dada a la televisión local de acuerdo a la información recibida sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	68
Tabla 15. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la prensa nacional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	69
Tabla 16. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la prensa regional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	70
Tabla 17. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de los volantes. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	70
Tabla 18. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través del centro de salud u hospital. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	71
Tabla 19. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través del colegio o escuela. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	72

	Pág.
Tabla 20. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue de manera verbal. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	72
Tabla 21. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de otro medio de comunicación. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.	73
Tabla 22. Distribución porcentual de la población de acuerdo al nivel de conocimientos sobre el dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	74
Tabla 23. Distribución porcentual de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la prevención del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	74
Tabla 24. Distribución porcentual de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la prevención del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	75
Tabla 25. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a las acciones que se deben ejecutar en la casa cuando hay un enfermo por dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	76
Tabla 26. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la forma como se contamina el mosquito Aedes Aegypti del virus del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	76
Tabla 27. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto al tipo de población que es afectada por el dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.	77

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Variables sociodemográficas	40
Cuadro 2. Variable de fuentes de información	41
Cuadro 3. Variables de conocimiento	43
Cuadro 4. Variables de actitudes	48
Cuadro 5. Variables de prácticas	52

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: ENCUESTA	Pág. 87
Anexo B: CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
Anexo C: MAPA DEL BARRIO EL JARDÍN	96

GLOSARIO

Actitud: Manifiesta disposición del ánimo.

Arbovirus: nombre mnemónico que se le ha dado a un conjunto de virus transmitidos todos por artrópodos, del inglés **arthropod-borne viruses** (virus llevados por artrópodos). Algunos Arbovirus son capaces de causar enfermedades emergentes. Los artrópodos pueden transmitir el virus al picar al hospedador, permitiéndole acceso al virus a la sangre, lo que puede causar una viremia.

Artrópodo: (latín **Arthropoda**, procedente del griego αρθρον, *arthron*, "articulación"; y πούς, *pous*, "pie") constituyen el filo más numeroso y diverso del reino animal (Animalia). Incluye, entre otros, a los insectos, arácnidos, crustáceos, y los miriápodos.

Hay más de un millón de especies descritas, insectos en su mayoría, que representan el 80% al menos de todas las especies animales conocidas. Varios grupos de artrópodos están perfectamente adaptados a la vida en el aire, igual que los vertebrados amniotas y a diferencia de todos los demás filos de animales, que o son acuáticos o requieren ambientes húmedos. Su anatomía, su fisiología y su comportamiento revelan un diseño simple pero admirablemente eficaz.

Eclosionar: Abrirse un capullo de flor, una crisálida o un huevo.

Endémico: Propio y exclusivo de determinadas localidades o regiones.

Flaviviridae: son una familia de virus que se hospedan primariamente en vectores artrópodos (especialmente garrapatas y mosquitos). Incluyen a los siguientes géneros:

Género *Flavivirus* (sp. tipo *virus fiebre amarilla*, otros incluyen a *Virus del Nilo Occidental* y *Dengue*), tiene 67 virus identificados en humanos y animales

Género. *Hepacivirus* (sp. tipo *virus hepatitis C*, único miembro)

Género. *Pestivirus* (sp. tipo *diarrea viral bovina*, otras incluyen a fiebre porcina clásica o cólera del puerco) tiene virus infectantes de mamíferos no humanos.

Flaviviridae tiene un genoma no segmentado, lineal, con ARN simple de polaridad positiva, de 9,6 a 12,3 kilobases de longitud.¹ Los 5'-terminales de los flavivirus llevan una cubierta compuesta de un nucleótido metilado, mientras otros miembros de esta familia son descubiertas, y codifican un sitio de entrada ribosómico. Las

laviviridae carecen de un extremo 3' poliadenilado.² Las partículas virales están envueltas y son esféricas, de 40 a 60 nm de diámetro.

Genoma: conjunto de información genética (ADN) de un organismo.

Hematófago: animal que se alimenta de sangre.

Hiperendémico: tasa de infecciones asintomáticas muy altas.

Huésped: deriva del latín *hospes* (genitivo *hospitis*), y significa alternativamente *el que alberga* y *el que es albergado*. La misma dualidad contradictoria de usos se observa en castellano, donde el significado en el lenguaje cotidiano es el de persona alojada o invitada en casa ajena, en un hotel o en una pensión. En este caso a la persona que hospeda se le llama hospedador o anfitrión. En consecuencia, *huésped* puede significar:

Huésped: en biología, y sobre todo en parasitología e infectología, se utiliza a veces con el significado contrario al habitual, es decir, como la persona, animal, planta o célula que aloja a otro ser vivo, casi siempre un parásito. Es decir, se denomina huésped al hospedador u hospedante, siendo estos términos alternativos empleados con frecuencia en textos dirigidos al público no especialista.

Incidencia: es la frecuencia con la que aparecen casos nuevos de una enfermedad en una población determinada, en un periodo determinado. Generalmente expresada en número por cada 100.000 habitantes.

Lípidos: son una serie de compuestos que cumplen funciones en los organismos vivientes, entre ellas la de reserva energética. Son un conjunto de moléculas orgánicas, la mayoría biomoléculas, compuestas principalmente por carbono e hidrógeno y en menor medida oxígeno, aunque también pueden contener fósforo, azufre y nitrógeno, que tienen como característica principal el ser hidrofóbicas o insolubles en agua y sí en disolventes orgánicos como la bencina, el alcohol, el benceno y el cloroformo. En el uso coloquial, a los lípidos se les llama incorrectamente **grasas**, aunque las grasas son sólo un tipo de lípidos procedentes de animales.

Pluviosidad: Precipitación (meteorología). En meteorología, la **precipitación** es cualquier forma de hidrometeoro que cae del cielo y llega a la superficie terrestre. Esto incluye lluvia, llovizna, nieve, cinarra, granizo, pero no la virga, neblina ni rocío.

Serotipo: es una población antigénicamente distinta de un especie de microorganismo infeccioso que se diferencia de otras subpoblaciones por medio

de pruebas serológicas. Así las respuestas inmunitarias del organismo frente a un microorganismo (p.e. la gripe) pueden no proteger frente a otro serotipo.

RESUMEN

EL DENGUE Y FIEBRE DENGUE HEMORRAGICO, UNA DE LAS ENFERMEDADES MAS PREVALENTES ALREDEDOR DEL MUNDO.

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen los habitantes del barrio El Jardín, de la ciudad de Neiva, respecto al control y prevención de la Fiebre Dengue, para plantear, de acuerdo a su idiosincrasia, recomendaciones que contribuyan al mejoramiento de las estrategias existentes para la prevención y control de esta enfermedad, como apoyo indispensable para llevar a cabo una nueva cultura social frente a la problemática del evento.

El estudio fue realizado por dos estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana. Es un estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron 70 viviendas aleatoriamente, lo cual corresponde al número de encuestas aplicadas; la recolección de información se realizó en 3 semanas.

Empleando un formulario de entrevista previamente validado, se halló el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados, actitudes favorables y prácticas saludables respecto al control y prevención del dengue.

81% del total de los encuestados pertenece al género femenino. 28.7% de los participantes se encuentran en el rango de edad entre 15 y 25 años. 22.8% están en el rango de 26 – 36 años. El 35,7% de la población encuestada manifestó haber culminado la media vocacional, siendo este nivel académico el más frecuente entre los miembros participantes en el estudio. Concerniente a conocimientos alrededor del 60% de los encuestados tiene un conocimiento teórico deficiente acerca del dengue, pues la mayoría respondió de manera acertada, tan solo entre 6 y 10 preguntas de las 16 que contenía el cuestionario de evaluación aplicado. Ningún individuo respondió totalmente, de manera correcta, este cuestionario. El 99% de la población tiene una actitud muy positiva frente al control y prevención del dengue y el 76% realizan prácticas más favorables frente a este problema. De las 70 encuestadas, 42 consideran que el abate es una forma eficaz de controlar la reproducción del mosquito. El lavado de albercas, es la actividad de prevención más realizada en esta comunidad. Entre los procedimientos menos frecuentes están: verter ACPM a sifones o alcantarillas (47 personas), usar toldillo (15 personas) y echar, semanalmente, agua caliente a sifones (43 personas), aunque estas actividades no se realizan todos los días.

Los presentes resultados indican que la intervención comunitaria sobre control y prevención del dengue impactó de manera favorable en las actitudes y prácticas de los pobladores encuestados. Aunque ellos no tenían buenos conocimientos teóricos sobre el dengue, lo cual indica que esto último no es indispensable para que entre los miembros de la comunidad se genere una conducta protectora contra esta enfermedad. Para la obtención de resultados más contundentes, recomendamos la realización de estudios en los cuales se evalúen estos parámetros a una población con más individuos y se observen sus actitudes y prácticas durante un tiempo mayor, al empleado en este estudio.

Palabras clave: DENGUE, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN SALUD COMUNITARIA.

Summary

DENGUE AND DENGUE HAEMORRAGIC FEVER REGRISENT ONE OF THE MOST PREVALENT DESEASES AROUND THE WORLD.

The aim of this study was to asses knowledge, practices and attitudes between residents who live in the Jardin neighborhood at Neiva city (Colombia), with respect to the control and prevention of dengue fever in order to propose, accordingly their idiosyncrasy, recommendations that contribute to the improvement of existing strategies for prevention and control of this disease, like a vital support to carry out a new social culture facing this problem.

The research was done by two nursing students of the Health's Faculty at the Surcolombiana University. It's a transversal and descriptive study. People living in seventy houses, randomly selected, participated. In each home a survey was made. The information was collected during three weeks of evaluation.

Using a previously validated written questionnaire it was found the rate of individuals with appropriate knowledge, attitudes and healthy practices concerning the control and dengue's prevention.

81% of total respondents were women. 28.7% of participants ranked between 15 and 25 years old. 22.8% were in the rank of 26 – 36 years. 35.7% said having a completed bachelor academic degree, being this one, the most frequently educative level found between the respondents. Concerning to knowledge was found that 60% of respondents had a bad theoretical knowledge about dengue disease. The majority only had a total of 6 -10 right answered questions from 16 asked to them in a written applied questionnaire. 99% of respondents had a very positive attitude in dengue prevention and its control and 76% made more favorable procedures in face of control and dengue's prevention. Of 70 surveyed people, 42 considered the "abate" as an effective way to control mosquito breeding. The water tanks cleaning at home was the most currently prevention activity made by the community. Between the less performed procedures are: to throw ACPM to siphons or sewers (47 people), to use toldillo (a special bed's cover net, 15 people) and weekly to pour hot water to siphons (43 people), although these activities weren't made every day.

These results indicated that community interventions and public participation had a positive impact on the surveyed people's attitudes and practices in dengue's control and prevention, although they didn't have a good theoretical knowledge of this disease. This indicates that knowledge alone isn't essential in order to

generate protective healthy behavior against dengue. In order to better evaluate the effect of prevention measures in the eyes of the public, we recommend to design and conduct additional studies with a biggest population and a longer follow up.

Keywords: Dengue, knowledge, practices and attitudes in health community.

INTRODUCCIÓN

El aumento progresivo de la infección por dengue, junto con las muertes prevenibles que han ocurrido en los últimos años ha llevado a considerar de suma importancia el conocimiento del comportamiento de la enfermedad, así como de las prácticas, conocimiento y actitudes que tiene la población frente al dengue. Siendo estos tres ejes fundamentales en la prevención y control de esta enfermedad.

Este estudio, descriptivo y transversal, se realizará con el propósito de identificar los conocimientos, prácticas y actitudes que posee la población del barrio el Jardín de la ciudad de Neiva frente a la prevención y control del dengue, con el fin de determinar cuáles son las necesidades de la comunidad y crear una estrategia de acuerdo a sus requerimientos, que involucre a todos sus habitantes, dado que, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias, en el período comprendido entre enero –Octubre de 2007 se han presentado 974 casos de Fiebre Dengue (FD), 692 de Fiebre Dengue Hemorrágico (FDH) y 2 muertes como consecuencia de esta enfermedad afectando a un (1) adulto y una (1) niña de 4 años edad en el Municipio de Neiva, procedente del barrio el Jardín, lo que refleja que no se está logrando el impacto esperado por los diferentes programas de movilización social adelantados por la Secretaria de Salud Municipal.

El período de estudio comprenderá septiembre – octubre de 2007, y la selección de los individuos se hará con base al número de casas del barrio el Jardín.

1. JUSTIFICACIÓN

En el departamento del Huila no existen políticas basadas en las necesidades de la comunidad donde se pretende implementar, por el contrario las estrategias que se diseñan son estándar y se aplican a la población en general. La presente investigación arrojará resultados en los que se indiquen las verdaderas necesidades de la comunidad y con base a ellos desarrollar una estrategia donde se involucre a la comunidad en el manejo y control del dengue, esto dado a que a pesar de la gran inversión que ha realizado la secretaria de salud no se ha logrado generar el impacto esperado y se continúan presentando muertes a causa de este evento que pueden ser evitadas.

Para llevar a cabo la investigación, se cuenta con el tiempo, disposición e interés de las investigadoras en el tema a investigar. El proyecto es viable dado que no se pretende imponer sino crear de acuerdo a las necesidades de las personas, ya que se debe comprender que a pesar de que el tema del dengue se ha difundido a toda la comunidad lo más probable es que no se ha hecho de la manera adecuada o mejor de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la comunidad donde se va aplicar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

En Colombia por ser un país tropical sus habitantes se ven afectados por un sin número de padecimientos. “Entre ellos se encuentra el Dengue Hemorrágico que es reconocido como una enfermedad febril aguda de origen viral, transmitida por un artrópodo, con un espectro variable de manifestaciones que ha obligado separarlo en dos grupos”¹:

1. Fiebre dengue hemorrágico (FDH).
2. Síndrome de shock dengue hemorrágico (SSDH)

El *Aedes aegypti* es el principal vector del virus del dengue, probablemente de origen africano, descubierto por Graffan en 1903; cumple su ciclo en bosques y se ha adaptado al medio ambiente peridoméstico, reproduciéndose en aguas estancadas. Este mosquito evolucionó hasta asociarse íntimamente con los humanos, por lo que se convirtió en un eficiente vector para el dengue. Cuando el virus del dengue se introdujo a las ciudades costeras infectadas de mosquitos *aedes* sobrevinieron las epidemias².

El primer virus del dengue fue aislado en 1940, durante la segunda guerra mundial, en donde la muerte por FDH en los soldados aliados y los japoneses fue la mayor causa.

Debido a la reincursión de América central y sur América por el *aedes aegypti* combinado con el aumento en el movimiento de personas junto con el virus, se produjo en la mayoría de países no endémicos la evolución a hipo endémicos (presencia de un serotipo) o hiperendémicos (múltiples serotipos circulantes), con un aumento en la actividad epidémica y un incremento en la frecuencia del Dengue, convirtiendo la enfermedad por el virus dengue en un grave problema de la salud pública.

¹ SALGADO DE PANQUEBA Doris. Dengue Hemorrágico una Puesta al Día. Neiva 2003. P 7

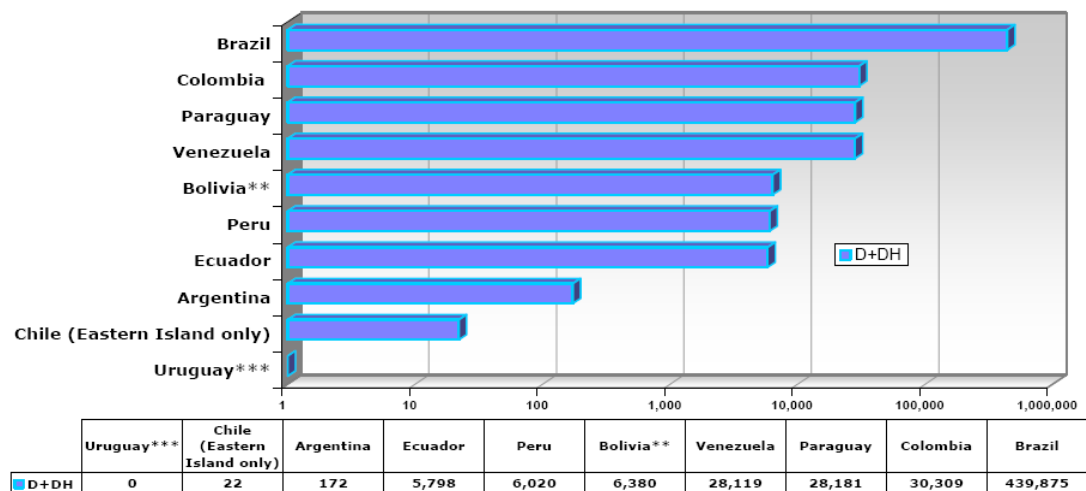
²Ibíd, p. 7

Para marzo de 2006 la Organización Panamericana de Salud (OPS) reveló que los datos recopilados apuntaban a que “Colombia y Venezuela reportan el 76% de los casos para la Región Andina.

En febrero de 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un comunicado donde estimo que sería un “año complejo” para la epidemiología del dengue en la región de las Américas. Esto dado principalmente porque el dengue es una enfermedad que ah venido presentando una incidencia con tendencia ascendente que cada 3 – 5 años repite brotes epidémicos y el 2007 es uno de estos años epidémicos.

Hasta la semana epidemiológica 30 de 2007 (septiembre 23 – septiembre 29), “la subregión Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) notificó 76,626 casos de dengue, 5.821 de dengue hemorrágico y 25 muertes. Para el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), 468,250 fueron reportados en lo que va del año; el 94% de los casos se concentran en Brasil (439,875 casos). La región Andina reporta el 48% de todos los casos de dengue hemorrágico en las Américas sin embargo, mantiene una baja tasa de letalidad de 0.42%. En contraste, el Cono Sur tiene una alta tasa de letalidad (11.7%) ya reporta el 63% (115 muertes) de las muertes por dengue en la región”³, esto se refleja en la tabla 1.

Tabla 1. Casos de dengue + dengue hemorrágico reportados en Suramérica Septiembre, 2007.



Fuente: Dengue en las Americas septiembre, 2007: <http://www.cub.ops-oms.org/documentos/BOLETIN%20REGIONAL%20A%20SEPTIEMBRE%20DE%202007.pdf>. Pag. 4

³ Dengue en las Américas septiembre, 2007: <http://www.cub.ops-oms.org/documentos/BOLETIN%20REGIONAL%20A%20SEPTIEMBRE%20DE%202007.pdf>. P 4. [Consultado: 29 de octubre de 2007].

