

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

T E S I S

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN FRENTE AL
DENGUE. SECTOR “A” Y “B” DE MORRO SOLAR- JAÉN, 2013**

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado Por:

Maestrando: Antonio Delgado Rojas

Asesora: Elena Vega Torres

Jaén- Cajamarca -Perú
2015

COPYRIGHT © 2015 by
ANTONIO DELGADO ROJAS
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA



MAESTRÍA EN CIENCIAS MENCIÓN: SALUD PÚBLICA



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN FRENTE AL DENGUE. SECTOR “A” Y “B” DE MORRO SOLAR- JAÉN, 2013

Por: **Antonio Delgado Rojas**

Comité Científico:

Presidente del Comité
Dra. Albila Dominguez Palacios

Primer Miembro Titular
Dra. Rosa Carranza Paz

Segundo Miembro Titular
M.Cs. Insolina Diaz Rivadeneira

Miembro Accesitario
M.Cs. Edita Diaz Villanueva

Asesora
Dra. Elena Vega Torres

Jaén- Cajamarca- Perú

2015

iii

El informe de tesis será parte permanente de la colección de la biblioteca de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca. El autor, autoriza el uso de este informe de tesis para cualquier lector que lo solicite. De igual manera, la posible publicación por parte de la Escuela de Postgrado.

Antonio Delgado Rojas

CONTENIDO

Ítems	Páginas
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS.....	vii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	viii
LISTA DE ABREVIACIONES.....	ix
GLOSARIO.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Base Teórica.....	14
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Contexto de la investigación.....	33
3.2. Tipo y diseño de la investigación.....	34
3.3. Unidad de análisis.....	35
3.4. Población y muestra.....	35
3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	36
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	38
3.7. Aspectos éticos.....	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1. Perfil del poblador objeto de estudio.....	40
4.2. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue.....	44
4.3. Actitud del poblador frente a las medidas de prevención del dengue.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÉNDICES/ ANEXOS.....	73

A:

*Mis queridos padres: Antonio (Q.P.D.D.G) y
Bertha, quienes me dieron la vida y una carrera
profesional para el futuro*

*Mis hermanos por su apoyo constante e incondicional
para ejecutar mis estudios de Post Grado y estar
conmigo en todo momento hasta la culminación de la
tesis.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios ser omnipotente, quien además de regalarme a mi familia, también me regala cada amanecer y la sabiduría para realizar cada reto de mi vida.

A mi familia, quienes me brindaron el apoyo moral indispensable para lograr esta meta.

A mis amigos y compañeros de trabajo por su amistad y haberme animado a concluir la tesis.

Mi especial gratitud a la Dra. Elena Vega Torres, asesora de esta tesis, por haberme guiado y orientado, por su comprensión y disponibilidad de tiempo a lo largo de todo el proceso de investigación.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tablas	Páginas
Tabla 1. Características sociodemográficas del poblador. Sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, 2013.....	40
Tabla 2. Conocimientos generales del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, 2013.....	44
Tabla 3. Actitud del poblador frente a las medidas de prevención del dengue. Sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, 2013.....	53
Tabla 4. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, 2013.....	83
Tabla 5. Valoración de la actitud del poblador frente a las medidas de prevención del dengue. Sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, 2013.....	84
 Gráficos	
Gráfico 1. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B” Morro Solar-Jaén, 2013.....	50
Gráfico 2. Valoración de la actitud del poblador frente a las medidas de prevención y control del dengue. Sector “A” y “B” Morro Solar- Jaén, 2013.....	59

LISTA DE ABREVIACIONES

AINES	:	Anti- inflamatorios no esteroideos.
CAP _s	:	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
IgM	:	Inmunoglobulina M
MINSA	:	Ministerio de Salud.
OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
UCI	:	Unidad de Cuidados Intensivos.
VIV	:	Vía Intravenosa.

GLOSARIO

Aedes aegypti:	Mosquito vector del dengue.
Brote:	Aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico
Comportamiento	Es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.
Conocimientos del poblador:	Conjunto de información que tiene cada una de las personas.
Hiperendemicidad:	Cualidad de una enfermedad endémica en la que pocas personas de una misma comunidad quedan libres de infección en los centros urbanos.
Hogar:	Conjunto de personas que residen habitualmente en una vivienda en particular y se sostienen de un gasto común.
Participación comunitaria:	Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión y evaluación en salud.

Prevención:	Consiste en la eliminación o reducción de la presencia de eventos naturales que pueden constituir un peligro para el ser humano.
Saneamiento ambiental:	Conjunto de técnicas, servicios, dispositivos y piezas destinado a favorecer las condiciones higiénicas en una vivienda o comunidad.
Sector:	Grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.
Serotipo:	Virus del dengue clasificado según los antígenos que presenta en su superficie celular.
Vector del dengue:	Agente que transporta el virus del dengue.
Vivienda:	Lugar delimitado por paredes y cubierto por techos con entrada independiente, donde generalmente las personas comen, preparan alimentos, duermen y se protegen del ambiente.

RESUMEN

El trabajo de investigación Conocimientos y actitudes de la población frente al dengue, en el Sector “A” y “B”-Morro Solar - Jaén, 2013, tuvo como objetivo general: Determinar las diferencias entre el nivel de conocimientos y actitudes frente a la enfermedad del dengue. El estudio fué de tipo descriptivo comparativo, diseño transversal. La muestra estuvo constituida por 139 viviendas de los pobladores del sector “A” y “B”. Para la recolección de la información se aplicó el cuestionario escala tipo Likert, validado por juicio de expertos y prueba piloto. La confiabilidad estadística fue de 0,89. Se concluyó que la mayoría de los pobladores tienen entre 40 a 49 años de edad, con grado de escolaridad primaria, se dedican a las tareas del hogar, de estado civil conviviente y proceden de la zona urbana. Los pobladores del sector “A” y “B” de Morro Solar-Jaén, tienen un nivel alto de conocimientos sobre la enfermedad del dengue y presentan actitud de aceptación frente a las medidas de prevención del dengue. El estudio ha comprobado que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes de los pobladores frente al dengue en el sector “A” y “B”, lo que confirma la H_0 . (*Conocimientos* $p=0.8602$ y *Actitudes* $p=0.7147$)

Palabras Claves: Dengue, conocimientos, actitudes, pobladores.