En la revista de salud pública volumen 9, publicada en enero de 2007, se indica que el Huila aparece junto a Santander y Valle del Cauca como una de las regiones de mayor endemividad para FD y FDH. Lo anterior refleja que el dengue, es una grave enfermedad de impacto epidemiológico, social y económico, que constituye un problema creciente para la salud pública mundial y en particular para América del Sur.

Durante la última década, esta enfermedad no ha presentado la disminución esperada a pesar de los esfuerzos realizados para su prevención y control, esto mediado en gran medida por el crecimiento acelerado no planificado de asentamientos urbanos, lo que genera hacinamiento de grupos humanos sin adecuados servicios sanitarios como son la recolección de desechos sólidos, suministro de agua potable y atención médica. Sin embargo éste no es el único ni principal obstáculo por el que las políticas diseñadas para la prevención y control del Dengue no han generado el impacto esperado en las comunidades, pues la participación comunitaria en la prevención y control del dengue se limita a demandas oficiales y nunca alcanzan el empoderamiento de las comunidades.

Los servicios locales de salud, ahora política y administrativamente responsables por los programas de prevención y control, no están suficientemente establecidos; las estrategias de cambio de comportamiento de individuos y comunidades son débiles o aún no están introducidos en los programas; el suministro de agua y manejo de residuos son muy limitados en áreas de alto riesgo; la sostenibilidad y continuidad de actividades de control están constantemente comprometidos por otras demandas de salud; la poca capacidad de coordinación intersectorial; y la investigación operacional sobre estrategias individuales o comunitarios ha sido insuficiente.

Con todo lo anterior, se observa que existe una oportunidad más para el Control del Dengue, problema social de salud pública que se puede solucionar mediante acciones intersectoriales y comunitarias apoyadas en programas de comunicación y educación (ecoclubes, casas saludables, medio ambiente), orientados a lograr cambios de comportamiento en personas e instituciones, y sobre todo compromiso en el marco de una política de promoción de la salud.

Se reconoce que introducir hábitos saludables de comportamientos para dengue no es tarea fácil. Depende de información, actitudes y motivación adecuada, programas educativos a largo plazo, que reconozca la interculturalidad y defina, cuidadosamente, la o las conductas específicas a promover, de modo que sea eficaz la intervención de prevención y control.

Para tal efecto se hace necesario identificar ¿Cuáles son conocimientos, prácticas y actitudes de la población del barrio El Jardín frente al control y prevención del dengue en el período septiembre – octubre de 2007?, y con base a esto poder dar

recomendaciones que contribuyan al mejoramiento de las estrategias existentes para la prevención y control del Dengue.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen los habitantes del barrio El Jardín de la ciudad de Neiva respecto al control y prevención de la Fiebre Dengue para plantear de acuerdo a su idiosincrasia recomendaciones que contribuyan al mejoramiento de las estrategias existentes para la prevención y control del Dengue, como apoyo indispensable para llevar a cabo una nueva cultura social frente a la problemática del evento.

3.2 OBJETIVOS EPECIFICOS

- Identificar el grado de conocimientos que poseen los habitantes del barrio El Jardín de la ciudad de Neiva con relación al vector transmisor del dengue, medidas preventivas y manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- Determinar las prácticas saludables de los habitantes del barrio El Jardín de la ciudad de Neiva.
- Establecer los factores de riesgo presentes en la comunidad de acuerdo a sus prácticas y actitudes frente a la enfermedad.

4. MARCO TEORICO

4.1 PATRONES DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL DENGUE

A nivel epidemiológico, existen dos patrones de transmisión: uno es el dengue epidémico y otro es el dengue hiperendémico.

4.1.1 Dengue epidémico: Aparece en una zona geográfica X, con una cantidad de población N; es un evento aislado, en que un serotipo se introduce en esta zona. Si hay mosquitos susceptibles y huéspedes susceptibles en cantidades adecuadas, la transmisión va a ser explosiva, y se habla hasta de casi 50% de incidencia. Esto se observa en algunas naciones isleñas, en algunas zonas de América del Sur, África y algunas partes de Asia, donde se ha reintroducido la enfermedad, como en el sur de China, y va ocurriendo cada tres a cinco años, aproximadamente. Como consecuencia de esto los viajeros podrían tener mayor riesgo de infectarse si van a esos lugares cuando el brote está en curso. Adultos y niños de la población local se ven afectados en igual proporción con la Fiebre dengue o dengue clásico (FD); pero el dengue hemorrágico o fiebre dengue hemorrágico (FDH), va a ser de baja frecuencia.

4.1.2 Dengue hiperendémico: En el patrón de transmisión hiperendémico, a su vez, circulan dos, tres, incluso los cuatro serotipos, en una zona determinada. Se necesita la presencia de vectores competentes y una gran población, ya sea permanente o flotante, que vaya cambiando, para que haya huéspedes susceptibles, y así el ciclo continúe. Por lo tanto, va a haber dengue durante todo el año. Está claro que las áreas urbanas se van a ver afectadas con mayor frecuencia. Las zonas donde hay hiperendemia contribuyen a la mayor cantidad de casos en el mundo. La incidencia varía cada año, pero se va a reactivar cada tres o cuatro años; la mayoría de las regiones del mundo presentan este patrón de hiperendemia: Sudeste Asiático, el Caribe, América Latina, sur de Asia, Pacífico Occidental y algunos países insulares. Esto indica que el riesgo de adquisición para los viajeros es mayor durante todo el año y la hiperendemia es un factor de riesgo para que se produzca el FDH y síndrome del shock del dengue (SSD).

4.2 FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DENGUE

- A mayor número de vectores, aumenta la transmisión.

- Pluviosidad, más temperatura, más humedad, todo estos factores físicos incrementan la probabilidad de que haya más mosquitos y, por ende, mayor transmisión del virus.
- Transporte masivo, ocasiona movimiento de los serotipos y reintroducción de un continente u otro. Lo mismo ocurre con los mosquitos.
- Hacinamiento, genera mayor número de susceptibles y por lo tanto mayor transmisión.
- Las variantes más virulentas también va a influir en la transmisión, porque se van a producir viremias más intensas y prolongadas.

4.3 EL VIRUS

Pertenece al grupo de los arbovirus (se llaman así porque son virus transmitidos por artrópodos hematófagos), a la familia flaviviridae (familia a la que también pertenecen los virus causantes de la fiebre amarilla, Fiebre del Nilo, entre otras), y al género Flavivirus de la especie del dengue.

La partícula viral del Dengue es de forma esférica y mide entre 30 y 50 nm. Posee un envoltura formada por proteínas (proteína E, principalmente y proteína M) que cubre completamente la superficie del virus.

Entre la envoltura y la nucleocápside se encuentra una bicapa lipídica, cuyos lípidos se derivan de la membrana celular del hospedero.

El genoma está compuesto por una sola molécula de ARN de cadena sencilla lineal, de sentido positivo y de alta variabilidad genómica.

Este virus no es estable en el ambiente, fácilmente inactivado por el calor, desecación y los desinfectantes que contengan detergentes o solventes lipídicos.

El virus de dengue ha sido agrupado en base a criterios clínicos, biológicos, inmunológicos y moleculares en cuatro serotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4; Cada serotipo crea inmunidad específica para toda la vida contra la reinfección del mismo serotipo (homólogo), así como una inmunidad cruzada de corto plazo contra los otros tres serotipos, la cual puede durar varios meses. Dado que la inmunidad frente al dengue es de corta duración, se ha sugerido que la reinfección (por cualquiera de los serotipos del virus), cuando la inmunidad no es todavía protectora (primeros 6 meses), acelera y agrava la segunda fase de la infección, con producción de lesión vascular por los complejos anticuerpo-virus.

Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros severos que pueden conducir hasta la muerte. Algunas variantes

genéticas dentro de cada serotipo parecen ser más virulentas o tener mayor potencial epidémico que otras.

“El mismo virus del dengue clásico produce el DH-SSD. En la mayoría de los casos de DH-SSD se aísla el serotipo 2, aunque los otros serotipos también pueden ser los responsables”.⁴

4.4 VECTOR

“En América el único transmisor de la enfermedad es el *Aedes Aegypti* y el único reservorio vertebrado es el hombre”⁵. Es un mosquito periodoméstico, “que habita en zonas urbanas por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar. La ovoposición y estados larvarios se desarrollan en depósitos de agua formados en objetos abandonados”⁶.

La hembra de *Aedes Aegypti* se infecta al ingerir sangre de un individuo infectado. El virus se replica, de 2 a 15 días después ha alcanzado glándulas salivales del mosquito y en este momento es infectante por el resto de su vida.

4.5 EPIDEMIOLOGÍA.

“El hombre junto con el mosquito, sirve de reservorio del virus del dengue, excepto en el ciclo silvestre del Sudeste asiático y África occidental, donde el ciclo de transmisión es mono-mosquito-mono”⁷.

El virus es transmitido al hombre por la picadura de las hembras de mosquitos *Aedes aegypti*. El ciclo de vida de este mosquito tiene dos etapas bien diferenciadas: una fase acuática con tres formas evolutivas diferentes (huevo, larva y pupa) y otra fase aérea o de adulto.

4.5.1 Huevo: Con una longitud inferior al milímetro, inicialmente son de color blanco, posteriormente se tornan negros con el desarrollo del embrión. El desarrollo embrionario, en óptimas condiciones de temperatura y humedad, ocurre en un lapso de dos a tres días. Posterior a ese período los mismos serían capaces

⁴ FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ediciones en CD ROM. Edición 13.

⁵ RESTREPO, Angela, ROBLEDO, Jaime. Enfermedades Infecciosas. Edición 5. Medellín Colombia. Corporación para investigaciones biológicas; 1996. p. 689.

⁶ RESTREPO, Angela, ROBLEDO, Jaime. Enfermedades Infecciosas. Edición 5. Medellín Colombia. Corporación para investigaciones biológicas; 1996. p. 689.

⁷ MORALES, Valeria. Virus del dengue. <http://www.monografias.com/trabajos34/virus-dengue/virus-dengue.shtml#nomen>; 1997 [Consultado 12 de marzo de 2007].

de resistir desecación y temperaturas extremas, manteniéndose viables de siete a doce meses.

Dada su relación con el hombre, los sitios de cría consisten en recipientes tales como pozos, tanques, envases de lata, botellas, canaletas de techos, floreros, en síntesis todo los objetos que contengan agua y no cuenten con un sistema de sellado adecuado, estos pueden estar ubicados cerca de las viviendas o dentro de las mismas.

También pueden encontrarse en depósitos naturales como cavidades de árboles, en bambúes, bromeliáceas y en huecos en rocas. *Aedes aegypti* nunca coloca los huevos sobre una superficie seca, generalmente son colocados en las paredes de los recipientes, justo por sobre el nivel del agua.

4.5.2 Larva: Eclosionan del huevo con un tamaño no superior a un milímetro de largo, inician un ciclo de cuatro estados larvarios; El tiempo aproximado para pasar de un estado a otro, es de aproximadamente 48 horas creciendo por medio de tres mudas hasta los 6 o 7 milímetros finales. Poseen como caracteres morfológicos típicos, cuatro fuertes espículas torácicas laterales, quitinizadas y de color oscuro, con un peine de 12 escamas unilineal, oscuras y de diseño típico con espina larga y dientes laterales, en el octavo segmento abdominal. El sifón respiratorio posee forma de oliva corta, que destaca por su color negro y las branquias terminan en extremos redondeados.

Se mueven activamente (movimiento serpentiforme muy marcado) en el ambiente acuático para buscar alimento (microorganismos y detritos orgánicos animales y vegetales) que atraen hacia la boca con los cepillos bucales. Son fotofóbicas. Su desarrollo se completa en condiciones favorables de nutrición y con temperaturas de 25 a 29° C, en 7 a 10 días. Son incapaces de resistir temperaturas inferiores a 10° C ó superiores a 44° C o 46° C, impidiéndose a menos de 13° C su pasaje a estadio pupal.

4.5.3 Pupa: Estado que corresponde a la última etapa de maduración de la fase acuática. Si bien la pupa se mueve, la tendencia es permanecer inmóvil en contacto con la superficie del agua. Al igual que las larvas, también son fotofóbicas pero no se alimentan, sólo respiran y completan su desarrollo con temperaturas de 25° C a 29° C en 1 a 3 días. Las temperaturas extremas pueden alargar este período.

4.5.4 Adulto: Cuando emerge, es un mosquito pequeño de color oscuro con rayas blanco-plateadas en el dorso y patas. Este patrón de coloración es igual tanto para el macho como para la hembra. El tórax presenta un diseño en forma de lira y las patas son anilladas. Mide aproximadamente 5 milímetros de largo. Las diferencias entre los machos y las hembras son las características de los palpos,

cortos en las hembras y tan largos como el pico en los machos, y las antenas, mucho más pilosas, como un cepillo, en los machos.

Posterior a la emergencia, procuran lugares húmedos y sin corrientes de aire donde puedan reposar. Transcurridas 24 a 48 hs. y una vez maduros, los machos también vuelan cerca del hombre mientras buscan a las hembras para aparearse.

Como se trata de mosquitos esencialmente domésticos y antropofílicos, las hembras obtienen la sangre que necesitan fundamentalmente del hombre. Se trata de insectos diurnos a diferencia del mosquito común de las habitaciones -*Culex pipiens quinquefasciatus*- que es nocturno.

La dispersión espontánea o activa de las hembras alcanza los 100 metros, por lo que durante su vida visitan pocas residencias, tendiendo a permanecer próximas al lugar donde se desarrollaron hasta adulto. Por otro lado, la dispersión a través de distintos medios de transporte, como automóviles, trenes, camiones, colectivos, barcos e incluso los aviones, es uno de los factores más importantes de diseminación de estos mosquitos y de los virus dengue de una región a otra.

El huésped susceptible es el hombre, si embargo la población de mayor riesgo es aquella que vive en regiones tropicales y subtropicales, o regiones ubicadas a menos de 1800 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m), por las condiciones climáticas y geográficas que favorecen la supervivencia del vector.

Cerca de dos tercios de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores de dengue, principalmente el *Aedes aegypti*. Los cuatro virus del dengue circulan, a veces simultáneamente, en la mayoría de dichas zonas.

La endemia se presenta en sitios donde hay infestación permanente por el vector como es el caso de África, América, el Mediterráneo y Sureste de Asia. Las epidemias se producen cuando se introduce un nuevo serotipo en una región con condiciones ecológicas favorables y una población susceptible al nuevo serotipo.

La distribución geográfica del vector se puede ver influenciada por⁸:

- La urbanización descontrolada y el crecimiento poblacional, que da como resultado la construcción de viviendas precarias y mal manejo del agua potable, los desechos y los residuos, los que juntos incrementan la población de mosquitos y facilitan la transmisión de la enfermedad.
- El incremento de los viajes aéreos, dado que es un mecanismo ideal para transportar virus del dengue a través del mundo.
- Las variaciones climatológicas, como el aumento de la temperatura y las precipitaciones fluviales que alteran la distribución geográfica del vector, logrando que este se expanda.

⁸ MORALES, Op. Cit.

En estas zonas donde se presenta la FD también se presenta las formas complicadas como son el DH-SSD que tiene distribución mundial; sin embargo, sólo reviste especial importancia en Asia y América. Su transmisión es la misma que la descrita en el Dengue clásico. El índice de letalidad es inferior al 3% (si el tratamiento es adecuado).⁹

4.6 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FISIOPATOLOGÍA

Se hablará específicamente del DH – SSD, dado que son las entidades que llevan al paciente a la muerte. La patogenia del DH-SSD puede considerarse en relación con la lesión celular causada por el virus, con el daño por mecanismo inmunológico o con una combinación de ambos mecanismos. La enfermedad desencadena un aumento de la permeabilidad vascular aunque puede deberse a muchos factores como: Aparición de anticuerpos potenciadores no neutralizantes, edad, sexo: Las mujeres se enferman más que los hombres, raza: La raza blanca es la más afectada, estado nutricional: Siendo la desnutrición un factor protector para el dengue, serotipo infectante: El serotipo 2 parece ser más peligroso que los demás serotipos.¹⁰ La activación del sistema complemento (vías clásica y, quizás, alternativa) es prácticamente constante en los casos de DH-SSD. Es escasa la afectación hepática, aunque en ocasiones se ha observado necrosis centrolobulillar y presencia de cuerpos de Councilman.

4.7 CUADRO CLÍNICO

Dado que no existe sólo una forma de manifestación clínica del dengue, las que revisten mayor importancia son:

4.7.1 Fiebre inespecífica: Es una de las manifestaciones más frecuentes, principalmente en niños. “En los niños menores de 15 años, la mayoría de los casos son asintomáticos o presentan un cuadro febril inespecífico, que luego pasa”¹¹.

4.7.2 Dengue clásico o Fiebre Dengue (FD): El periodo de incubación es de 3 a 14 días, con un promedio de 7 días, que corresponde al periodo de incubación intrínseco, en el enfermo; el periodo de incubación en el mosquito (extrínseco) es de 8 días. La viremia se inicia dos a tres días después de la picadura, con fiebre

⁹ FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ediciones en CD ROM. Edición13.

¹⁰ FAUCI, Anthony. Harrison Principios de Medicina Interna. Edición 14. España. Macgraw- Hill. Vol. 1; 1998.P. 1311.

¹¹ OLIVARES, Roberto. Dengue, crónica de una epidemia anunciada: transmisión, cuadro clínico, diagnóstico diferencial (II). <http://www.medwave.cl/perspectivas/medicina/dengue/2.act#TOP>. 2002. [Consultado: 16 de abril de 2007]

alta, compromiso del estado general, cefalea retro orbitaria y retro ocular, exantema maculopapular, mialgias y artralgias intensas, puede haber síntomas gastrointestinales (generalmente se ven en dengue secundario, en una segunda infección por dengue) y respiratorios. En la FD también se puede presentar signos de hemorragia tales como petequias o gingivorragia sin ser considerado FDH. La sintomatología dura aproximadamente una semana y se detecta a las 6 a 18 horas antes del inicio de los síntomas. Se acaba cuando cae la fiebre. El estado dura una semana y la convalecencia puede durar días a semanas.

4.7.3 Fiebre Dengue hemorrágico (FDH) o Dengue hemorrágico: La fiebre se inicia repentina y bruscamente, dura 2-4 días y se acompaña de síntomas inespecíficos, como cefalea, dolor abdominal, anorexia y vómitos. Súbitamente el paciente presenta hipotensión, exantema maculopapuloso y hemorragias cutáneas (petequias y equimosis), epistaxis, hematemesis, melenas y hematuria. La enfermedad cursa con unas facies típicas, con edema facial, eritema, edema palpebral, labios hinchados y enrojecidos.

Esta manifestación se diferencia de la FD por la alteración de la permeabilidad vascular. Se produce una gran alteración de la permeabilidad vascular, que ocurre entre el tercer y séptimo día post inicio de los síntomas y se ha visto que la incidencia es mayor en los niños menores de 15 años

El shock es el signo de peor pronóstico. Otras complicaciones agudas incluyen neumonía, derrame pleural y miocarditis. En la mayoría de los casos es posible palpar hepatomegalia y poliadenopatías. Suele existir trombocitopenia. La mortalidad, en los casos de shock, oscila entre el 10 y el 50% en pacientes tratados en forma inadecuada o insuficiente¹². Si se supera esta complicación, el paciente suele curar sin secuelas.

La OMS, desde un punto de vista práctico, ha definido el dengue hemorrágico según cuatro criterios¹³:

1. Fiebre o estado reciente de enfermedad febril.
2. Manifestaciones hemorrágicas.
3. Trombocitopenia (menos de 100000 por mm³).
4. Evidencia objetiva de aumento de la permeabilidad vascular, o leak vascular. El hematocrito se eleva sobre 20% del basal, las proteínas bajan, la albúmina disminuye en el plasma y se van a producir varios tipos de derrames, como ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico. Teniendo esto vamos a estar frente a un caso de dengue hemorrágico.

¹² FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ediciones en CD ROM. Edición13.

¹³ OLIVARES, Op. Cit.

También se señala la presencia de hepatomegalia con alteración de las pruebas hepáticas, aunque la O.M.S no lo menciona.

4.7.3.1 Grados de dengue hemorrágico: El dengue hemorrágico se ha etapificado desde el punto de vista de la gravedad. De acuerdo a las definiciones de la OMS, se clasifica del grado 1 al grado 4. El grado 3 y el 4 son las formas más graves y corresponden al SSD, con hipotensión, hipoperfusión e insuficiencia circulatoria importante. El grado 4 es prácticamente la muerte. El grado 1 y el 2 son los menos graves. El grado 1 prueba del torniquete positiva como única manifestación hemorrágica y el grado 2 va a tener sangrado espontáneo, pero con las alteraciones de laboratorio y permeabilidad.

4.7.4 Síndrome shock dengue (SSD): Este es el signo de peor pronóstico. Generalmente los signos que advierten que el paciente va a presentar shock son: pulso débil y acelerado, disminución de la presión del pulso, hipertensión, desvanecimientos, respiración difícil, extremidades húmedas y frías (el tronco suele estar caliente), palidez, inquietud generalizada, insomnio, dolor abdominal mantenido, persistente, muy intenso, náuseas y vómitos frecuentes, hematuria, cianosis en torno a la boca, hemorragias nasales, bucales o gingivales y equimosis cutáneas, el paciente deja de estar febriles, pero no permanece normotérmicos; al contrario, se vuelve hipotérmico y se altera el nivel de conciencia

En tales condiciones, los pacientes van a necesitar UCI y ventilación mecánica. El shock cumple los cuatro criterios anteriores del dengue hemorrágico, más insuficiencia circulatoria. Lo más probable es que sea un *shock* mixto, distributivo, por vasodilatación, pero también por hipovolemia, porque hay una filtración de plasma muy importante hacia el intersticio; además, se pierde volumen por las hemorragias. La mortalidad, en los casos de shock, oscila entre el 10 y el 50% en pacientes tratados en forma inadecuada o insuficiente¹⁴. Si se supera esta complicación, el paciente suele curar sin secuelas.

4.7.5 Manifestaciones infrecuentes: Otras complicaciones agudas incluyen encefalitis y la encefalopatía, que probablemente se deba a insuficiencia hepática, neumonía, derrame pleural, hemorragia digestiva grave y miocarditis. En la mayoría de los casos es posible palpar hepatomegalia y poliadenopatías. Suele existir trombocitopenia.

4.8 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece por la clínica. La OMS define el DH-SSD sobre la base de los siguientes criterios:

¹⁴ FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ediciones en CD ROM. Edición13.

- 1) fiebre;
- 2) manifestaciones hemorrágicas, y
- 3) trombocitopenia y/o hemoconcentración.

Cuando se presentan epidemias suele ser mas sencillo el diagnostico de DH-SSD relativamente sencillo con relación a cuando no hay epidemias dado que cuando hay epidemias el diagnostico se puede dar por nexo epidemiológico, mientras que en caso contrario lo primero que se suele pensar es en una virosis. Para el diagnóstico etiológico se recurre a los mismos métodos que para el del dengue clásico. El diagnóstico diferencial debe establecerse con los otros tipos de fiebre hemorrágica, leptospirosis, paludismo, rickettsiosis y sepsis meningocócica fulminante.

4.8.1 Tratamiento: El tratamiento es sintomático y se dirige fundamentalmente a revertir el shock (con soluciones salinas, plasma o sus derivados y, en raras ocasiones, sangre total). Existen algunos resultados favorables con el empleo de heparina.

4.8.2 Profilaxis: especifica: Vacuna. No se dispone de vacuna certificada contra el dengue, e inespecífica: Control. El DH-SSD puede prevenirse mediante el control adecuado del vector *A. aegypti*, empleando para ello las medidas habituales.

4.9 FACTORES DE RIESGO PARA DENGUE

Colombia tiene una extensión total de 1.138.000 km.² de los cuales 900.000 km.² se encuentran por debajo de 1.800 m.s.n.m. Estos últimos establecen la región de riesgo ya que allí conviven aproximadamente 20.000.000 de habitantes con el *Aedes aegypti*, único transmisor confirmado del dengue en Colombia.

La transmisión de los virus del dengue es intra y peridomiciliaria, pero predominantemente urbana y se relaciona con altas densidades en las poblaciones tanto de mosquitos como de seres humanos. Este fenómeno se ha intensificado en los últimos años por la agudización de los problemas de orden público en el campo. Estos obligan la migración de enormes masas de campesinos hacia las concentraciones urbanas en busca de seguridad y alimento, fomentando aún más los cinturones de miseria en las ciudades y con ellos el incremento de mosquitos transmisores del dengue. La falta de suministro adecuado de agua potable que obliga su almacenamiento en recipientes generalmente destapados y la falta de recolección de basuras que incluye llantas, botellas, tarros, son los principales determinantes de la multiplicación de los vectores, siendo “el factor de riesgo más importante la carencia de un suministro de agua continuo y la ausencia de un sistema de manejo de residuos sólidos. Es

decir, el problema del dengue compete mas al sector de servicios públicos y saneamiento básico que al sector salud”¹⁵.

4.10 FACTORES PROTECTORES

La educación sanitaria es el factor protector más poderoso en las enfermedades transmitidas por vectores (E.T.V) su objetivo es lograr que la población adopte hábitos y prácticas que eviten el riesgo de convivir con los mosquitos, como recolección de inservibles y lavado periódico de albercas, y adopte además conductas de autocuidado, como el uso de toldillos y repelentes.

Los factores protectores son fundamentalmente la promoción de la protección individual, el mejoramiento en el suministro de agua potable en cantidad, calidad y regularidad suficientes durante todo el año para eliminar la necesidad del uso de depósitos de agua.

4.10.1 Prácticas: Acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces, eficientes y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas suponen una mejora evidente en la comunidad. Estas buenas prácticas deben estar documentadas para servir de referente a otros y facilitar la mejora de sus procesos.

4.10.2 Actitudes: Actitud es la disposición que mostramos hacia ciertas situaciones, influye para realizar nuestras actividades y nos permite facilitar u obstaculizar nuestro camino.

Nuestra actitud es un estado mental influenciado por nuestras experiencias, sentimientos, pensamientos y conductas. La actitud que transmitimos será la que generalmente recibiremos.

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emoción (componente conductual).

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), podemos encontrar varios elementos, entre los que descollarán los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable, encontraremos

¹⁵ Secretaria Departamental de Salud, boletín epidemiológico. Vol. 1 No. 2. Villavicencio, Marzo de 2006.

pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes.

Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos. Podemos experimentar sentimientos positivos o negativos hacia los alimentos congelados, etc. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y assimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto. Existen diferentes tipos de actitudes que a continuación se mencionaran:

4.10.2.1 Actitud emotiva: Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de Ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad. Que van unidas a una actitud de benevolencia.

4.10.2.2 Actitud desinteresada: Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera Como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

4.10.2.3 Actitud manipuladora: Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga. Tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

4.10.2.4 Actitud interesada: Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de Indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades Ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

4.10.2.5 Actitud integradora: La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior. Del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o Integración de las dos personas.

4.11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.11.1 Variables sociodemográficas

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERATIVIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo años en cumplidos que ha vivido la persona entrevistada.	Número indicado por la persona encuestada.	Distribución por edad mediana, rango.	Numérica.
Género	Género de la persona encuestada.	Femenino Masculino	Distribución proporcional por género.	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios máximo desarrollados por la persona entrevistada.	Primaria incompleta. Primaria completa, Secundaria comp. Media vocacional Superior Ninguna	Distribución poblacional por nivel educativo.	Nominal
Procedencia	Lugar de origen de la persona encuestada.	- Neiva - Otros municipios del Huila - Otras regiones de Colombia. - Zona rural. - Zona urbana.	Distribución proporcional de la población de acuerdo al lugar de origen.	Nominal
Estrato socioeconómico	Nivel socioeconómico al que pertenece la persona entrevistada.	Estrato I Estrato II Estrato III	Distribución proporcional de la población por estrato socioeconómico.	Ordinal
Actividad laboral	Actividad que desempeña	Empleado Desempleado Independiente	Proporción de los encuestados	Nominal

	la persona a entrevistada.	Indigente. Pensionado. Estudiante Ama de casa	según actividad laboral de los encuestados	
Personas por casa	Número de personas que conviven con el encuestado.	Número indicado por la persona encuestada.	Proporción de personas de acuerdo al número de individuos por casa	Nominal
Régimen de seguridad social	Sistema de seguridad social con el que cuenta la persona encuestada.	- Contributivo. - Subsidiado. - Vinculado - Otro	Proporción de los encuestados de acuerdo al sistema de seguridad social.	Nominal

4.11.2 Variable de fuentes de información

Cuadro 2. Variable de fuentes de información

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERATIVIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Información	Información que ha recibido el encuestado a cerca de dengue.	Si No	Proporción poblacional que recibió información sobre dengue.	Nominal
Medios de Comunicación	Medios de comunicación a través de los cuales ha recibido información sobre dengue.	El encuestado señalara a través de cuales de los siguiente medios de comunicación ha recibido información sobre dengue: * Radio * Televisión Nacional * Televisión Local	Distribución proporcional de la población de acuerdo a los medios de comunicación por los que ha recibido información sobre	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> * Prensa Nacional * Prensa Regional * Volantes * Centro de salud u Hospital * colegio o escuela * Verbal (por la promotora de salud o técnico de saneamiento) * Otro. Cual: 	dengue.	
Calificación del medio de comunicación	El entrevistado califica cada medio de comunicación de acuerdo a la calidad de información recibida acerca del dengue.	Califica cada medio de comunicación de acuerdo al siguiente criterio: 1. Nada de información. 2. Información insuficiente. 3. Información completa y clara.	Distribución proporcional según calificación a cada medio de comunicación	Nominal
Campañas de prevención	Eficacia y oportunidad de las campañas de prevención frente al dengue.	Si No	Distribución proporcional de acuerdo a la consideración que les merezca las campañas en cuanto a efectividad y oportunidad.	Nominal
Riesgo de enfermar de dengue	El encuestado indicará si dada sus condiciones esta o no en riesgo de enfermar de dengue.	Si No No sabe	Distribución proporcional de acuerdo al riesgo de enfermar por dengue.	Nominal
Tipo de riesgo para enfermar de dengue	El entrevistado indicara cuales son	<ul style="list-style-type: none"> * Existen criaderos para zancudos en las viviendas * Presencia de 	Distribución proporcional de acuerdo al factor de	Nominal

	los motivos por los que considera puede enfermar de dengue	zancudos * Todas las anteriores * No sabe	riesgo para enfermar por dengue.	
--	--	---	----------------------------------	--

4.11.3 Variables de conocimiento

Cuadro 3. Variables de conocimiento

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERATIVIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento acerca de dengue	Grado de conocimiento que posee el entrevistado acerca del dengue.	16 excelente 11 –15 adecuado 6 – 10 deficiente <1 - 5 muy deficiente	Distribución proporcional de la población por grado de conocimiento.	Ordinal
Conocimiento del Vector	Reconocimiento del A. Aegypti como vector transmisor del dengue por parte del entrevistado.	Cada persona escoge una de las siguientes opciones: * Perros * Moscas * Aedes Aegypti * Gatos	Distribución proporcional de la población por identificación del vector del dengue.	Nominal.
Transmisión	Reconocimiento por parte del entrevistado la forma como se adquiere el dengue.	El dengue se adquiere por: * Por falta de vacuna * Por transmisión sexual * Por picadura del mosquito Aedes Aegypti * No sabe	Distribución proporcional de la población por identificación de la forma de transmisión	Nominal
Infestación	Conocimiento acerca de la posibilidad de infestación posterior a la	Cuando pica el mosquito Aedes Aegypti, se adquiere el dengue:	Proporción de la población que conoce a cerca la	Nominal

	picadura del A. Aegypti por parte de la persona entrevistada.	* Siempre * Algunas veces * Todas las anteriores. * Nunca	forma de transmisión del dengue.	
Criaderos	Identificación de los criaderos para A. aegypti por parte del entrevistado.	Los zancudos nacen y se crían en: * Aguas sucias. * Albercas sin tapa y llantas. * No sabe	Distribución proporcional de la población que identifica los diferente criadero del vector	Nominal
Síntomas	Reconocimiento de síntomas característicos del dengue clásico por parte del encuestado.	Los síntomas del dengue son: * Fiebre, dolor en los huesos, cefalea y vómito. * Estreñimiento * Fiebre, dolor de garganta y dolor en los huesos. * Dolor de cabeza, fiebre y tos. * No sabe.	Distribución proporcional de la población de acuerdo a la identificación de los síntomas del dengue clásico.	Nominal
Nombre común de la Fd	Identificación del nombre común del dengue clásico.	El nombre común del dengue clásico es: - Virosis - Rompe huesos - Calentura - Beri – veri - No sabe.	Distribución proporcional de la población de acuerdo a la reconocimiento del nombre común del dengue clásico.	Nominal.
Prevención	Identificación por parte de la población encuestada la forma de prevenir el dengue	Como se puede prevenir el dengue? - Vacuna - Eliminando los mosquitos - Evitando la picadura de	Distribución proporcional de la población de acuerdo a la identificación de la forma como se	Nominal

		mosquitos - No sabe.	puede prevenir el dengue.	
Eliminación	Métodos para eliminar, controlar y / o evitar la picadura del mosquito reconocidos por parte del encuestado	La persona contesta de acuerdo a las siguientes opciones: - Uso de insecticidas en el hogar - Aplicación de químicos por las personas de Secretaría de Salud - Uso de repelentes - Uso de toldillos - Eliminación de criaderos - Limpieza de albercas o tanques de almacenamiento de agua - Todas las anteriores - No sabe	Proporción de la población que conoce los diferentes métodos para controlar, evitar o eliminar el mosquito	Nominal
Hábitat	Identificación por parte del entrevistado de los lugares de la casa donde frecuentemente se encuentra el mosquito A. Aegypti.	Lugares de la casa en los que se puede encontrar el mosquito Aedes Aegypti. - En los zapatos - En closet y lugares oscuros. - En Lugares iluminados. - Ninguno de los anteriores.	Proporción de personas que identifican el hábitat del A. Aegypti al interior de la casa.	Nominal

Trasmisor	Identificación por parte del encuestado entre hembra y macho A. Aegypti quien es el que pica y transmite el virus del dengue.	De los mosquitos Aedes quien pica y transmite el dengue es: - Hembra A. Aegypti - Macho A. Aegypti. - Larva - Hembra y macho.	Distribución proporcional de acuerdo al señalamiento del responsable de picar y transmitir el dengue.	Nominal
Enfermo por dengue	El entrevistado conoce que debe hacer en caso de tener un familiar o padecer dengue.	La persona contesta según las siguientes posibilidades: * Acudir de inmediato al médico * Tomar abundante líquido * No automedicarse * Todas las anteriores * No sabe	Proporción de la población que sabe como actuar ante la presencia de la enfermedad.	Nominal
Enfermo por dengue en casa	El entrevistado conoce que debe hacer en caso de tener un familiar enfermo por dengue en casa.	El entrevistado contesta de acuerdo a las siguientes opciones: * Lavar la alberca * Proteger al enfermo con un toldillo * Fumigar la casa * Recoger los recipientes del patio * Todas las anteriores * No sabe	Proporción de personas que sabe que hacer ante la presencia de una persona con dengue.	Nominal

Adquisición del virus del dengue por el vector	El entrevistado conoce la forma como el mosquito adquiere el virus del dengue.	La persona escoge una de las siguientes opciones: * Al comer frutos contaminados * Al picar perros * Al picar a una persona infectada del virus del Dengue * Todas las anteriores.	Distribución proporcional de la población que conoce la forma como el mosquito A. aegypti adquiere el virus.	Nominal
Hora en la que el mosquito pica con mayor frecuencia	El entrevistado conoce la forma como la hora en la que el mosquito pica con mayor frecuencia.	La persona escoge una de las siguientes opciones: * Solo por la mañana * Durante todo el día * Durante la noche * Solo por la tarde * No sabe	Distribución proporcional de la población que conoce la hora en que pica con mayor frecuencia.	Nominal
Personas afectadas por el dengue	La persona encuestada sabe a que personas afecta la enfermedad de dengue.	La persona escoge una de las siguientes opciones: * Personas pobres y/o desaseadas. * Personas pobres. * Personas ancianas * Niños * A todas las personas sin distinción de sexo, edad y estrato social.	Proporción de personas que sabe a que población es vulnerable al dengue.	Nominal

4.11.4 Variables de actitudes

Cuadro 4. Variables de actitudes

VARIABLE	DEFINICION	OPERATIVIZACION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Gravedad de padecimiento por dengue	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la gravedad de padecer dengue.	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5) 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Necesidad del aseo en albercas, tanques o canecas cada mes.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto al aseo de albercas, tanques o canecas al menos cada mes	<ul style="list-style-type: none"> f. Totalmente en desacuerdo (1) g. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) h. Indeciso (3) i. De acuerdo en ciertos aspectos (4) a. Totalmente de acuerdo. (5) 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Llenado de recipientes que se tienen a la intemperie.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto al llenado con arena de recipientes que se tienen a la	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal

	intemperie.	ciertos aspectos (4) Totalmente de acuerdo. (5)		
Agrupación y conservación de las botellas vacías	Nivel de aceptación de las personas en cuanto al manejo que se les debe de dar a las botellas vacías	a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Cambio de agua de los floreros o materas todos los días.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la frecuencia con que debe ser cambiado el agua de floreros o materas.	a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada.	Ordinal.
Eliminación de criaderos como único método.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a único método de control y prevención del dengue.	a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada.	Ordinal.