ABSTRACT

The research skills and attitudes of the population to dengue in the Sector "A" and "B" -Morro Solar - Jaen, 2013, had as its overall objective: To determine the differences between the level of knowledge and attitudes to Dengue disease. The comparative study was descriptive, cross-sectional design. The sample consisted of 139 houses of the residents of the area "A" and "B". To collect information Likert scale questionnaire validated by expert judgment and pilot test was applied. The statistical reliability was 0.89. It was concluded that the majority of people are between 40-49 years of age with grade school, engaged in household chores, common law marriage and come from urban areas. The residents of the area "A" and "B" Morro Solar-Jaen, have a high level of knowledge about the disease dengue and present attitude of acceptance measures against dengue prevention. The study noted that there was no significant difference between the level of knowledge and attitudes of the people against dengue in the area "A" and "B", confirming the H0. (P = 0 8602 Knowledge and Attitudes p = 0 7147)

Keywords: Dengue, knowledge, attitudes, people.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el dengue a nivel mundial, es un problema de salud pública que afecta a los países del trópico y coloca una enorme carga en los sistemas de salud y en la población en general¹. Los cambios climáticos que se han presentado en los últimos años han tenido un impacto importante sobre la presencia de la enfermedad de manera que los casos de dengue han mostrado un aumento importante en diferentes zonas geográficas².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que más de 100 países han sido afectados por epidemias de dengue, y dos billones y medio de personas están en riesgo². Anualmente ocurren más de 50 millones de casos de dengue, 500 mil casos hospitalizados y 20 mil defunciones; de los cuales el 95 por ciento de los casos son niños. El control de la enfermedad es costoso y las epidemias ocasionan un importante impacto negativo en el desarrollo socioeconómico de los países³.

En Latinoamérica, se registraron más de 1,8 millones de casos y 1,167 muertes. Se detectaron brotes en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, México, Venezuela, Puerto Rico, República Dominicana, incluidas áreas en el Caribe y en los Estados Unidos. Gran parte de las infecciones no se comunican a las autoridades, por lo que las estadísticas subestiman la incidencia real⁴.

En el Perú, el dengue representa un problema prioritario de gran magnitud. Dado que el vector *Aedes aegypti* infesta a más de 17 regiones del territorio nacional. En el año 2012 se registró 29 mil casos y 38 fallecidos por dengue. El Ministerio de Salud (MINSA) detalló que el 82 por ciento de los casos de la enfermedad se presentaron en las regiones selváticas de Ucayali, Loreto, Amazonas, Madre de Dios, San Martín, y las ciudades norteñas de Piura y Cajamarca⁵.

Posiblemente los casos de dengue aumentaron por ciertos factores como: nuevas variantes genéticas del virus, circulación simultánea de varios serotipos, crecimiento urbano no planificado, hacinamiento, colapso de los servicios públicos (agua y saneamiento), servicios médicos inadecuados, desplazamiento y pobreza; deterioro de los programas de prevención, control y escasa educación sanitaria, fenómenos climatológicos externos, afectando la economía de las Américas, originando grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control del vector⁶.

Otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del vector en áreas donde el dengue es endémico; el rociado con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente, la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento del hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico⁷. Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, cambios en la política de salud pública que pone énfasis en responder a las epidemias con alta tecnología dirigida al control del mosquito más que a prevenir las epidemias con medidas de

saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, método que ha demostrado ser efectivo⁸.

En Cajamarca, durante el año 2012, se registró 3167 casos⁹, y en el mismo año en la provincia de Jaén se reportó 3842 casos en los distritos de Jaén (3608), Bellavista (88), Huabal (13), Pomahuaca (03), Pucará (15), San José del Alto (03), Santa Rosa (4), San Ignacio (77), Huarango (03) y San José de Lourdes (28). De estos casos notificados se confirmaron 3138. La Tasa de Incidencia Acumulada a nivel de la Sub Región de Salud Jaén, fue de 243,1 x 100 000 habitantes¹⁰.

En la ciudad de Jaén, en el sector “A” y “B” de Morro Solar, se evidencia un incremento de la población en forma rápida y desorganizada, con bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad del dengue, conduciendo a actitudes de indiferencia de la población para participar en las actividades de prevención de los riesgos y promoción de la salud. Otros aspectos que se observan en las viviendas es la insuficiente provisión de agua que obliga a su almacenamiento en recipientes descubiertos, inadecuada recolección de residuos sólidos y gran producción de objetos inservibles que sirven como criaderos de los mosquitos.

Estas son las razones que fundamentó plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué diferencia existe entre el nivel de conocimientos y actitudes del poblador frente a al dengue en el sector “A” y “B” de Morro Solar - Jaén, 2013?

Las hipótesis que guió la investigación fue:

H_a Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes del poblador frente a la enfermedad del dengue en el sector “A” y “B” de Morro Solar - Jaén.

H_0 No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes del poblador frente al dengue en el sector “A” y “B” de Morro Solar - Jaén.

El objetivo general de la investigación estuvo orientado a Determinar la diferencia entre el nivel de conocimientos y actitudes del poblador frente al dengue en el sector A” y “B” de Morro Solar – Jaén y los objetivos específicos fueron: a) Describir el perfil del poblador objeto de estudio; b) Comparar el nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue en el sector “A” y “B” de Morro Solar; c) Comparar la valoración de las actitudes del poblador frente a las medidas de prevención del dengue en el sector “A” y “B” de Morro Solar.

Actualmente la enfermedad del dengue es una de las infecciones importantes del ser humano en términos de morbilidad, y uno de los problemas de salud re-emergentes que con mayor rapidez se expande en América Latina¹². Además, en los últimos años ha pasado de una infección hipoendémico a hiperendémico en la medida que la circulación de los serotipos de uno a dos ha aumentado a cuatro serotipos. Así mismo, por el bajo nivel de conocimientos y las actitudes de indiferencia y/o rechazo de la población en la aplicación de las medidas de prevención frente a la enfermedad; por ello, la importancia de la realización del estudio.

La investigación analizó con profundidad esta problemática, cuyos resultados ayudarán a los profesionales de la salud a tener una visión de los conocimientos y actitudes del poblador frente al dengue, y a partir de ello planificar programas de intervención permanente y oportuna para mejorar la salud de la población.

El trabajo de investigación está organizado en cuatro capítulos: Capítulo I, La introducción, contiene el problema, hipótesis, objetivos y justificación del estudio. El capítulo II, El marco teórico, detalla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas del estudio. El capítulo III, Marco metodológico, que describe el contexto del estudio, tipo y diseño de investigación, unidad de análisis, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y los criterios éticos. El capítulo IV, Resultados y discusión y finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Al revisar investigaciones relacionadas al objeto de estudio, se encontró escasa información, citándose algunos estudios:

En el barrio de Asunción- Chile, Benítez, et al¹¹ realizaron un estudio en el año 2002, sobre Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue, quienes obtuvieron los siguientes resultados: el 96,8 por ciento conocía la presencia actual de una epidemia de dengue y que los mosquitos podían transmitir enfermedades; el 89 por ciento no estaba organizado en su comunidad para luchar contra el dengue; el 61,8 por ciento cumplió con las medidas higiénicas de prevención; el 88,2 por ciento tienen conocimiento sobre como eliminar los criaderos de los mosquitos.

En el mismo estudio, al ser indagados dónde depositaban sus huevos los mosquitos el 70,1 por ciento respondió "en cualquier lugar donde esté un depósito de agua limpia y estancada" y el 18,7 por ciento "en los lugares donde se arrojan los desechos". Concluyen que la población estudiada posee conocimientos adecuados con respecto a las características del dengue y el control de los mosquitos. Existe escasa participación en actividades comunitarias. Los conocimientos adecuados no necesariamente derivan en prácticas preventivas.

Sánchez, et al¹² realizaron un estudio sobre Evaluación de la implementación de las actividades para el control y prevención del dengue en las unidades de salud que pertenecen al Sibasi Cojutepeque- El Salvador en el año 2006, concluyen que la población tiene conocimientos excelentes que el zancudo es el que transmite la enfermedad del dengue y tiene conocimientos deficientes acerca de los lugares de reproducción del zancudo, porque solamente mencionan las pilas y barriles, llantas y floreros como los sitios de crianza, de ahí que la población no lleven a cabo acciones adecuadas para la erradicación de larvas de *Aedes Aegypti* y del zancudo adulto. Estos conocimientos deficientes son un reflejo de educación que la población recibe a través de los medios de comunicación, la visita domiciliaria, e información en los servicios de salud.

Hoyos, et al¹³ realizaron un estudio para determinar El nivel de conocimientos sobre dengue, en San Mateo, Municipio Libertad, Anzoátegui, República Bolivariana de Venezuela, en el año 2007. Los resultados señalan que el 72,5 por ciento de los entrevistados tuvo un nivel de conocimiento bajo a pesar que esta enfermedad es endémica. El 53,8 por ciento del total de entrevistados no identificó los síntomas de la enfermedad y sólo el 20 por ciento acudió al médico. El 72,5 por ciento no conocía y el porcentaje restante identificó el nombre del mosquito con el nombre de "patas blancas". Además el 72,5 por ciento desconocía como se previene el dengue, a pesar que en esta localidad que presenta un número importante de casos, cuya problemática se acentúa si se tiene en cuenta que no se diagnóstica al mayor número de ellos, por no acudir a los centros asistenciales.

Cáceres, et al¹⁴, investigaron Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en dos barrios de Bucaramanga - Colombia en el año 2009. Los resultados fueron: el 84,8 por

ciento describe al dengue como una enfermedad muy grave; el 37,6 por ciento indica que la enfermedad es transmitida por zancudo y el 9,2 por ciento producida por virus. Entre los signos y síntomas reconocieron a la fiebre (88,6%), vómito (54,7%), diarrea (43,0%), cefalea (37,8%), dolor óseo (30,5%) y muscular (17,0%). Para prevenir esta enfermedad señalaron que evitan agua estancada (44,7%), lavan la pila (27,2%), limpian la casa (15,8%) y fumigan (14,2%). Cuando enferman de dengue: lo llevan al médico (63,8%), al hospital (20,1%), lo automedican (12,0%). Concluyen que los conocimientos sobre el dengue son deficientes, las actitudes buenas aunque no óptimas, pero las prácticas son muy pobres sobre todo en lo referente a la participación comunitaria. Se requiere incentivar acciones que motiven a las personas a mejorar sus conocimientos y llevarlos a la práctica.

Cooke, et al¹⁵, investigaron Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios del Corregimiento de Porcristi, distrito de Aguadulce, provincia de Coclé. Panamá Bucaramanga, 2009. Obtuvo los siguientes resultados: La mayoría de las personas son de sexo femenino (77,2%), tienen entre 31-40 años de edad (24,7%), con escolaridad secundaria incompleta (28,7%). Sabían que el dengue era un virus transmitido por un mosquito, pero desconocía el horario de alimentación del mosquito. Manifestaron que se evitan las formas de criadero del dengue, eliminando las aguas estancadas y limpiando las vasijas de sus casas. Respecto a las medidas preventivas para evitar la picadura de los mosquitos es fumigando dentro de sus hogares y alrededores con químicos. En cuanto a las actitudes es de indiferencia en los pobladores de los dos barrios del Corregimiento de Porcristi, debido a que la mayoría no participan en actividades comunitarias para prevenir el dengue.

González, et al¹⁶, investigaron El nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti* en comunidades del municipio Diez de Octubre, La Habana Cuba, 2010. Concluyen que los factores considerados como favorecedores de los criaderos son los tanques con agua destapados, los salideros, los matorrales, los pomos destapados a la intemperie, las gomas viejas al descubierto, las plantas en agua, los huecos con agua, los floreros y los vasos espirituales con agua. Las actitudes y prácticas que se deben mantener para la prevención del mosquito *Aedes aegypti* son tapar y revisar los depósitos de agua y aceptar la visita del campañista. La población estudiada tiene un nivel alto de conocimientos, pero las actitudes y prácticas son desfavorables- insuficientes para la erradicación del vector y la prevención de la enfermedad del dengue.

Según el estudio sobre Efectividad de las medidas de promoción y prevención del dengue de los habitantes de la ciudad de Tostado-Panamá, realizado por Miragaya¹⁷ en el año 2010. Concluye que los participantes con nivel de instrucción primaria y los analfabetos tienen mayor probabilidad de presentar la enfermedad del dengue o síndrome febril ($p < 0.001$). Las actitudes dirigidas al control del dengue son aceptables pero las prácticas insuficientes. Realizar actividades de prevención no solamente durante períodos de brote, colocar como centro de la estrategia al vector y fortalecer la capacidad del personal de salud y de la población en general.

En la Aldea de Monterrico, departamento de Santa Rosa, Guatemala, realizó un estudio Carne y Álvarez¹⁸ en el año 2010 sobre El perfil clínico, epidemiológico y social del dengue clásico y hemorrágico, entre sus habitantes en el año 2010, concluyen que la población en general presenta un conocimiento muy universal y superficial de lo que es el dengue y

su epidemiología. El 63,7 por ciento de las personas que habitan en el lugar afirman saber el proceso de transmisión de la enfermedad y los síntomas que en ella se desarrollan, pero al preguntar sobre las características propias del vector transmisor del dengue el 70,9 por ciento contestaron que no sabían cuál era el mosquito y como identificarlo.