Falta de organización y participación comunitaria.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la falta de empoderamiento comunitario en el control y prevención del dengue.	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5) 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada.	Ordinal.
Eliminación de criaderos en el hogar.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la eliminación de criaderos en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5) 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Control de la reproducción del mosquito	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la reproducción controlable de mosquito.	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5) 	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Utilidad y aplicación comunitaria de las	Nivel de aceptación de las personas en	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo 	Distribución proporcional a la población por	Ordinal

medidas control	cuanto a la utilidad y aplicación comunitaria de las medidas de control.	en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	aceptación de actitud tomada	
Aceptación de fumigación en casa.	Nivel de aceptación de las personas en cuanto permitir fumigación en casa.	a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal
Eficacia del abate	Nivel de aceptación de las personas en cuanto a la eficacia del abate en el control de la reproducción del mosquito.	a. Totalmente en desacuerdo (1) b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2) c. Indeciso (3) d. De acuerdo en ciertos aspectos (4) e. Totalmente de acuerdo. (5)	Distribución proporcional a la población por aceptación de actitud tomada	Ordinal

Variables de prácticas

Cuadro 5. Variables de prácticas

VARIABLE	DEFINICION	OPERATIVIZACION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Cubrimiento de recipientes de almacenamiento de agua para uso domestico	Cuidado que dan las personas a los recipientes de almacenamiento de aguas para uso domestico.	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1)</p> <p>b. Si rara vez realiza la actividad (2)</p> <p>c. Si algunas veces realiza la actividad (3)</p> <p>d. Si frecuentemente realiza la actividad (4)</p> <p>e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal
Eliminación de charcos existentes cerca de casa	Actividad que realizan las personas para eliminar los charcos existentes cerca de casa.	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1)</p> <p>b. Si rara vez realiza la actividad (2)</p> <p>c. Si algunas veces realiza la actividad (3)</p> <p>d. Si frecuentemente realiza la actividad (4)</p> <p>e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal
Conservació	Actividad	a. Si nunca	Distribución	ordinal

<p>n bajo techo de recipientes que pueden almacenar agua</p>	<p>que realizan las personas para guardar bajo techo recipientes que pueden almacenar agua.</p>	<p>realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>	<p>proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada</p>	
<p>Eliminación o perforación de objetos</p>	<p>Actividad que realizan las personas para deshacerse o conservar objetos que pueden contener agua</p>	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>	<p>Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada</p>	<p>ordinal</p>
<p>Mantenimiento de canales de agua</p>	<p>Actividad que llevan a cabo las personas para preservar los</p>	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad</p>	<p>Distribución proporcional a la población por frecuencia</p>	<p>ordinal</p>

	canales de agua limpios.	(2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)	de practica aplicada	
Mantenimiento de jardines y solares	Actividad que llevan a cabo las personas podando o desyerbando los jardines.	a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal
Lavado semanal de albercas	Frecuencia con que las personas asean la alberca	a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3)	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal

		<p>d. Si frecuentemente realiza la actividad (4)</p> <p>e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>		
<p>Uso semanal de aceite quemado o ACPM en sifones, charcos y alcantarillas</p>	<p>Frecuencia con que las personas echan aceite quemado o ACPM en sifones, charcos y alcantarillas</p>	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1)</p> <p>b. Si rara vez realiza la actividad (2)</p> <p>c. Si algunas veces realiza la actividad (3)</p> <p>d. Si frecuentemente realiza la actividad (4)</p> <p>e. Si siempre realiza la actividad (5)</p>	<p>Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada</p>	<p>ordinal</p>
<p>Fumigación y suministro de abate.</p>	<p>Actividad llevada a cabo por las personas para controlar y prevenir la aparición del mosquito.</p>	<p>a. Si nunca realiza esa actividad (1)</p> <p>b. Si rara vez realiza la actividad (2)</p> <p>c. Si algunas veces realiza la actividad (3)</p> <p>d. Si frecuentemente realiza la actividad (4)</p>	<p>Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada</p>	<p>ordinal</p>

		e. Si siempre realiza la actividad (5)		
Uso de toldillo	Habito que tienen las personas en casa	a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal
Uso semanal de agua caliente a sifones	Frecuencia con que las personas agua caliente a los sifones	a. Si nunca realiza esa actividad (1) b. Si rara vez realiza la actividad (2) c. Si algunas veces realiza la actividad (3) d. Si frecuentemente realiza la actividad (4) e. Si siempre realiza la actividad (5)	Distribución proporcional a la población por frecuencia de practica aplicada	ordinal

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Descriptivo, porque lo que se busca es determinar los conocimientos, prácticas y actitudes de la comunidad del barrio El Jardín frente a la prevención y control del dengue. Es transversal puesto que las variables se observarán en un solo momento, donde permita interactuar con el grupo objeto en un esfuerzo conjunto por captar el sentido de las diferentes expresiones de la comunidad frente al dengue en el orden de lo socio cultural cotidiano.

5.2 POBLACIÓN Y NUESTRA

La población está conformada por el número total de viviendas del barrio El Jardín de la ciudad de Neiva, que corresponde a 465 casas.

El tipo de muestra será aleatorio simple, el cual da la probabilidad a todos los miembros de la población de ser elegidos. “Es uno de los más empleados y recomendados en investigaciones sociales y educacionales, ya que este principio de darle la oportunidad a cada uno de los miembros de la población a ser elegidos o tomados como muestra, es lo que permite obtener conclusiones en la muestra e inferir lo que pudiera ocurrir, a partir de ésta, en la población, con un elevado grado de pertinencia”¹⁶. Para tal efecto la encuesta será aplicada cada quinta casa, en caso de que ésta se encuentra vacía, sea un lote o centro comercial, se pasa a la siguiente, de tal forma que a partir del lugar donde se aplique la encuesta se cuenten nuevamente cinco moradas. La encuesta se aplicara a la persona que atienda a la encuestadora siempre y cuando ésta tenga una edad superior a 14 años, en caso de no ser así se solicitara la presencia de otra persona que viva en la casa.

El tamaño muestral se obtendrá a partir de la siguiente fórmula:

¹⁶ MORANJES IGLESIAS, Arabel. Cómo seleccionar el tamaño de una muestra para una investigación educacional?. <http://www.monografias.com/trabajos42/seleccion-muestra/seleccion-muestra.shtml>.

[Consultado: 12 de noviembre de 2007]

$$n_0 = \left(\frac{z}{\varepsilon} \right)^2 * p * q$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde:

n₀: Cantidad teórica de elementos de la muestra

n: Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida o de los estratos asumido en la población.

N: Número total de elementos que conforman la población, o número de estratos totales de la población.

z: Valor estandarizado en función del grado de confiabilidad de la muestra calculada. Para el caso del estudio se trabajó con un 95% de confiabilidad de la muestra seleccionada, por ende el valor estandarizado asumir es igual a **1.96**.

p: es la probabilidad de que la población presente las características, es decir la probabilidad de la muestra de poseer las características de la población (homogeneidad), y es determinada por:

$$\text{Como } p + q = 1 \text{ (Probabilidad máxima)} \quad p = 1 - q$$

Para efectos del estudio $p = 0.95$.

q: probabilidad de la población que no presenta las características. Se asume qué por ciento o porcentaje de la muestra puede no tener las características de la población, ya sea por factores subjetivos y objetivos de los individuos de la población. “Muchos autores plantean esta probabilidad entre un 1 hasta un 25%, otros asumen, cuando no se conoce esta variable asumir el valor máximo de 50%”¹⁷. En el presente estudio se asumió que $q = 0.05$ (5%)

ε: Error asumido en el cálculo. Dado las aproximaciones que surgen de la división por decimales, error en la selección de la muestra, entre otras; toda expresión calculada debe contener un error de cálculo, “que se asume entre un 1 y un 10%; es decir, que se asume en valores de probabilidad correspondiente entre un 0.01 hasta un 0.1”¹⁸. Se propone la siguiente tabla para valores óptimos del error para el cálculo del número de estratos de una muestra:

¹⁷ *Ibíd.*.

¹⁸ *Ibíd.*

- Para $3 \leq N \leq 10$ ----- Se asume $\epsilon = 0.1$ (un error del 10 %).
 - Para $N > 10$ ----- Se asume $\epsilon = 0.05$ (un error del 5 %).
- Dado que la población del presente estudio es mayor a 10 se trabajó con un error asumido del 5% (0.05).

5.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

Dentro de la presente investigación se utilizara como técnica la entrevista estructurada, donde el instrumento será un cuestionario con preguntas estructuradas (cerradas) con las cuales se pretende identificar Conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad frente al FD

5.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validación del instrumento (Ver anexo A) se hará a través de la aplicación de una prueba piloto, en la comunidad de Fortalecillas. Dicho lugar se escogió dado a que en el período comprendido de enero – junio de 2007 se han presentado diez casos de FD. La confiabilidad del instrumento fue avalado por profesionales con experiencia en el manejo de las Enfermedades Transmitidas por vectores-ETV de la Secretaria de Salud Departamental.

5.5 PLAN PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos serán transferidos a una matriz construida en Epi-Info 4.3.1, la cual estará conformada por las variables que se pretenden medir en dicha investigación, para determinar las actitudes y practicas se empleara la escala likert; y para la elaboración de graficas el programa Excel. El grado de conocimientos se medirán de acuerdo al número de preguntas contestadas correctamente, siendo 16 el número de preguntas máximo lo que dará una calificación de excelente, de 11 – 15 adecuado, de 6 – 10 deficiente y de <1 – 5 muy deficiente.

Los datos se someterán a un análisis minucioso en busca de la idiosincrasia de la comunidad de acuerdo al tema investigado; de esta forma se conocerá mediante la escala comprensiva de los factores que intervienen en las actitudes, y prácticas que tiene la comunidad en el control y prevención del FD.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que la investigación será realizada entre seres humanos, se hará de acuerdo a tres principios éticos básicos, a saber: el respeto por las personas, la beneficencia no maleficencia y la justicia.

- Respeto a las personas

Hace referencia a que ninguna persona puede ser sometida sin su libre consentimiento a experimentación médica, y está directamente relacionado con el principio de la autonomía. En principio, no se deberían someter a experimentación personas que no tienen un manejo total de su autonomía, sin embargo, hay situaciones especiales en donde esto es viable, teniendo en cuenta algunas normas particulares que deben considerarse.

- Beneficencia no maleficencia:

es la obligación ética de propender por el mayor número de beneficios y reducir al mínimo los riesgos para el paciente; entonces,

- Justicia.

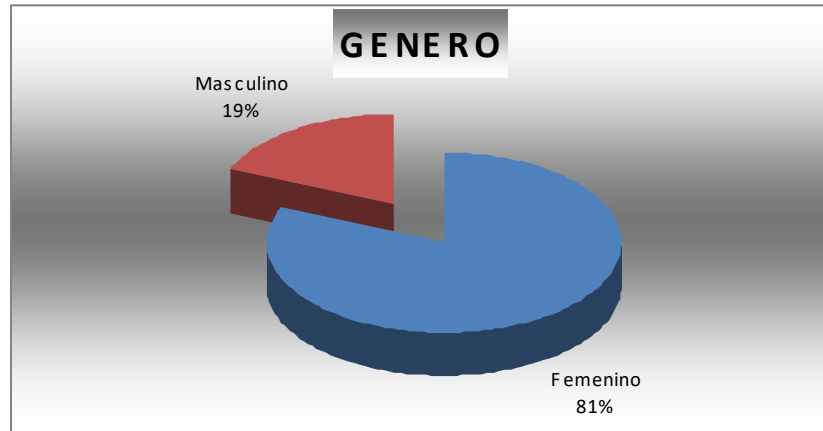
Hace referencia a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde.

Lo anterior basados en las consideraciones éticas expuestas en la resolución 008430 del 30 de Octubre de 1993 y ley 911 de 2004 (código de ética).

Basado en la Resolución No. 08430 de 1993, y dado que el trabajo se llevará a cabo con personas se tendrá en cuenta el consentimiento informado. (Ver anexo B)

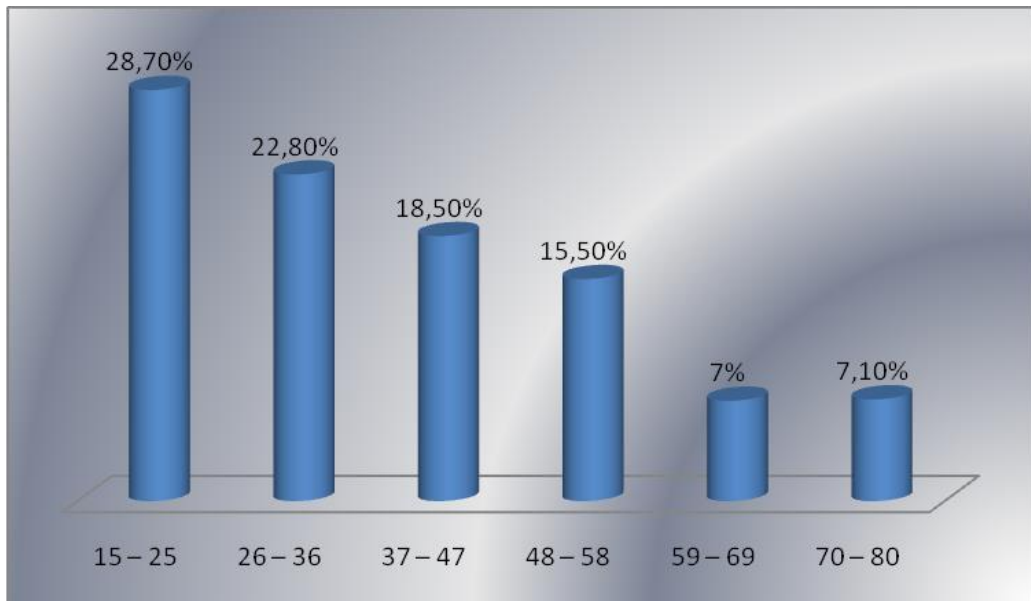
6. RESULTADOS

Tabla 2. Distribución porcentual por género de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



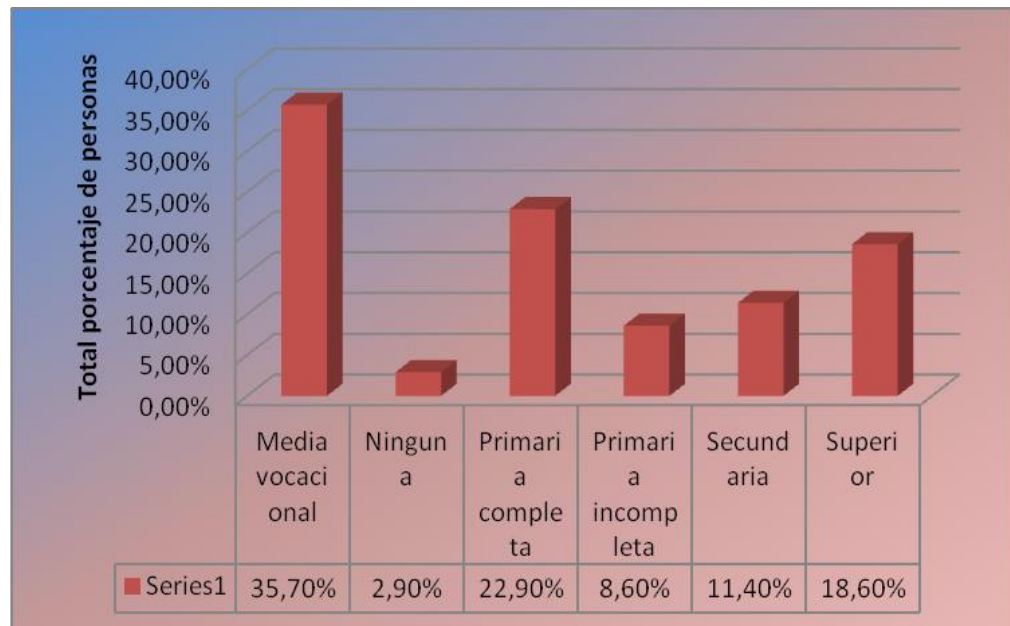
Como se observa en la gráfica el 81% (57 personas) de la población participante del estudio fueron personas pertenecientes al género femenino.

Tabla 3. Distribución porcentual de acuerdo a la edad de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



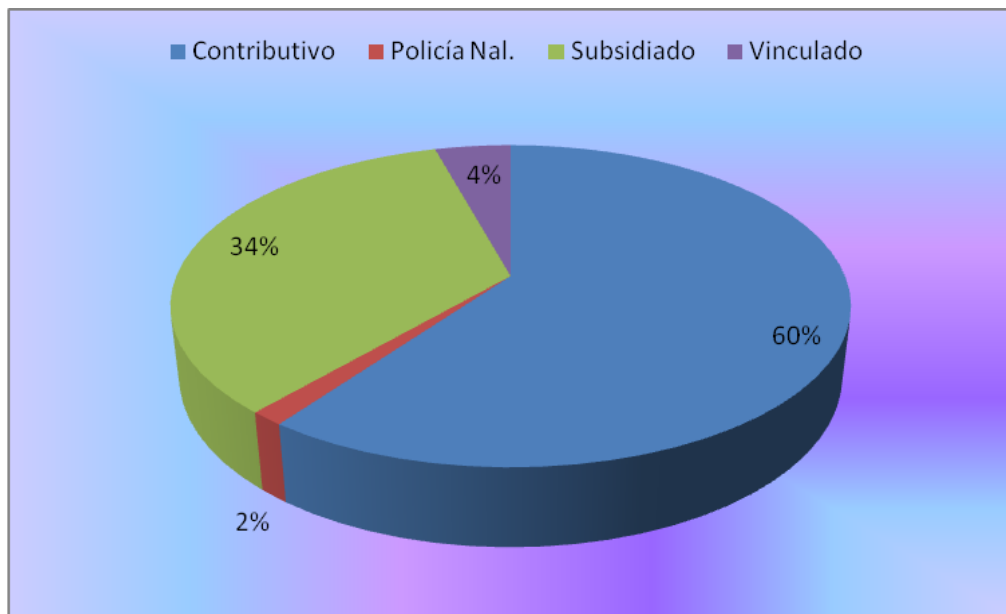
De acuerdo a la edad, la mayor cantidad de participantes del estudio se encontraron en el rango de 15 – 25 años y de 26 – 36 años con un 28,7% (20) y 22,8% (16) respectivamente.