Estudio realizado por Maltez¹⁹ sobre El grado de percepción de riesgo para contraer el dengue en el Barrio Blanca Segovia, ubicado en el Distrito V de la ciudad de Managua en el año 2010, señala que la mayoría de los entrevistados son 40 ± 10 años (23,3%), religión católica (56%), son personas solteras (46,7%), grado de instrucción superior (36,7%), cuenta con servicio de agua potable (73,3%). Respecto al conocimiento de la población sobre el dengue: El 60 por ciento de los entrevistados manifestaron que la principal forma de transmisión es a través del piquete de zancudo infectado.

Asimismo, reconoce la enfermedad por sus síntomas, fiebre (66,7%), decaimiento (36,7%), diarrea (30%), náuseas (23%), cefalea, dolor osteomuscular, dolor abdominal (20%) y diarrea con sangre (3,1%). Entre las medidas preventivas que realizan: limpieza general (26,7%), eliminar charcos (13,3%), abatizar (10%). Ante un paciente con dengue, el mayor porcentaje manifestó que debería tomar acetaminofén, diclofenaco (53,3%, 16,7%), visitar al médico (13,3%), tomar sales de rehidratación Oral (10%) y antibiótico (3,3%). Entre las actitudes para contrarrestar el dengue, señalaron que asisten a charlas (36,7%), pero no tapan los barriles (23,3%), no toman medidas necesarias (20%), falta aseo en la casa (13,3%).

Peraza, et al²⁰ investigaron Los conocimientos y percepciones acerca de dengue contra prácticas preventivas en el municipio Lisa en Cuba, 2010. Los resultados señalan que el

grupo más representado fue de 59 años (37,6%). La ocupación laboral que predominó fueron los trabajadores estatales (30,2%). Prevalció el nivel educacional secundaria (35,6%). Los conocimientos sobre síntomas de dengue mostraron que la fiebre con 81,4 por ciento fue el síntoma más identificado, seguido de dolor de cabeza 66,6 por ciento y dolor muscular 63,3 por ciento. El sitio de cría que la población relacionó más con el mosquito *Aedes aegypti* fue la presencia de basureros en 67,3 por ciento. Las medidas de prevención del dengue fueron: el uso de mosquiteros y las acciones de eliminación de los sitios de cría (limpieza de patios, recipientes con agua tapados y eliminación de depósitos).

Rangel²¹ realizó un estudio sobre Los conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de prevención y control del dengue en las familias residentes en la comunidad de María Chiquita Panamá, 2010. De acuerdo con los análisis de la estadística descriptiva registrados en relación con el conocimiento de las medidas de prevención y control del Dengue en las familias residentes en Mana Chiquita la media fue de 15,7 indicando un nivel de conocimiento calificado de muy bueno de acuerdo a la definición operativa de este estudio. La actitud registró una media de 44,4 de acuerdo con los parámetros establecidos para este estudio se considera como muy favorable.

Velásquez²² investigó Los conocimientos, actitudes y práctica relacionada a la enfermedad del dengue en el Municipio de Río Hondo, departamento de Zacapa, Guatemala el 2011. Concluye que las familias poseen conocimiento acerca del dengue clásico y/o hemorrágico, en su mayoría escaso o nulo, se determinó que el nivel educativo que tienen los infectados es un factor importante debido a que si no saben cómo prevenirlo probablemente en sus hogares no tomarán las medidas preventivas contra el dengue y habrán más probabilidades de brotes de dengue.

Zoraya, et al²³ estudiaron Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue después de la implementación de estrategias de movilización social en Brasil, 2012. Concluyeron que la mayoría de las personas que participaron en el estudio fueron mujeres, de acuerdo con el estado civil, la mayoría de las participantes son convivientes y tienen una pareja estable. Reconocen al dengue como enfermedad, identificando vector y mecanismos de control; consideraron la participación de todos como responsables de su control²⁴.

Hernández, et al²⁵ estudio Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias - Colombia, 2014. Concluyen que los conocimientos sobre dengue son escasos, se adoptan prácticas de riesgo que favorecen el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, se evidencia una actitud favorable para el control del dengue. Se requiere, entonces, promover cambios de comportamiento no solo en la comunidad, sino también, en la manera como los programas de prevención y control se están llevando a cabo.

Autores como Jamanca, et al²⁶ en Lima investigaron sobre Los conocimientos, actitudes y prácticas de dengue, en los distritos de Lima, La Victoria y San Luis, 2004. Concluyen que las dos terceras partes de los entrevistados fueron mujeres. La edad promedio de los entrevistados fue de 42 ± 16 años. EL 76 por ciento tenían un nivel de educación secundaria y superior. El distrito de San Luis mostró el porcentaje más alto de educación superior (38,7%), en relación al Cercado de Lima (27,2%) y La Victoria (22,1%). El 69,2 por ciento de los entrevistados manifestaron conocer la enfermedad, sin embargo sólo 65,4 por ciento tuvo un conocimiento aceptable.

En el mismo estudio manifestaron conocer la enfermedad, el 73,9 por ciento identificaron a la fiebre como principal manifestación clínica, 29,1 por ciento al dolor de huesos y 12,4 por ciento dolor de ojos. El 51,7 por ciento de los entrevistados acostumbra tener floreros o macetas en la vivienda y el 21,9 por ciento acostumbra mantener materiales inservibles dentro de la vivienda. Los moradores de los distritos del Cercado de Lima, La Victoria y San Luis proceden de la sierra peruana, es un factor de riesgo para tener malos conocimientos acerca del dengue. Los residentes de San Luis tuvieron significativamente, menor conocimiento sobre el dengue que los de la Victoria.

Según estudio realizado por Cárdenas²⁷ acerca de Los conocimientos que tienen los pobladores sobre la enfermedad y sus medidas preventivas en el Asentamiento Humano San Francisco jurisdicción del Centro de Salud Santiago Apóstol, de la Red de Salud VI Túpac Amaru de la Dirección de Salud Lima en el año 2007. La totalidad de pobladores desconocen las medidas preventivas del dengue como: el cubrir las fosas sépticas dentro y fuera del hogar, el uso de mosquiteros y uso de repelente y el uso de larvicidas, pero tienen conocimiento sobre la higiene de los depósitos de agua, la periodicidad del recambio de agua y el mantener los depósitos sin uso e inservibles colocados boca abajo.

1.2. Bases Teórica conceptual

Conocimiento

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar conocimiento o dar solución a un determinado problema. Los científicos e investigadores

definen de dos maneras el conocimiento: como una representación mental de la realidad y como la información que se puede transmitir de un ente a otro por vías no genéticas²⁸.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados, que al ser tomados por sí solos, poseen menor valor cualitativo.

El conocimiento se clasifica como:

Conocimiento Científico. El conocimiento científico es un saber ordenado, utiliza el método científico, en las investigaciones, modelos, procedimientos, experimentos, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema y de esta manera explicar porque suceden las cosas. Este conocimiento se adquiere mediante la razón. Es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar. Es objetivo. Es sistemático porque se adquiere con procedimientos y es acumulativo porque sirve de base para otros entendimientos ²⁹.