Tabla 4. Distribución porcentual de acuerdo a la escolaridad de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



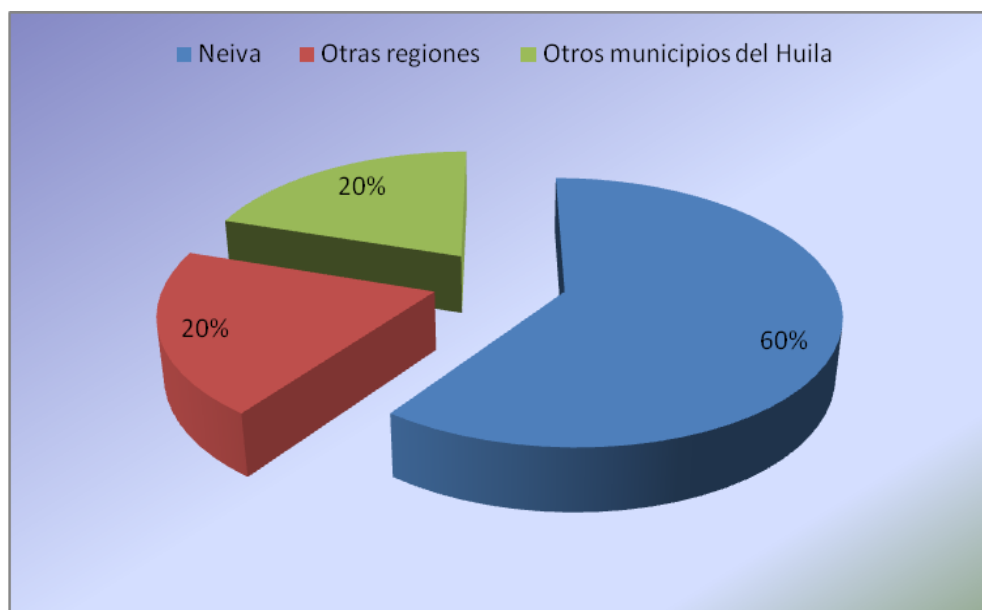
Se observa que el 97.1% de la población encuestada tiene algún tipo de estudio, sobresaliendo la media vocacional con el 35.7%, seguida de la primaria completa con el 22.9% siendo estos grados académicos donde hay mayor concentración de la población encuestada.

Tabla 5. Distribución porcentual de acuerdo al sistema de seguridad social en salud de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



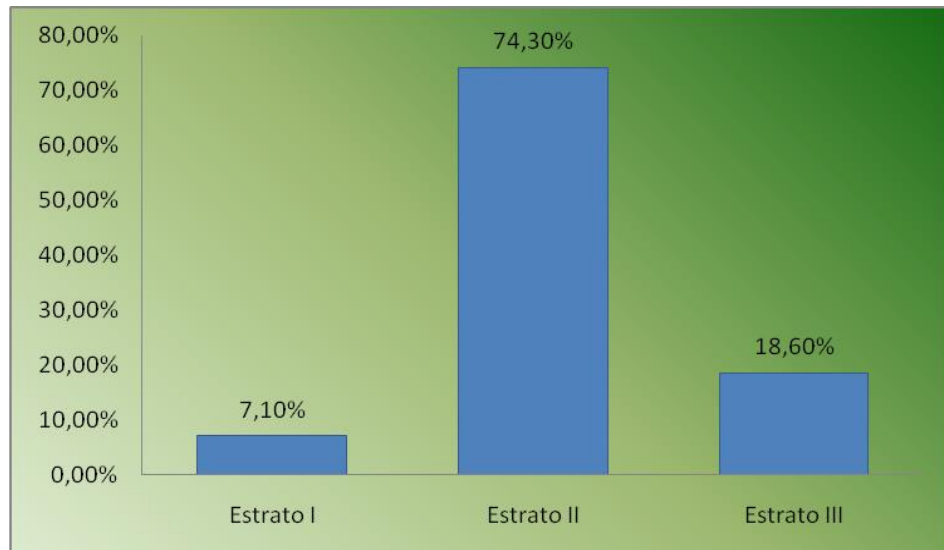
Un alto porcentaje de la población cuenta con la posibilidad de acceder a un sistema de seguridad social en salud diferente al subsidiado o vinculado, dado que el 60% pertenecen al régimen contributivo y el 2% al régimen especial de la policía.

Tabla 6. Distribución porcentual de acuerdo al lugar de procedencia de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



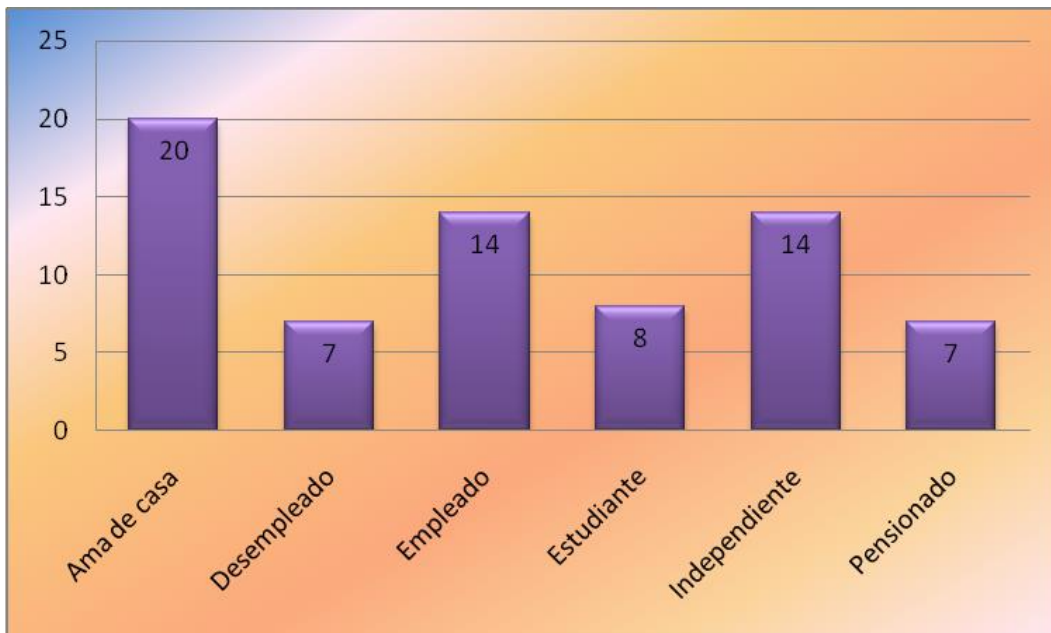
El grafico muestra que el 60% de la población encuestada es del municipio de Neiva, mientras que los procedentes de otros municipios y otras regiones de Colombia se encuentran en igual porcentaje con un 20%.

Tabla 7. Distribución porcentual de acuerdo al estrato socioeconómico de la población del barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



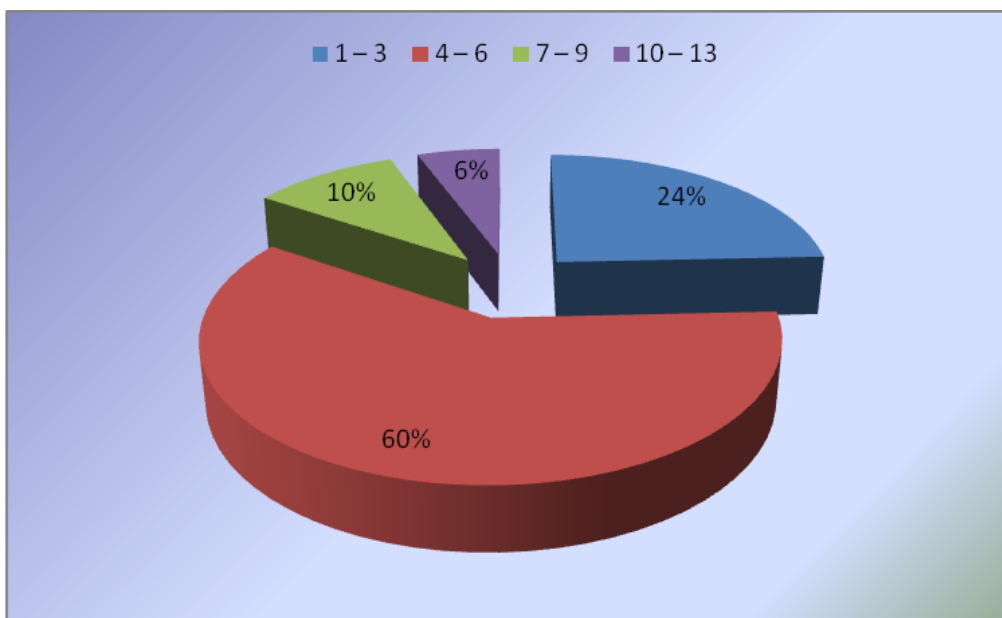
La grafica indica que el 74,30% de la poblacion encuestada se encuentra en estrato II.

Tabla 8. Distribución de la población del barrio El Jardín de acuerdo a la actividad laboral. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



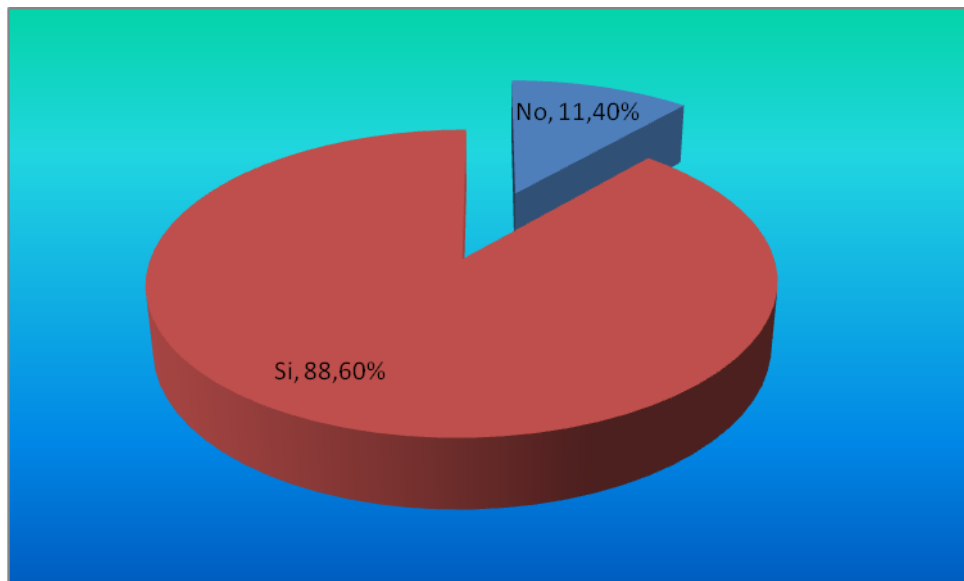
Dentro de las personas que hicieron parte del estudio los oficios predominantes son ama de casa con un 28,6%, empleado e independiente con un 20% respectivamente.

Tabla 9. Distribución porcentual de la población del barrio El Jardín de acuerdo al número de personas por casa. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007



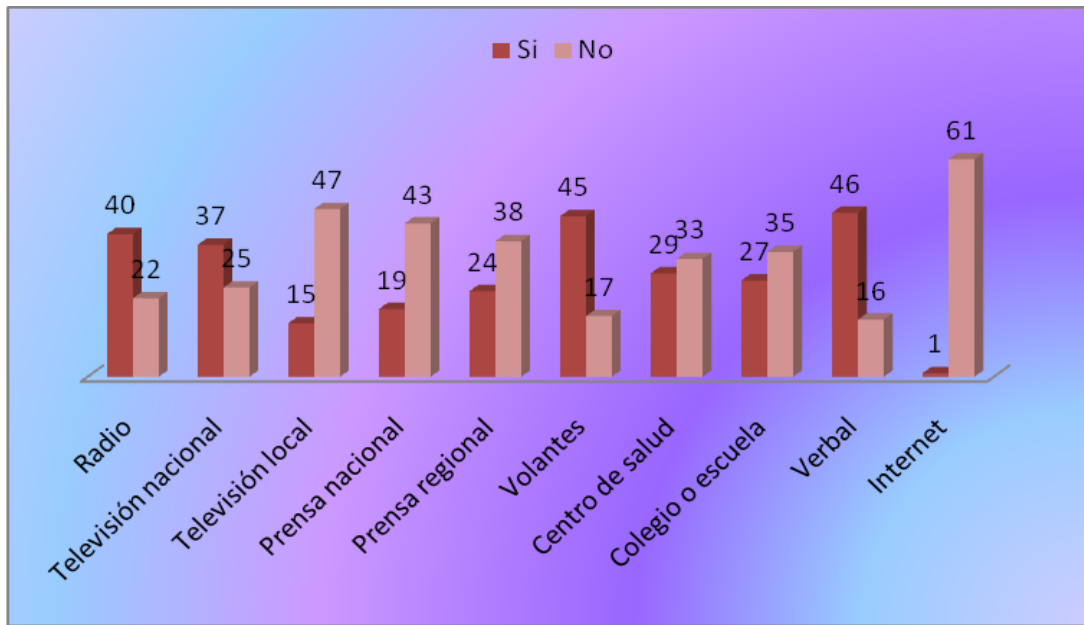
La grafica muestra que en las casas encuestadas en un alto porcentaje no existe hacinamiento dado que en un 60% (42) de las moradas habitan de 4 a 6 personas numero por el que se compone generalmente un familia y solo en un 5,7% (4) hay de 10 a 13 personas.

Tabla 10. Distribución porcentual de la población de acuerdo a si han recibido información sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



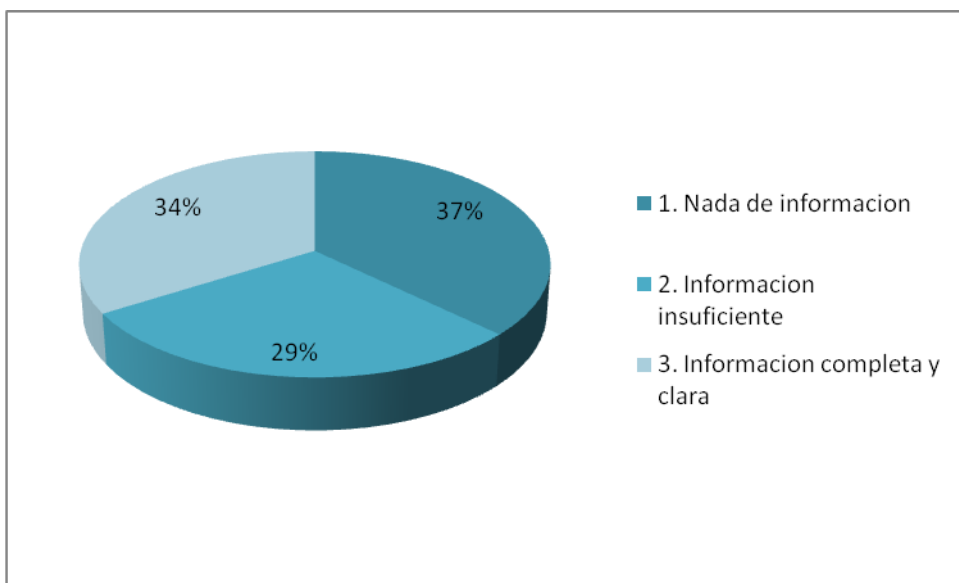
De acuerdo a la grafica solo un 11,40 % de la población del barrio El Jardín no ha recibido información relacionada con el dengue.

Tabla 11. Distribución de la población de acuerdo al medio de comunicación por medio del cual han recibido información sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



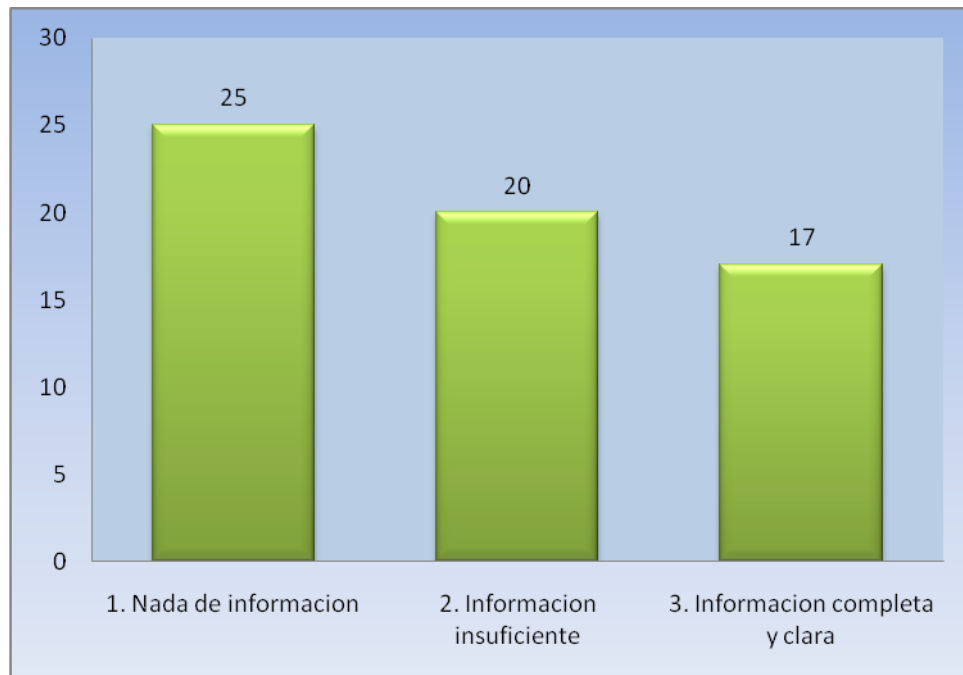
De acuerdo a la anterior grafica los habitantes del barrio El Jardín han recibido información relacionada con el dengue por diferentes medios de comunicación, siendo menos frecuente el internet, televisión local, prensa nacional y prensa regional.