Conocimiento teológico. Este conocimiento es relativo a Dios, aceptado por la fe teológica. Conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Son conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica historia más exigente²⁸.

Conocimiento filosófico. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, los cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la

experiencia. La filosofía procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes. Habilita, entonces al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.

Conocimiento cotidiano- empírico- espontáneo. El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación²⁸.

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permite a los seres humanos conducirse en su vida y a las diferentes actividades que desarrollan, es decir, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos³⁰.

El conocimiento empírico es el conocimiento basado en la experiencia, percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma; tampoco nos da verdadera universalidad. Según Kant, el conocimiento empírico es a posteriori y por tanto, nunca ofrece certeza universalmente válida. Éste se obtiene por inducción y deducción²⁸.

Características del conocimiento empírico: Es asistemático porque carece de métodos y técnicas. Es superficial porque se forma con lo aparente. Es sensitivo porque es percibido por los sentidos y es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo²⁹.

Actitudes

Desde la perspectiva de algunos teóricos, el término actitud según Rodríguez³⁰ lo define como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción. Debido a que los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables, se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también difieren en su intensidad, reflejando si su directriz es débil o fuerte.

Por su parte Smith y Mackie³¹, las actitudes son predisposiciones de un sujeto para la valoración de aceptación, indiferencia o rechazo a un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables.

López y Fuentes³², definen la actitud como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurrirá con la valoración positiva.

Las Actitudes son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias

de vida y educación recibida. Las actitudes son el sistema fundamental por el cual el ser humano determina su relación y conducta con el medio ambiente. Son disposiciones para actuar de acuerdo o en desacuerdo respecto a un planteamiento, persona, evento o situación específica; dicha de la vida cotidiana³³.

Haciendo un análisis de los conceptos presentados, podemos decir que la actitud es la predisposición a actuar antes de ejecutar un comportamiento, el cual puede estar influenciado por algún tipo de componente de carácter personal; así ella también se constituye como la predisposición para la aceptación, indiferencia o rechazo.

Las actitudes están constituidas por elementos cognitivos, afectivos y conductuales, que de manera integrada o interdependiente contribuyen a que la gente reaccione de una manera específica.

Componentes de la actitud

Rodríguez A³⁰, distingue tres componentes de las actitudes:

Componente cognoscitivo. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen, señala que los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

Componente afectivo: Es la referida a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto. Es el componente más característico de las actitudes, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo respecto a su objeto. Las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional.

Componente conductual: Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquel relacionado con el comportamiento guiado por la actitud, en tal sentido el componente conductual puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes de rechazo; por ello, frenar el plano conductual de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para modificar favorablemente la conducta. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivos y conductuales.

Características de las actitudes

- Las actitudes son adquiridas, son el resultado de las experiencias y del aprendizaje que la persona ha obtenido a lo largo de su historia de vida, que contribuye a que denote una tendencia a responder de determinada manera y no de otra.
- Las actitudes son de naturaleza dinámica, pueden ser flexibles y susceptibles al cambio, especialmente si tienen impacto en el contexto en el que se presenta la conducta.

- Las actitudes son impulsoras del comportamiento, son la tendencia a responder o a actuar a partir de los múltiples estímulos del ambiente.
- Las actitudes son transferibles. Con una actitud se puede responder a múltiples y diferentes situaciones del ambiente.

Adquisición de las actitudes

No son innatas, hay tres formas de adquisición:

1. A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
2. Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo.
3. Como consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades. Valoraciones positivas, negativas, por ejemplo, fomentan actitudes en la publicidad.

Las adquisiciones de la actitud se hacen todas así, otra forma sería a través de autoconocimiento, análisis crítico descubriendo situaciones y controlando.

Hay que tener claro que las actitudes se adquieren en determinados contextos y se valora la cultura en todos sus sentidos, teniendo una actitud prioritaria sobre otras que pueden ser más saludables pero no se ponderan tanto³³.

Existen diferentes tipos de actitudes que a continuación se mencionan:

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.

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.

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. 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.

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 personas³⁴.

El Dengue

El dengue es una enfermedad viral aguda, endémo-epidémica, transmitida por la picadura de hembras de mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico³⁵. El agente etiológico es el virus dengue del género *Flavivirus*; posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3; DENV4); su periodo de incubación gira alrededor de los 7 días, puede picar a cualquier hora del día, aunque generalmente lo hace en la mañana y en horas de la tarde³⁶.

Factores que incrementan el riesgo de enfermar por Dengue:

- Densidad del zancudo *Aedes aegypti*, las localidades/ sectores con un índice de infestación larvaria igual o mayor al 2 por ciento y más son suficientes para producir transmisión con características epidémicas.
- Las condiciones ambientales, clima, temperatura, lluvia, humedad favorecen el ciclo biológico del zancudo.
- Persona infectada que se encuentra en periodo febril (viremia) (primeros 05 días de la enfermedad) y que circula, es un potencial diseminador del virus por la presencia del vector.
- Lugares de grandes concentraciones poblacionales: escuelas, cuarteles, hospitales con casos y presencia del vector.
- El incremento de casos de dengue en zonas endémicas y circulación permanente del virus dengue³⁷.

La transmisión se produce por la picadura de zancudo (*Aedes aegypti*); estos zancudos pican durante todo el día, preferentemente por la mañana y en el inicio de la noche. El virus del dengue persiste en la naturaleza mediante un ciclo de transmisión Hombre – *Aedes aegypti* – Hombre; luego de una ingestión de sangre infectante, es decir de una persona en etapa de viremia, el zancudo, puede transmitir el agente después de un periodo de incubación intrínseca. Puede sin embargo ocurrir transmisión mecánica cuando se interrumpe la alimentación y el zancudo se alimenta de inmediato en un huésped susceptible cercano. Por consiguiente la transmisión del virus dengue requiere de un vector y un hospedero³⁵.

Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, esta puede ser antecedida por diversos pródromos, la fiebre se asocia a cefalea y vómitos, dolores del cuerpo; en los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre esté asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y relacionarse con trastornos del gusto; también puede encontrarse enrojecimiento de la faringe; dolor abdominal y diarreas, esta última más frecuente en menores de dos años y adultos mayores.

El dengue es una enfermedad de amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas (oligosintomáticos) hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian a mortalidad a veces en pocas horas, por lo tanto debe ser vista como una sola enfermedad que puede evolucionar de múltiples formas. Entre las formas graves se destacan las que producen

hepatitis, insuficiencia hepática, encefalopatía, miocarditis, hemorragias severas nefritis y choque. Cada uno de los cuatro virus del dengue puede producir cualquier cuadro clínico mencionado previamente.