Tabla 12. Distribución porcentual de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la radio. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



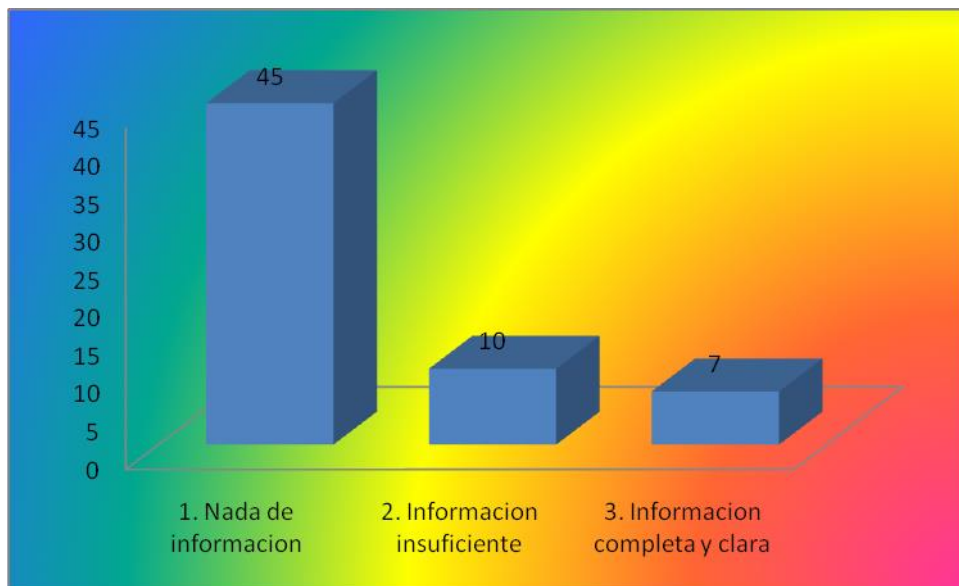
De las 62 personas que manifestaron haber recibido información sobre el dengue 37,1% (23) dijeron no haber obtenido ninguna información por la radio acerca del dengue en cuanto a signos, síntomas, gravedad, trasmisión y control,

Tabla 13. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de televisión nacional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



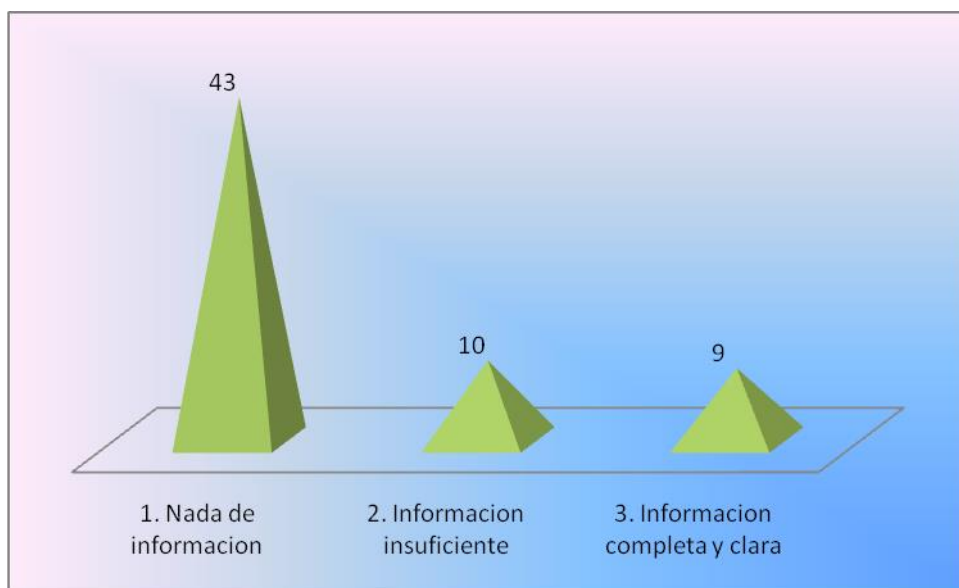
Como se aprecia en la grafica de las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre dengue, 25 personas manifestaron no haber recibido información a través de la televisión nacional y solo 17 consideran que la información es completa y clara.

Tabla 14. Distribución de la población por calificación dada a la televisión local de acuerdo a la información recibida sobre dengue. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



La grafica muestra que de las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre dengue, 45 personas manifestaron no haber recibido información a través de la televisión local y solo 7 consideran que la información es completa y clara.

Tabla 15. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la prensa nacional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



Como se aprecia en la grafica de las 62 personas que dijeron haber recibido

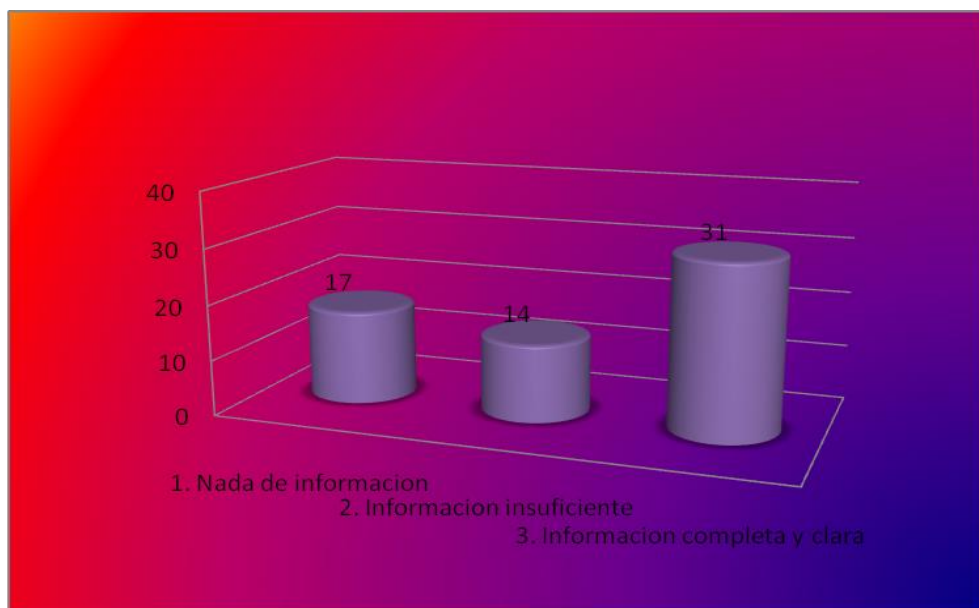
información sobre dengue, 43 personas manifestaron no haber recibido información a través de la prensa nacional y solo 9 consideran que la información es completa y clara.

Tabla 16. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de la prensa regional. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



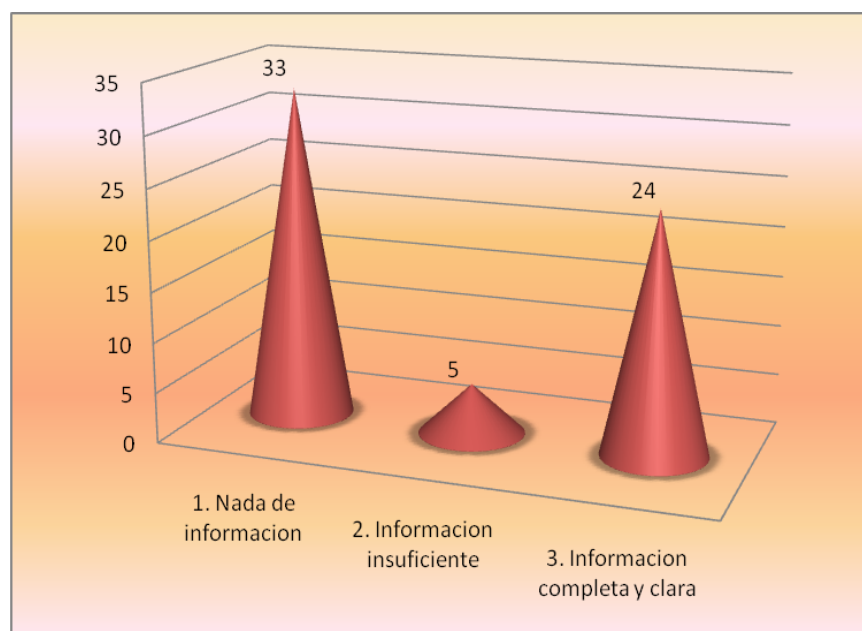
De las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre el dengue tan sólo 12 personas manifestaron que la información recibida a través de la prensa regional era completa y clara, mientras que 38 personas manifestaron no haber sido notificados de esta manera nunca, y las restantes 12 personas dijeron que la información era insuficiente.

Tabla 17. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de los volantes. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



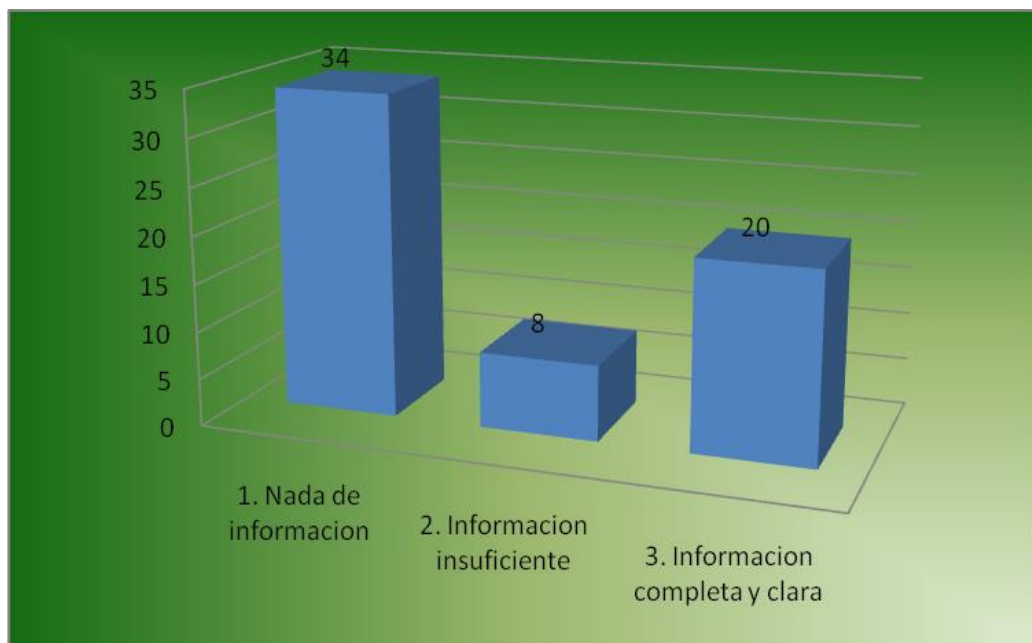
De las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre el dengue 33 personas manifestaron que la información brindada a través de volantes era completa y clara, mientras que 17 personas manifestaron no haber sido notificados de esta manera nunca, y 14 dijeron que la información era insuficiente.

Tabla 18. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través del centro de salud u hospital. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



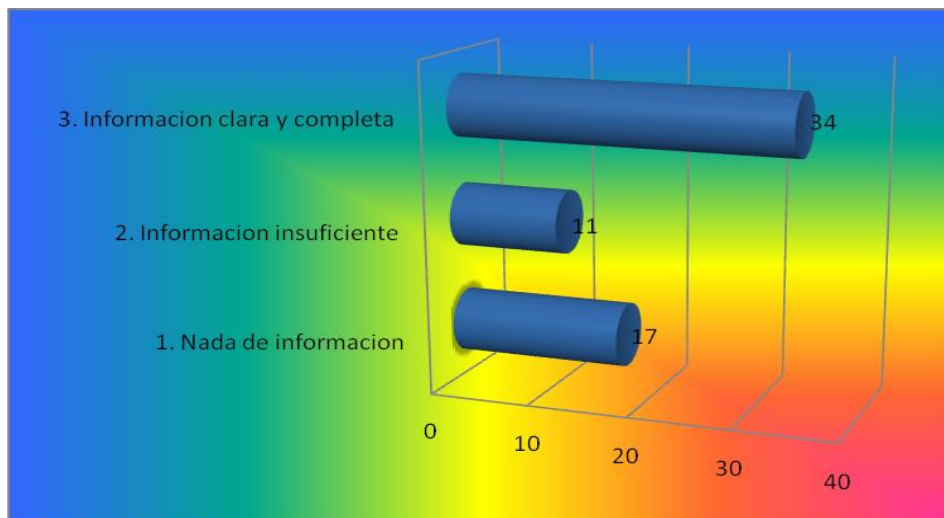
De las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre el dengue sólo 24 personas manifestaron que la información brindada por el hospital o centro de salud era completa y clara, mientras que 33 personas manifestaron no haber sido notificados de esta manera nunca, y el resto dijo que la información era insuficiente.

Tabla 19. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través del colegio o escuela. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



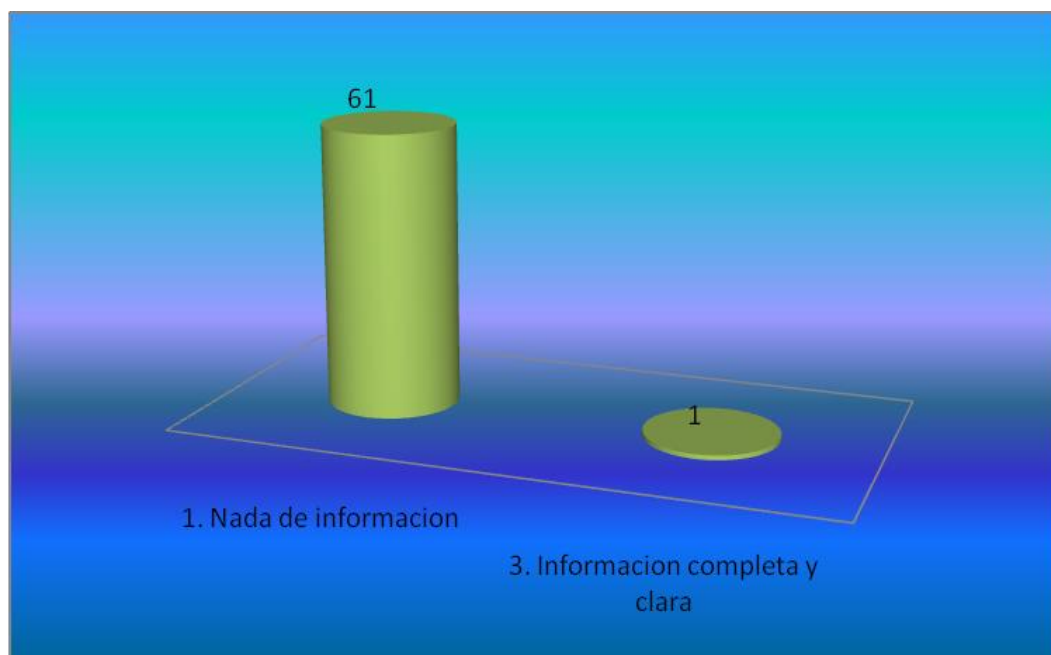
De las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre el dengue sólo 20 personas manifestaron que la información brindada por los colegios o escuelas era completa y clara, mientras que 34 personas manifestaron no haber sido notificados de esta manera nunca, y el resto dijo que la información era insuficiente.

Tabla 20. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue de manera verbal. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



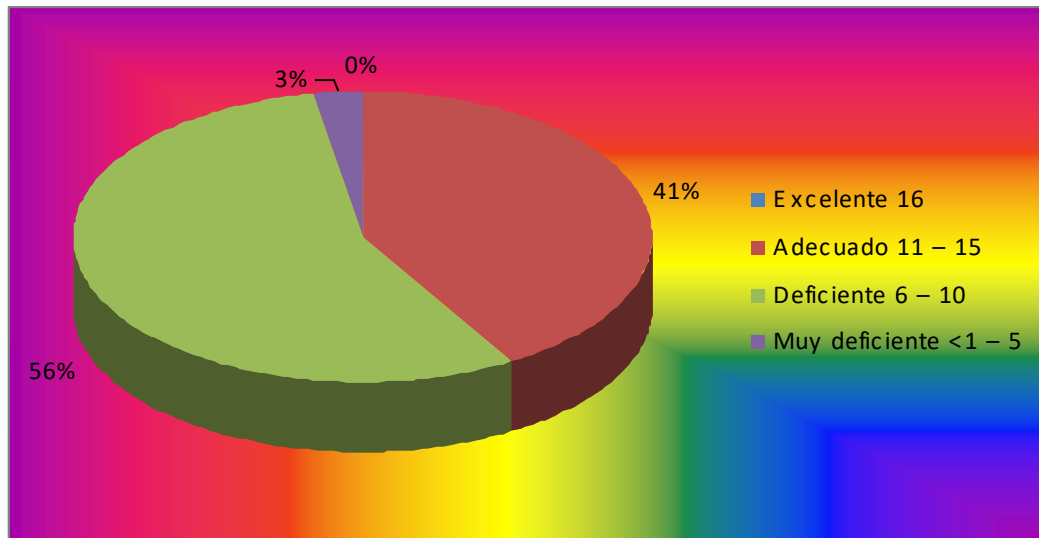
De las 62 personas que dijeron haber recibido información sobre el dengue 34 personas manifestaron que la información brindada de manera verbal por parte de los técnicos de saneamiento era completa y clara, mientras que 17 personas manifestaron no haber sido notificados de esta manera nunca, y el resto dijo que la información era insuficiente.

Tabla 21. Distribución de la población de acuerdo a la calificación que se da a la información recibida sobre el dengue a través de otro medio de comunicación. Barrio El Jardín. Neiva (Huila). Septiembre – octubre 2007.



De las 62 personas que dijeron recibir información sobre el dengue a través de algún medio de comunicación solo 1 persona mencionó haber recibido información a través de un medio diferente a televisión, prensa, volantes, verbal, centro de salud o colegio refiriendo como fuente el internet.

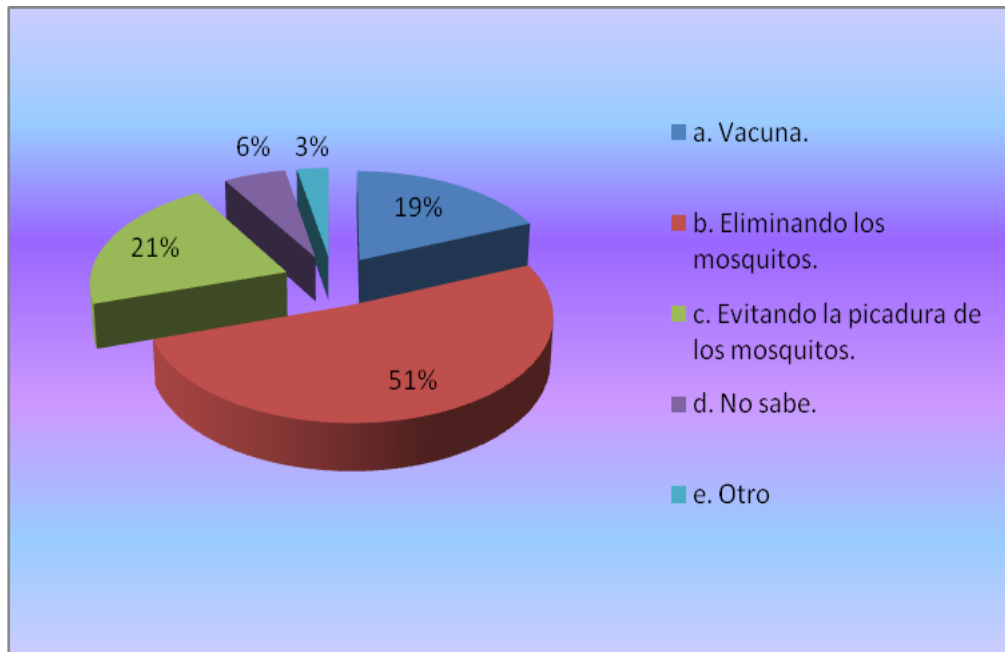
Tabla 22. Distribución porcentual de la población de acuerdo al nivel de conocimientos sobre el dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



La grafica muestra que el 56% de la población participante del estudio tiene un grado de conocimientos sobre el dengue deficiente, donde sus respuestas acertadas oscilaron entre 6 y 10 de 16.

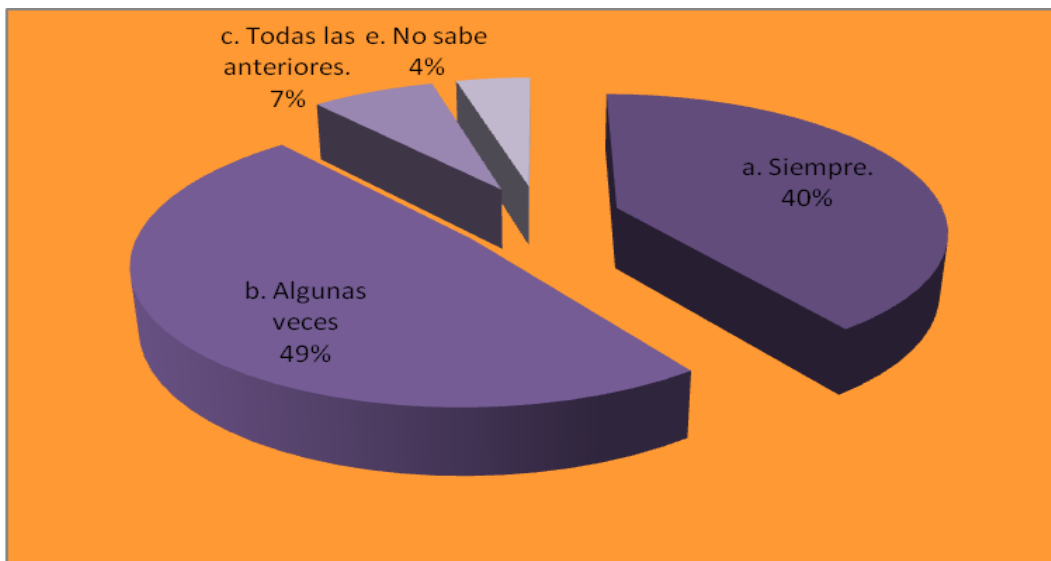
A continuación aparecen las graficas de las preguntas en las que hubo mayor error al contestar y que son de importantes para el control y prevención del dengue.

Tabla 23. Distribución porcentual de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la prevención del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



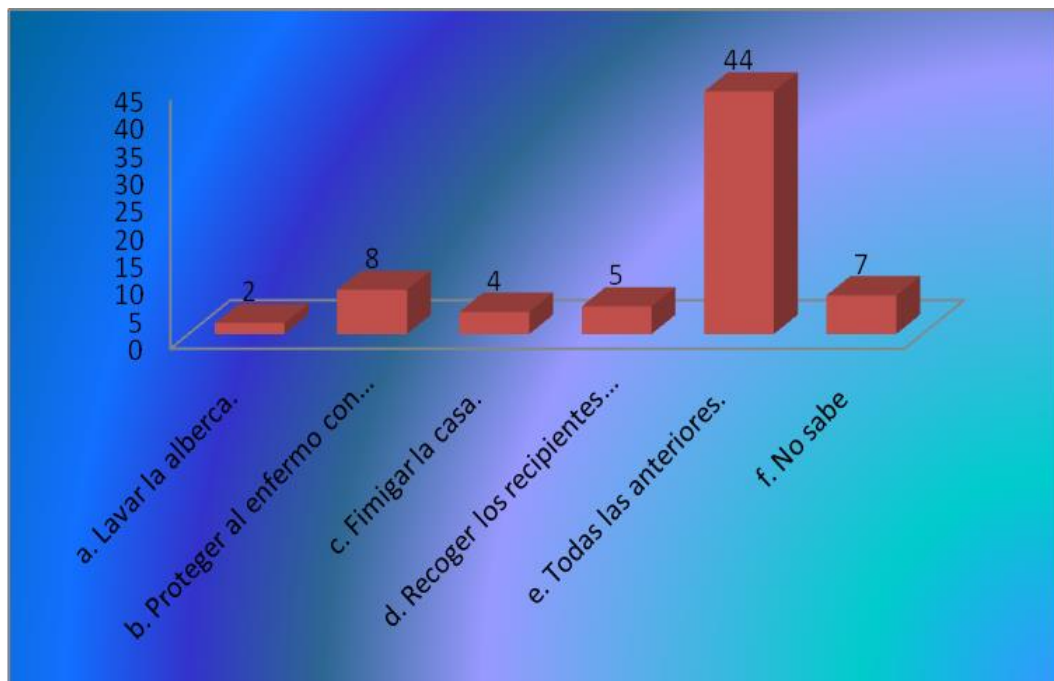
La figura muestra que el 51% del total de los encuestados conocen que eliminando los mosquitos se puede prevenir el dengue. Solo el 6% desconoce la forma de prevenir el dengue.

Tabla 24. Distribución porcentual de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la prevención del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



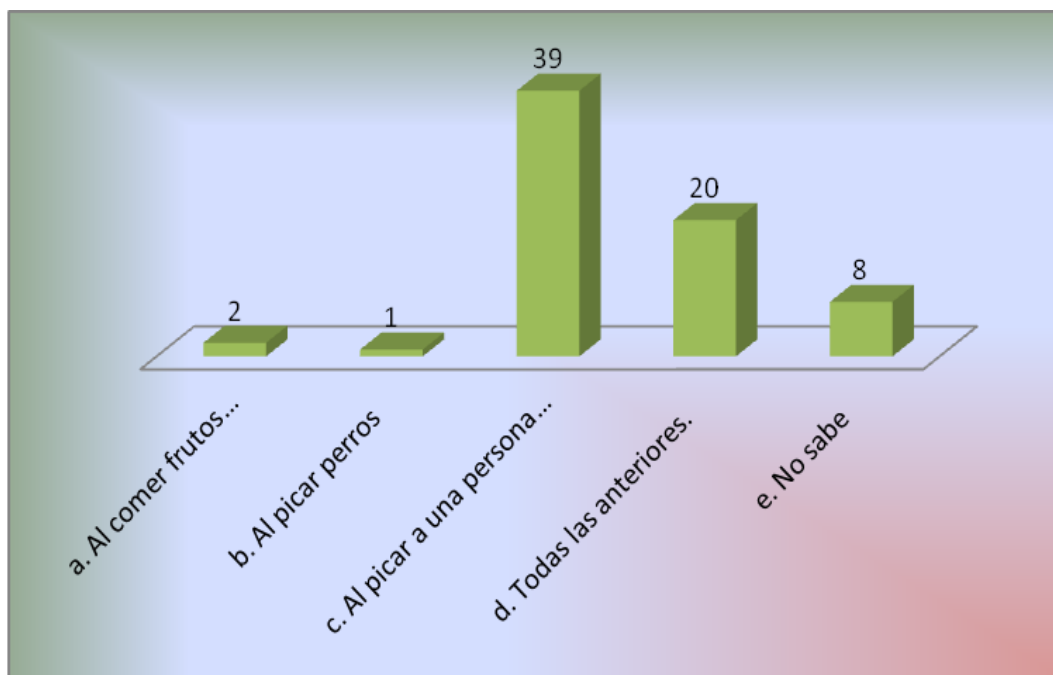
La grafica muestra que el 49% del total de los encuestados saben la frecuencia con que se adquiere el dengue una vez haya picado el mosquito, cabe resaltar que una gran proporción de personas el 51% tienen un concepto erróneo o no saben la frecuencia con que se puede adquirir el dengue una vez haya picado el mosquito predominando el concepto que siempre se adquiere el dengue cuando el mosquito pica con un 40% lo que nos indica que las personas no tienen bastante claro la frecuencia con que se puede adquirir el dengue una vez el mosquito haya picado.

Tabla 25. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a las acciones que se deben ejecutar en la casa cuando hay un enfermo por dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



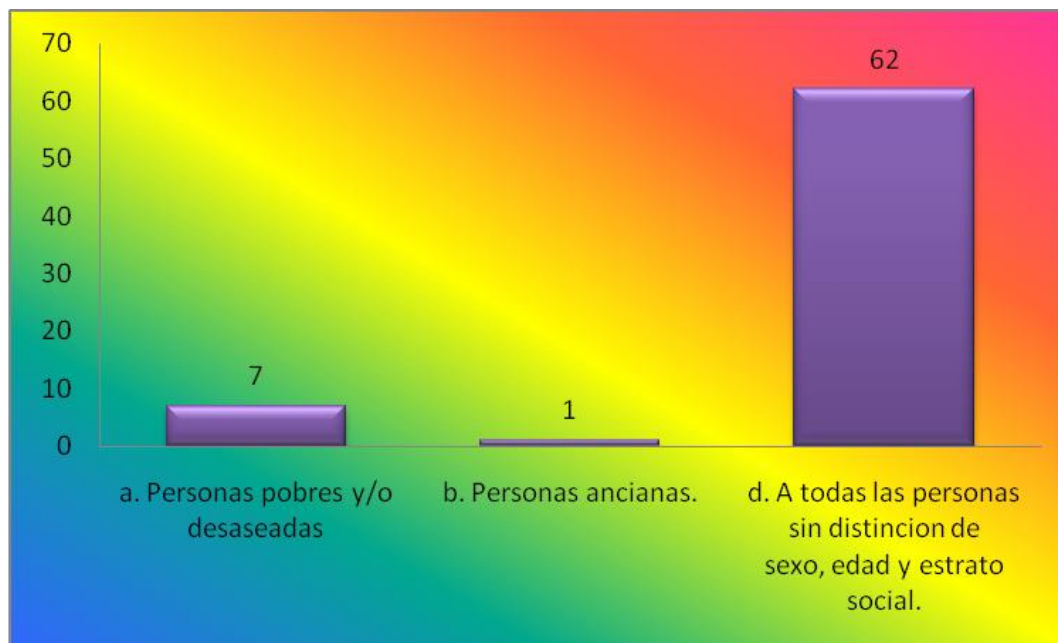
El 62% de las personas participantes del estudio reconocieron las actividades que se deben llevar a cabo al interior del hogar en caso de tener un enfermo de dengue en la casa; pero existe un 10% que manifestó no saber qué hacer ante esta situación.

Tabla 26. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto a la forma como se contamina el mosquito Aedes Aegypti del virus del dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



De las 70 personas participantes del estudio solo 39 reconocen la forma como el mosquito Aedes se contamina del virus del dengue.

Tabla 27. Distribución de la población de acuerdo al conocimiento que poseen respecto al tipo de población que es afectada por el dengue. Barrio El Jardín. Septiembre – Octubre 2007.



Del total de personas participantes del estudio 62 saben que el dengue afecta a todas las personas sin distinción de edad, sexo y estrato social, mientras que 7 personas consideran que es un padecimiento propio de las personas pobres y/o desaseadas.

Actitudes: El 99% de la población tienen una actitud más favorable frente al control y prevención del dengue con un puntaje entre 49-60 en la escala de likert, siendo este el máximo valor.

Prácticas: El 76% de la población tienen prácticas más favorables frente al control y prevención del dengue con un puntaje entre 37-55 en la escala de likert, siendo este el máximo valor.

7. CONCLUSIONES

- Se observa que la población predominante entre los encuestados pertenecen al género femenino, esto debido a que la encuesta fue aplicada directamente en el hogar, lugar donde permanecen con mayor frecuencia las amas de casa; siendo ésta la ocupación predominante dentro del estudio, seguida de los empleados e independientes, siendo esta la razón por la cual el 60% de la población encuestada pueda acceder a un sistema de seguridad social contributivo; llamando la atención que no hay hacinamiento en un alto porcentaje (60%) de las moradas.
- El nivel educativo de la población es bueno predominando la media vocacional con un porcentaje del 37,5% lo que facilita la captación y entendimiento de los contenidos que se proporcionen sobre el dengue, adicional a esto el 80% de las personas son procedentes del Huila lo que hace pensar que están familiarizadas con el tema del dengue dado que es una región en la que frecuentemente se presentan casos de esta enfermedad, aunado a esto está el hecho de que un 88.60% de la población manifestó haber recibido información sobre el dengue.
- Los participantes del estudio indicaron que de los diversos medios de comunicación existentes se han informado sobre el Dengue principalmente de manera verbal, volante y radio. Sin embargo en cuanto a la calidad de información brindada son los volantes, verbal y centro de salud los medios destacados.
- A pesar de que la población cuenta con un cierto grado de educación y de ser en su gran mayoría (80%) del Huila, región donde constantemente se habla del dengue; en cuanto a conocimientos acerca del tema la calificación obtenida fue deficiente en el 60% de los encuestados con un total de respuestas acertadas entre 6 – 10 de 16, siendo éste el número máximo de ítem que se emplearon para evaluar el grado de conocimiento y daba un grado de excelente el cual nadie alcanzó.
- De acuerdo a las actitudes evaluadas, las personas participantes del estudio mostraron una posición menos favorable ante el inciso donde se indica que el abate es una forma eficaz para controlar la reproducción del mosquito dado que 42 dicen estar totalmente de acuerdo sin embargo 28 personas se encuentran distribuidas entre totalmente desacuerdo, de acuerdo en ciertos aspectos o indecisos.

- En cuanto a las prácticas de la población encuestada las actividades que menos realizan son: echar ACPM a sifones o alcantarillas donde 47 de 70 personas manifestaron no hacerlo nunca, solo 8 dicen hacerlo siempre el resto de personas se encuentran distribuidas en realizarla algunas veces, rara vez y frecuentemente; usar toldillo actividad que 55 personas manifestaron no hacerlo nunca y echar agua caliente a los sifones semanalmente donde 21 personas indicaron no hacerlo nunca, 15 algunas veces mientras que solo 28 lo hacen siempre.

8. DISCUSIÓN

La población predominante de los encuestados pertenecen al género femenino debido a que la encuesta fue aplicada directamente en el hogar, siendo allí el lugar donde permanecen con mayor frecuencia, pues es la mujer quien se preocupa por llevar a cabo acciones de aseo y mantenimiento en general. De lo anterior se deriva la importancia de diseñar y ejecutar acciones de educación en salud a este grupo actor directo de la implementación de las medidas de prevención como GRUPO DE RIESGO.

El nivel académico alcanzado por las personas participantes del estudio sugiere buena comprensión y aceptación de los contenidos brindados sobre el dengue. Cabe resaltar que no es una población con educación técnica o superior, por lo tanto, se hace necesario el continuo “uso de los términos populares dentro de las comunicaciones diseñadas para informar a la población sobre procesos de salud-enfermedad en la comunidad permitiendo su apropiación de modo que tenga posibilidades de generar nuevos conocimientos y permita el continuo cambio de actitud frente a la conservación de la salud y la aparición de la enfermedad con adopción de prácticas deseadas, desarrollando a demás material educativo para la comunidad”¹⁹, teniendo en cuenta que la percepción de la comunidad sobre la posibilidad de controlar el problema es la condición necesaria para el fomento de la participación sostenida de la sociedad en su conjunto.

El problema del déficit de conocimiento no ha incidido drásticamente en la adopción de conductas deseables. De hecho, la presencia de conocimientos es solo una de las condiciones para que se generen las conductas protectoras, pero su sola existencia no determina la aparición de comportamientos saludables.

El hallazgo sobre la búsqueda de atención médica señala la conducta de la comunidad sobre la percepción de riesgo de la enfermedad y la necesidad de atención médica en estos casos. Sería deseable la búsqueda de atención médica por parte de las personas que muestren cuadros compatibles con dengue de modo que estas personas recibiesen un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, además de que quedasen notificadas dentro del sistema de vigilancia en salud pública.

La información reportada sobre los medios de comunicación por los que han recibido información sobre prevención y control de dengue en el barrio El jardín sugieren que la comunidad tiene preferencia por el uso de medios masivos de comunicación tales como radio, volantes y de forma verbal, es necesario

¹⁹ Revista Orinoquia, Universidad de los Llanos, Villavicencio Meta. Colombia. Vol. 10 No.1. 2006.

reforzar la comunicación de prevención y control del dengue a través de medios masivos de comunicación como televisión, prensa e instituciones de salud haciendo énfasis en este último ya que los datos de búsqueda de información por parte de la comunidad encuestada señala la necesidad de reforzar y “visibilizar” la labor que las instituciones de salud del municipio desarrollan en torno a la educación de la comunidad.