También existen las formas clínicas que por no ser tan frecuentes se les llama “*atípicas*” que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad.

El choque por dengue está presente en la inmensa mayoría de los enfermos que agravan y fallecen, siendo la causa directa de muerte el dengue, o por complicaciones como hemorragias masivas, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, falla multiorgánica (síndrome de hipoperfusión-reperfusión). Más que complicaciones del dengue son complicaciones del choque prolongado o recurrente; prevenir el choque o tratarlo precozmente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte³⁷.

Tratamiento

Caso de dengue sin signos de alarma (Grupo A):

Estos pacientes pueden ser manejados en el hogar, si toleran volúmenes adecuados de líquidos por la vía oral y han orinado por lo menos una vez cada 6 horas, no tienen signos de alarma y se descarta en ellos la existencia de co-morbilidad y riesgo social. Los pacientes

ambulatorios deben ser evaluados diariamente para observar la evolución de la enfermedad e identificar precozmente signos de alarma; no estarán fuera de peligro hasta que transcurran 48 horas de la caída de la fiebre. Se recomienda realizar hemograma al menos cada 48 horas. Es de esperar la disminución de leucocitos, así como de las plaquetas, sin embargo no existe un valor exacto a partir del cual la trombocitopenia justifique una conducta específica, excepto si se asocia a un sangrado clínicamente importante. Por el contrario la elevación brusca del hematocrito siempre va a expresar extravasación de plasma y constituye un signo de alarma.

Plan de acción:

- Mantener reposo relativo en cama bajo mosquitero.
- Ingerir líquidos abundantes, dos litros o más al día, estos pueden ser sales de rehidratación oral (dilución al medio), jugo de fruta, leche, agua de cebada, de arroz y otros. El agua sola puede causar desequilibrio hidroelectrolítico

En la administración de líquidos, debe tenerse en cuenta estado y condición del paciente, como pacientes diabéticos.

- Prescribir paracetamol para el tratamiento sintomático de la fiebre y dolores ocasionados por el dengue, en adultos administrar 500 - 1000 mg/ vía oral cada seis horas, dosis máxima 4 gramos/día.

Niños: 10 a 15 mg/kg/dosis cada seis horas, esta indicación puede darse en cucharaditas de 5ml, según la edad del niño. No pasar de 90 mg/kg al día.

- Baño en tina con agua tibia (temperatura del agua 2 °C menor que la temperatura del paciente)

Así mismo se debe:

- Buscar y eliminar los criaderos de zancudos en la casa y sus alrededores
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia enfatizando la identificación temprana de signos de alarma.

Evitar:

- La automedicación, la cual puede ser más peligrosa que la propia enfermedad
- No utilizar esteroides y anti- inflamatorios no esteroideos (AINES) tales como ácido acetil salicílico (aspirina), dipirona, diclofenaco, naproxeno, (intravenosa, intramuscular, por vía oral ni supositorios).
- Administrar antibióticos, solo ante la presencia de una infección agregada que la justifique.

Caso de dengue con signos de alarma (Grupo B):

Estos pacientes deben ser inmediatamente hospitalizados, sin embargo el tratamiento con fluidos por vía endovenosa debe iniciarse en el lugar en donde se identifican los signos de alarma.

Plan de acción:

- Obtener un hemograma completo (hematocrito, plaquetas y leucocitos) antes de hidratar al paciente. (Este examen, NO debe retrasar el inicio de la hidratación VIV).
- Administrar únicamente soluciones isotónicas tales como solución salina al 0,9% o Lactato de Ringer, iniciando a razón de 10 ml/kg/ en 1 hora. No usar coloides en el manejo de este grupo de pacientes.
- Monitoreo de los signos vitales.

Si hay deterioro de los signos vitales o incremento rápido del hematocrito aún con la hidratación endovenosa (IV) recomendada, manejar el caso como paciente en Shock.

Monitoreo:

En los pacientes con signos de alarma se les debe monitorizar estrictamente los signos vitales, para identificar la hipotensión arterial de manera precoz y otros signos indicadores del shock.

Plan de acción en pacientes del Grupo B, con co – morbilidad o riesgo social:

Este grupo de pacientes deben mantenerse hospitalizados en vigilancia de la evolución del dengue y de la condición o de la enfermedad de base así como su tratamiento específico; es necesario solicitar evaluación por el especialista según sea el caso.

Debe mantenerse una hidratación adecuada según la tolerancia oral y/o parenteral, así como monitoreo de signos vitales y diuresis.

Los casos de dengue de este grupo, deben ser objeto de especial vigilancia de los signos de alarma a la caída de la fiebre, para evitar el choque y cualquier otra manifestación del dengue grave.

Caso de dengue grave (Grupo C):

Estos pacientes requieren tratamiento de emergencia y después de estabilizar el choque, deben ser referidos a una unidad especializada de manejo de paciente crítico (UCI). Hidratación con soluciones cristaloides por vía endovenosa (IV), tomar muestra para hematocrito antes de iniciar la terapia de hidratación; este procedimiento no debe demorar el inmediato cumplimiento de la terapia endovenosa.

Tratamiento del choque

Iniciar rehidratación IV con cristaloides a razón de 20 ml/kg en 15 a 30 minutos, observar evolución del paciente, si desaparecen los signos de shock, disminuir el volumen de líquidos a 10 ml/kg/hora por 1 a 2 horas y repetir el hematocrito.

Si la evolución clínica es satisfactoria y el segundo hematocrito disminuye respecto al primero, disminuir el volumen de hidratación a razón de 5 a 7 ml/kg/hora durante 6 horas; en adelante mantener hidratación de acuerdo al estado del paciente.

Si por el contrario después del primer bolo de hidratación, el paciente continúa con signos de shock, repetir la dosis de volumen de cristaloides a razón de 20 ml/kg/hora y tomar nueva muestra de hematocrito. Si con este volumen de líquidos el paciente mejora,

desaparece el shock y disminuye el hematocrito, se continúa el aporte de líquidos tal como se refiere anteriormente para el paciente con evolución favorable.

Si luego de haber administrado dos bolos de hidratación IV, el paciente continua inestable y el hematocrito continua alto comparado con el de base, administre un tercer bolo de cristaloides a igual dosis. Si con este tercer bolo, el paciente muestra mejoría clínica, disminuir progresivamente los volúmenes de hidratación endovenosa, tal como se ha referido anteriormente. Si el paciente continúa inestable y el hematocrito elevado comparado con el de base, considerar el uso de aminas.