“El uso de los términos populares dentro de las comunicaciones diseñadas para informar a la población sobre procesos de salud-enfermedad en la comunidad permitiendo su apropiación de modo que tenga posibilidades reales de generar nuevos conocimientos y permita que se den cambios de actitud frente a la conservación de la salud y la aparición de la enfermedad con adopción de prácticas deseadas, desarrollando a demás material educativo para la comunidad”²⁰

La percepción de la comunidad sobre la posibilidad de controlar el problema es la condición necesaria para el fomento de la participación sostenida de la sociedad en su conjunto.

La ausencia de prácticas protectoras no está determinada únicamente por la ausencia de conocimiento, sino que además existen en este caso serias barreras para la adopción de conductas deseables. De hecho, la presencia de conocimientos es solo una de las condiciones para que se generen las conductas protectoras, pero su sola existencia no determina la aparición de comportamientos saludables

²⁰ *Ibíd.*

9. RECOMENDACIONES

Elaborar una estrategia orientada a:

- Determinar el medio de comunicación por la cual la población tiene preferencia.
- Evaluar las condiciones en las que esos mensajes se están publicando.
- Formación de asociaciones de vecinos.
- Reforzamiento de la participación comunitaria en las acciones de control comunitario de modo que el problema del dengue sea entendido como un problema de toda la población y cuya solución se fundamente en el desarrollo de planes articulados de todas las organizaciones públicas de salud, educación y saneamiento ambiental.

Las recomendaciones planteadas pueden fortalecer la participación comunitaria en las acciones de prevención y control, de tal manera que la enfermedad del dengue sea entendido como un problema de toda la población y cuya solución se fundamente en el desarrollo de planes articulados de todas las organizaciones públicas y privadas del sector salud, educación y saneamiento ambiental, junto con la comunidad informada y participante de las acciones que le aporten bienestar y calidad de vida a los habitantes del barrio El jardín.

Lo anterior obliga a continuar analizando el tema de dengue en toda su dimensión, magnitud y complejidad de forma coordinada intersectorial e interinstitucional donde el eje principal sea la comunidad.

Incentivar a la comunidad para que haga visitas periódicas al centro de salud, de modo tal, que éstas sean citas de control y sirvan para prevenir o en su defecto tratar una enfermedad en sus etapas iniciales; y que a la vez sirvan para que los profesionales de la salud proporcionen información pertinente y actualizada respecto a la prevención y control del dengue.

Previo al inicio de una jornada de fumigación por parte de la Secretaria de Salud departamental, informar a la comunidad el día y hora en que se llevará a cabo, de esta manera es posible que haya mayor compromiso y las personas permanezcan en casa permitiendo que se realice la actividad.

BIBLIOGRAFIA

BEHRMAN, Richard. Tratado de Pediatría. Edición 16. México. Macgraw- Hill. Vol. I.

BENÍTEZ-LEITE S, MACHI ML, GIBERT E, RIVAROLA K, Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. [Artículo en Internet]. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 15 de octubre de 2007]

DELGADO R., Martha Beatriz. Aspectos éticos de toda investigación consentimiento informado. [Artículo en Internet]. http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/2002/vol_2/PDF/Aspectos%20eticos.pdf.> [Consulta: octubre 29 de 2007]

Dengue en las Américas septiembre, 2007. [Artículo en Internet]. <http://www.cub.ops-oms.org/documentos/BOLETIN%20REGIONAL%20A%20SEPTIEMBRE%20E%202007.pdf>> [Consulta: 29 de octubre de 2007]

FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. Ediciones en CD ROM. Edición13.

FAUCI, Anthony et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Edición 14. España: Macgraw- Hill. Vol. 1; 1998. 1311 p.

GUTIERREZ VALENZUELA, Luz Myriam. SANCHEZ CABRERA, Jaime Alejandro. TEJADA VALBUENA, Alberto. Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas en prevención y control del dengue en los barrios villa del prado y cristo rey del municipio de Pitalito durante el segundo semestre del año 2006. [Tesis de especialización]. Neiva. Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. 2007

JARAMILLO, Luís Eduardo, OROZCO, José, SANCHEZ, Ricardo, CARDENAS, María Luisa, GARCÍA, Oscar. Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades colombianas. Bogotá, D.C: imprenta nacional de Colombia; 2005. 12, 16 p.

JARAMILLO, Luís Eduardo, OROZCO, José, SANCHEZ, Ricardo, CARDENAS, María Luisa, GARCÍA, Oscar. Protocolo de estudio e instrumentos validados para estudios de utilización de medicamentos es consumo. Bogotá, D.C: Imprenta nacional de Colombia; 2005. 12 – 16 p.

MENA FARFÁN, Karl Vladimir, GLOSARIO DE COMUNICACIÓN. [Artículo en Internet].

http://www.google.com.co/search?hl=es&defl=es&q=define:Actitud&sa=X&oi=glossary_definition&ct=title [Consulta: octubre 29 de 2007]

MORALES, Valeria. Virus del dengue. [Artículo de internet].

<http://www.monografias.com/trabajos34/virus-dengue/virusdengue.shtml#nomen;1997> [Consulta: 12 de marzo de 2007].

MORANJES IGLESIAS, Arabel. Cómo seleccionar el tamaño de una muestra para una investigación educacional? [Artículo de internet].

<http://www.monografias.com/trabajos42/seleccion-muestra/seleccion-muestra.shtml>. [Consulta: 12 de noviembre de 2007]

OLIVARES Roberto. Dengue, Crónica de una Epidemia Anunciada: Transmisión, Cuadro Clínico y Diagnóstico Diferencial (II). [Artículo en Internet].

<http://www.medwave.cl/perspectivas/medicina/dengue/2.act> [Consulta: 27 febrero de 2007]

RESTREPO, Ángela, ROBLEDO, Jaime. Enfermedades Infecciosas. Edición 5. Medellín Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 1996. 689 p.

SALGADO DE PANQUEBA, Doris. CASTRO BETANCOURT, Dolly. Caracterización Clínica y Epidemiológica de Dengue Hemorrágico en Neiva, Colombia, 2004. [Artículo en Internet].

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a07.pdf> [Consulta: octubre 29 de 2007]

SALGADO DE PANQUEBA, Doris. Dengue / Dengue Hemorrágico una Puesta al Día. Neiva: Grafo plast; 2003. 7 – 26 p.

ZARATE, María Luisa. Arbovirus y arbovirus en México. [Artículo en Internet].

<http://www.fmvz.unam.mx/fmvz/cienciavet/revistas/CVvol2/CVv2c6.pdf> [Consulta: octubre 29 de 2007]

ANEXOS

Anexo A ENCUESTA A LA COMUNIDAD

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PROGRAMA DE ENFERMERIA OCTAVO SEMESTRE

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS HABITANDES DEL BARIO EL JARDÍN ACERCA DEL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2007

OBJETIVO

Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen los habitantes del barrio El Jardín de la ciudad de Neiva respecto al control y prevención de la Fiebre Dengue para plantear de acuerdo a su idiosincrasia recomendaciones que contribuyan al mejoramiento de las estrategias existentes para la prevención y control del Dengue, como apoyo indispensable para llevar a cabo una nueva cultura social frente a la problemática del evento.

ASPECTOS GENERALES

1. Dirección _____
2. Fecha de encuesta: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3. Género:
 - a. Masculino:
 - b. Femenino
4. Edad: _____
5. Escolaridad: (única respuesta. Registrar el máximo grado alcanzado).
 - a. Primaria incompleta.
 - b. Primaria (completa).
 - c. Secundaria (sexto a noveno. Completa)
 - d. Media vocacional (décimo a once. Completa)
 - e. Superior (profesional, técnico, tecnólogo. Completa)
 - f. Ninguna ____
6. Régimen social:
 - a. Contributivo
 - b. subsidiado.
 - c. otro

7. Procedencia:

- a. Neiva
- b. Otros municipios del Huila
- c. Otras regiones
- d. Zona Rural
- e. Zona Urbana

8. Estrato socioeconómico:

- a. Estrato I
- b. Estrato II
- c. Estrato III

9. Actividad laboral:

- a. Empleado
- b. Desempleado
- c. Independiente
- d. Indigente.
- e. Pensionado
- f. Ama de casa
- g. Estudiante

10. Personas por casa: _____

Fuentes de información

11. Ha recibido información relacionada con el dengue?

- a. Si ____
- b. No ____ (pase a la pregunta 14).

12. De los siguientes medios de comunicación, a través de cuáles ha recibido información sobre el Dengue?

- a. Radio
- b. Televisión Nacional
- d. Televisión Local
- c. Prensa Nacional
- d. Prensa Regional
- f. Volantes
- g. Centro de salud u Hospital
- h. colegio o escuela
- i. Verbal (por la promotora de salud o técnico de saneamiento)
- j. Otro. Cual:

13. Califique de 1 a 3 la información recibida por cada medio de comunicación en los aspectos de la enfermedad (signos, síntomas, gravedad, transmisión y control).

Registre así:

- 1. Nada de información.
- 2. Información insuficiente.
- 3. Información completa y clara.

- a. Radio___
- b. Televisión Nacional. ____
- d. Televisión Local. _____
- c. Prensa Nacional. _____
- d. Prensa Regional. _____
- f. Volantes. ____
- g. Centro de salud u Hospital. ____
- h. colegio o escuela. _____
- i. Verbal (por la promotora de salud o técnico de saneamiento). ____
- j. Otro. ____

14. Las campañas de prevención y control sobre el dengue han sido oportunas y eficaces.

- a. Si
- b. NO

15. Considera que está en riesgo de enfermar de dengue?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe (Si su respuesta es no, o no sabe, pasar a pregunta 17)

16. Porque considera que está en riesgo de enfermar de dengue?

- a. Existen criaderos para zancudos en las viviendas
- c. Presencia de zancudos
- d. Todas las anteriores
- e. No sabe

CONOCIMIENTOS

17. El dengue es transmitido por:

- a. Perros
- b. Moscas.
- c. Mosquito Aedes Aegypti
- d. Gatos

18. El dengue se adquiere por:

- a. Por falta de vacuna
- b. Por transmisión sexual
- c. Picadura del mosquito Aedes Aegypti
- d. No sabe

19. El nombre común del dengue clásico es:

- a. Virosis.
- b. Rompe huesos
- c. Calentura
- d. Beri-beri
- e. No sabe

20. Como se puede prevenir el dengue? (una sola respuesta).

- a. Vacuna
- b. Eliminando los mosquitos
- c. Evitando la picadura de mosquitos
- d. No sabe

21. Donde nace y se cría el mosquito Aedes Aegypti:

- a. Agua sucia.
- b. En albercas sin tapas y llantas
- c. No sabe

22. Cuáles métodos conoce para eliminar, controlar y/o evitar la picadura de los mosquitos? (una sola respuesta).

- a. Uso de insecticidas en el hogar
- b. Aplicación de químicos por las personas de Secretaría de Salud
- c. Uso de repelentes
- d. Uso de toldillos
- e. Eliminación de criaderos
- f. Limpieza de albercas o tanques de almacenamiento de agua
- g. Todas las anteriores
- h. No sabe

23. Cuando el mosquito Aedes Aegypti pica se adquiere el dengue:

- a. Siempre.
- b. Algunas veces.
- C. Todas las anteriores.
- D. Nunca.

24. Cuando una persona está enferma por dengue siente:

- a. Fiebre, dolor en los huesos, dolor de cabeza y vómito.
- b. Estreñimiento.
- c. Fiebre, dolor de garganta y dolor en los huesos ____
- d. Dolor de cabeza, fiebre y tos ____
- e. No sabe

25. Que debe hacer cuando usted o un familiar tiene dengue (una sola respuesta) ?

- a. Acudir de inmediato al médico
- b. Tomar abundante líquido
- c. No automedicarse
- d. Todas las anteriores
- e. No sabe

26. Cuando hay un enfermo de dengue en la casa es necesario (una sola respuesta):

- a. Lavar la alberca
- b. Proteger al enfermo con un toldillo
- c. Fumigar la casa

- d. Recoger los recipientes del patio
- e. Todas las anteriores
- f. No sabe

27. En qué lugares de la casa se puede encontrar el mosquito Aedes Aegypti.

- a. En los zapatos
- b. En closet y lugares oscuros.
- c. En Lugares iluminados.
- d. Ninguno de los anteriores.

28. Son criaderos en la casa para el mosquito Aedes Aegypti:

- a. La tierra.
- b. Basuras.
- c. Floreros, albercas sin tapas.
- d. Los perros.

29. De los zancudos que transmiten el dengue quien al picar transmite el virus del Dengue es:

- a. Hembra Aedes Aegypti
- b. Macho Aedes Aegypti
- c. Larva
- d. hembra y macho Aedes Aegypti
- e. No sabe

30. A qué horas pica el zancudo que transmite el dengue?

- a. Solo por la mañana
- b. Durante todo el día
- c. Durante la noche
- d. Solo por la tarde
- e. No sabe

31. Como se contamina el mosquito del virus del Dengue

- a. Al comer frutos contaminados
- b. Al picar perros
- c. Al picar a una persona infectada del virus del Dengue
- d. Todas las anteriores.

32. El dengue solo afecta a:

- a. Personas pobres y/o desaseadas.
- b. Personas pobres.
- C. Personas ancianas
- d. Niños
- e. A todas las personas sin distinción de sexo, edad y estrato social.

PRACTICAS

Califique las prácticas que usted desarrolla para la prevención y control del dengue teniendo en cuenta la siguiente tabla:

- a. Si nunca realiza esa actividad. (1)
- b. si rara vez realiza la actividad (2)
- c. Si algunas veces realiza la actividad. (3)
- d. Si frecuentemente realiza la actividad. (4)
- e. Si siempre realiza la actividad. (5).

MEDIDAS DE CONTROL

- 33. Tapar los recipientes donde se almacena el agua para uso domestico.____
- 34. Secar los charcos existentes cerca de la casa y rellenarlos con tierra o arena. ____
- 35. Guardar bajo techo recipientes que puedan almacenar agua: llantas, frascos, tarros. ____
- 36. Botar o perforar objetos que puedan contener agua.____
- 37. Limpiar canales de agua y retirar hojas secas.____
- 38. Podar o desyerbar jardines y solares____
- 39. Lavar semanalmente las albercas.____
- 40. Echar semanalmente aceite quemado o ACPM a sifones, charcos y alcantarillas.____
- 41. Fumigar la casa y suministrar abate a la alberca.____
- 42. Utilizar toldillo en la casa____
- 43. Echar agua caliente en los sifones semanalmente.____

ACTITUDES

Marque la respuesta que considere, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

- a. Totalmente en desacuerdo (1)
- b. En desacuerdo en ciertos aspectos (2)
- c. Indeciso (3)
- d. De acuerdo en ciertos aspectos (4)
- e. Totalmente de acuerdo (5)

ITEM

- 44. El dengue es tan grave que puede ocasionar la muerte.____
- 45. Es necesario el lavado de albercas, tanques o canecas al menos cada mes.____
- 46. Las llantas que no utiliza y que se tienen a la intemperie, es conveniente llenarlas con tierra o arena.____
- 47. Las botellas vacías se deben juntar y colocar en un lugar apartado de la vivienda, boca abajo.____
- 48. Es necesario cambiar el agua de los floreros o materas, todos los días.____
- 49. La eliminación de criaderos es el único método para prevenir el dengue.____
- 50. La falta de organización y participación comunitaria, dificultan la eliminación de los criaderos y control del mosquito.____
- 51. A pesar de que mis vecinos no eliminan los criaderos, yo debo eliminar los que hay en mi casa. ____
- 52. La reproducción del mosquito es controlable. ____

53. Las medidas de control no sirven de nada, si las familias y comunidades no las aplican.____

54. Permitiría la fumigación en su casa.____

55. El abate es una forma eficaz de controlar la reproducción del mosquito.____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR

IDENTIFICACION No.

Anexo B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA ENFERMERÍA

PARA REALIZAR LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES DE LOS HABITANDES DEL BARRIO EL JARDIN ACERCA DEL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE AGOSTO – SEPTIEMBRE 2007 ENCUESTA A LA COMUNIDAD

Señor(a) reciba un cordial saludo,

La Universidad Surcolombiana a través de sus alumnas de octavo semestre, del programa de Enfermería adelantaran una investigación que permita la evaluación de las actitudes, conocimientos y prácticas generadas por la alerta presentada a partir de los altos índices aédicos, y de las medidas de prevención y control adelantadas por la Secretaría de Salud Municipal y por los habitantes del barrio El Jardín la Comuna No.5 del Municipio de Neiva (Huila).

Los resultados del presente estudio permitirán realizar recomendaciones pertinentes frente a la estrategia IEC en el tema del dengue enfermedad de interés en salud pública, y de esta forma implementar planes de mejoramiento al respecto a nivel escolar y comunitario.

Usted ha sido una de las personas seleccionadas al azar entre la población residente en el barrio El Jardín, para colaborar en el presente estudio, contestando de forma veraz, la presente encuesta, que permita revisar y evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el Dengue.

La información por usted suministrada en la presente encuesta sólo será utilizada para efectos de la evaluación de las estrategias IEC adelantadas en el municipio y NO con otro fin. Por esta misma razón es completamente confidencial.

Es importante además, aclarar que no debe aportar ningún tipo de muestras de origen biológico (orina, sangre, saliva), bienes o dinero alguno para participar en el estudio. La persona que aplicará la encuesta se identificará debidamente como estudiante de octavo semestre del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana.

Si requiere información más detallada se puede comunicar a:

- Secretaría de Salud Departamental del Huila, Danny Quintero de Perdomo, profesional área de Salud Publica; teléfono 8701980 ext. 109.

Después de haber recibido información amplia y clara del presente estudio y que según Resolución No. 08430 de 1.993, no se considera en riesgo para mi salud, y encontrándome en mis plenas facultades, expreso libre y voluntariamente, que acepto participar en el estudio.

NOMBRE Y APELLIDO-----
IDENTIFICACION-----
FIRMA-----

OBSERVACIONES: Si el seleccionado rehúsa a firmar pero autoriza la encuesta, el encuestador puede firmar.

Si el seleccionado es un menor de edad debe ser firmada por quien ejerza la patria potestad.

PERSONA QUIEN REALIZO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GRACIAS.

ANEXO: C MAPA DEL BARRIO EL JARDÍN