De acuerdo al criterio clínico considerar administrar solución coloidal a razón de 10 a 20 ml/kg/hora, en 30 a 60 minutos. La solución coloidal puede ser albumina humana o sustitutos del tipo de las gelatinas (Poligelina, Gelofusin) o almidones. Reevaluar luego de esta dosis, si hay mejoría clínica y laboratorial, cambiar la solución de coloidal a cristaloidal a razón de 10 ml/kg/hora durante una a dos horas y continuar la disminución progresiva de acuerdo a evolución del paciente.

Otros bolos de solución hidratante pueden ser requeridos durante las próximas 24 horas. La velocidad y volumen de cada bolo será valorado según la respuesta clínica. Los pacientes con dengue grave deben ser hospitalizados preferentemente a las áreas de cuidados intensivos³⁸.

Medidas preventivas

La mejor forma de prevenir el dengue es eliminar todos los criaderos de mosquitos. Muchos de los recipientes donde el mosquito se cría no son de utilidad (latas, botellas, neumáticos, trozos de plástico y lona, bidones cortados). Estos recipientes deben ser eliminados. Si los recipientes no pueden eliminarse porque se usan permanentemente debe evitarse que acumulen agua, dándoles vuelta (baldes, palanganas, tambores) o vaciándolos permanentemente (portamacetas, bebederos).

La fumigación no es suficiente para eliminar el mosquito. La aplicación de insecticidas es una medida destinada a eliminar a los mosquitos adultos que pueden transmitir el dengue.

También es importante prevenir la picadura del mosquito:

- Colocando mallas en ventanas y puertas de las viviendas.
- Usando repelentes sobre la piel expuesta y sobre la ropa con aplicaciones cada 3 horas.
- Usando mangas largas y pantalones largos si se desarrollan actividades al aire libre.
- Utilizando espirales o tabletas repelentes en los domicilios.
- Evitando arrojar recipientes o basura en lugares como patios, terrazas, calles y baldíos, en los que pueda acumularse agua.
- Manteniendo los patios y jardines desmalezados y destapando los desagües de lluvia de los techos.
- Eliminando el agua de los huecos de árboles, rocas, paredes, pozos, letrinas abandonadas y rellenando huecos de tapias y paredes donde pueda juntarse agua de lluvia.

- Enterrando o eliminando todo tipo de basura o recipientes inservibles como latas, cáscaras, llantas y demás objetos que puedan almacenar agua.
- Ordenando los recipientes útiles que puedan acumular agua, poniéndolos boca abajo o colocándoles una tapa.
- Manteniendo tapados los tanques y recipientes que se usan para recolectar agua.
- Eliminando el agua de los platos y portamacetas, colectores de desagües de aire acondicionado o lluvia, dentro y fuera de la casa.
- Manteniendo limpias, cloradas o vacías las piletas de natación fuera de la temporada.
- Identificando posibles criaderos en los barrios para informar a las autoridades municipales.
- Colaborando con los municipios durante las tareas de descacharrado o de tratamiento de recipientes con agua y facilitando el trabajo de los trabajadores municipales³⁴.

La única manera de prevenir la transmisión del virus del dengue es la lucha contra los mosquitos que transmiten la enfermedad, por lo que se recomendamos lo siguiente:

1. Limpiar patios, techos y cocheras de su vivienda eliminando todos los recipientes artificiales que puedan retener agua y que no son de utilidad.
2. Voltar los objetos que puedan contener agua.
3. Tapar los depósitos de agua limpia.
4. Destruir los objetos que no usen y que puedan acumular agua.

5. Utilizar cremas, sprays y otros repelentes de mosquitos de uso personal que venden en tiendas y farmacias.
6. Instalar mosquiteros en su casa.
7. Permitir la entrada del personal identificado de Salud a su domicilio que acuda a realizar fumigaciones y seguir sus instrucciones. Utilizar el abate que se entrega gratuitamente.
8. No cerrar puertas ni ventanas cuando pasen fumigando casa por casa, el insecticida no es tóxico para los humanos³⁹.

La disponibilidad de agua es muy importante para aumentar la probabilidad de que los recipientes puedan convertirse en criaderos de mosquitos; en este sentido, pueden convertirse en criaderos los almacenes de agua de uso doméstico (tinacos, pilas, tambos, bebederos de animales o floreros), almacenes temporales, tales como llantas de vehículos y demás recipientes sujetos a llenarse de agua de manera premeditada, accidental o natural por efecto de la lluvia. Además, estos criaderos pueden estar dentro o alrededor de las casas.

Es de suma importancia que la comunidad participe identificando los posibles criaderos del mosquito y realizando actividades para prevenir que se reproduzcan en los espacios exteriores de sus viviendas, como por ejemplo patios, el garaje o jardín, azotea, o solares donde se acumulen recipientes (“cacharros” o residuos sólidos) que se puedan llenar de agua.

También es importante que cuiden el agua almacenada en el exterior o interior de la vivienda. Para ello se pueden adoptar las siguientes medidas:

- Barrido. Recoger papeles, polvo, bolsas, latas o tapas en el suelo y heces.
- Desyerbado. Evitar la presencia de maleza y permitir solo plantas de ornato, pasto y hortalizas.
- Ordenado. Los objetos que se encuentren en el patio estén acomodados, tapados y colocados bajo techo. En caso de existir bebederos de animales y floreros, deben estar limpios y con agua nueva cada tercer día.
- Recipientes o criaderos controlados. Los recipientes que almacenan 200 litros o más de agua, que están tapados, se les pueden colocar peces que ingieran las larvas de los mosquitos; rociar con el plaguicida Temephos (Abate) o sujetar a lavado cada tercer día.
- Reducción. Reutilización y reciclado de residuos sólidos a través de buenas prácticas de consumo y de manejo⁴⁰.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Contexto del estudio

El Sector de Morro Solar, se encuentra ubicado al Sur-Oeste de la ciudad de Jaén, separado de esta por el Río Amojú, pertenecen al distrito y provincia de Jaén, departamento de Cajamarca, se encuentra a 720 m.s.n.m. Limita por el Norte con la ciudad de Jaén, por el Oeste con el distrito de Chontalí, por el Sur con la provincia de Cutervo y por el Este con el distrito de Bellavista; tiene una extensión de 384.31 km².

Presenta un clima tropical, registrando temperaturas medias mensuales oscilantes entre 26,6 °C en enero, hasta 22,5 °C en junio; las temperaturas máximas y mínimas ocasionalmente sobrepasan estos rangos.

Entre las amenazas y vulnerabilidades, se encuentra la ocurrencia de huaycos y derrumbes a consecuencia de las lluvias intensas y prolongadas, acompañadas de truenos, relámpagos y a veces rayos.

La población total de este sector es de 20 535 habitantes, predomina la población femenina frente a la masculina con el 50,10 por ciento. El grupo etáreo de 15 a 64 años representa el 67, 10 por ciento, seguido de los comprendidos entre 10 a 14 y de 5 a 9 años con el 9,98 por ciento y 9,97 por ciento respectivamente. La densidad poblacional es de 53.43 hab. /km².

Las principales actividades productivas son la agropecuaria y comercial; también existen empleos en otras actividades pero en menor proporción. Referente a la industria, esta se encuentra representada mayormente por las actividades de procesamiento de café y pilado de arroz. Existe un alto índice de subempleo y desempleo lo que conlleva a cierto sector de la población a dedicarse en actividades eventuales (comercio ambulatorio, jornaleros, venta de alimentos y otros).

El índice de escolaridad es de 92,5 por ciento del total de la población, y sin grado de instrucción el 10,6 por ciento. La mayoría de pobladores provienen de la zona rural.

Las viviendas son de material noble, el 95 por ciento cuenta con luz, agua y desagüe. El servicio de agua en su mayoría es abastecida mediante un sistema de canalización y de reservorios.

3.2. Tipo y diseño de investigación

El estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo descriptivo comparativo de diseño transversal. Descriptivo - comparativo, porque describe la situación tal como se presenta el objeto de estudio y diferencia el nivel de conocimientos y actitudes frente a la enfermedad del dengue en el poblador del sector “A” y “B” de Morro Solar-Jaén. De diseño transversal, porque el estudio se realizó en un tiempo y espacio determinado, durante el año 2013⁴¹.

3.3. Unidad de análisis

Cada una de las mujeres del sector “A” y “B” de Morro Solar que forman parte de la muestra de estudio.

Unidad de muestreo

Estuvo constituida por cada una de las viviendas de los pobladores del Sector “A” y “B” de Morro Solar.

3.4. Población y muestra:

Población

Lo conformaron 6245 viviendas comprendidas en siete sectores de Morro Solar de la ciudad de Jaén

Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizó el muestreo por conglomerado. Este tipo de muestreo corresponde a un proceso bietapico porque permitió seleccionar a los sectores “A” y “B” de siete sectores, posteriormente se identificó el número de viviendas del sector A (869) y del sector B (1,145) haciendo un total de 2014 viviendas.

El tamaño de la muestra, se determinó probabilísticamente utilizando el método aleatorio simple con un nivel de confianza de 95 por ciento y un error relativo del 5 por ciento (Apéndice 1). La muestra fue equivalente a 322 viviendas, corresponde al sector A= 139 y al sector B= 183, por ser un estudio comparativo se equiparó las muestras quedando

constituida la muestra equivalente a 139 viviendas para el sector “A” y “B” respectivamente (Apéndice 1).

La muestra se seleccionó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Madre de familia por encargarse de organizar y administrar el hogar. Es quien aporta al hogar la atención y cuidados de los integrantes de la familia cuando enferman por ejemplo con dengue.
- Vivienda donde hubo un miembro de la familia enfermó con dengue
- Con residencia en el sector “A” y “B” de Morro Solar-Jaén

Criterios de exclusión:

- Madre de familia que no tenga la voluntad de participar en el estudio.
- Viviendas donde no hubo personas con dengue.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, y como instrumento el cuestionario escala tipo Likert (Apéndice 2), constituido por 26 ítems, se organizó en tres partes:

La primera, se consideró seis preguntas para medir el perfil sociodemográfico; la segunda con ocho preguntas para medir la variable del nivel de conocimientos de la población frente

al dengue; asignándole un valor de 2,5 para cada una de las respuestas contestadas correctamente y cero para la respuesta incorrecta o no contestada (“no sabe”).

Los rangos para determinar el nivel de conocimientos, se establecieron por niveles:

Nivel alto : 17,5- 20 puntos

Nivel medio : 12,5- 15 puntos

Nivel bajo : 0- 10 puntos

Para la variable actitudes del poblador frente al dengue estuvo conformado por 12 ítems asignándoles un valor de 1 al 5 a cada una de las respuestas: Totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1).

Para la presentación de las tablas y análisis se unieron las opciones: Totalmente de acuerdo y de acuerdo (Aceptación), ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indiferencia), en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (Rechazo).

Los rangos para determinar la valoración de las actitudes fue:

Aceptación : 37- 60 puntos

Indiferencia : 25- 36 puntos

Rechazo : 0- 24 puntos

Para controlar la calidad de la información, antes del trabajo de campo se validó el instrumento mediante juicio de expertos constituido por tres especialistas en el tema, a fin de analizar la congruencia de ítems, amplitud de contenido, redacción de los ítems, claridad

- precisión y pertinencia. Posteriormente se realizó la prueba piloto en la cual participaron 10 madres de familia del sector A y 10 madres del sector B, quienes no pertenecieron a la muestra, se buscó la coherencia interna en la redacción y entendimiento de las preguntas formuladas. Luego se determinó la confiabilidad del instrumento, a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0,89, que significa que el instrumento es altamente confiable (Apéndice 3).

Se capacitó a un equipo de profesionales para la aplicación del instrumento, posteriormente el investigador revisó la información de manera exhaustiva, asegurando la pertinencia y veracidad en la información.

La recolección de datos se realizó durante los meses de setiembre y octubre del año 2013. El tiempo utilizado para el llenado del instrumento fue de 30 minutos, de acuerdo a la disponibilidad de las participantes del poblador del estudio.

3.6. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron procesados electrónicamente a través del paquete estadístico SPSS versión 21. En primer lugar se obtuvieron frecuencias y porcentajes, luego los datos fueron consolidados en tablas y gráficos estadísticos, los mismos que fueron analizados en base al marco teórico, que facilitó el análisis.

3.7. Aspectos éticos

- Principio de respeto: Comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información. Las participantes expresaron su decisión de participar en el estudio a través del consentimiento informado (Apéndice 4).
- Principio de justicia: El investigador trató con amabilidad y respeto sin perjuicios, sin discriminación a los sujetos del estudio; se aclararon dudas y los acuerdos establecidos fueron cumplidos.
- Principio de beneficencia: Se refiere a aquellas acciones que benefician a otros, es el principio moral que otorga obligatoriedad a dichas acciones. En la ética médica, el principio de beneficencia debe ser siempre el bien de los participantes del estudio, es decir, se tuvo en cuenta el cuidado de su salud física mental y social.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Perfil del poblador objeto de estudio

Tabla 1. Características sociodemográficas del poblador. Sector “A” y “B” Morro Solar- Jaén, 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SECTOR “ A”		SECTOR “B”	
	n 139	%	n 139	%
Edad				
20-29	26	18,6	26	18,6
30-39	35	25,0	34	24,3
40-49	44	32,1	39	28,6
50-59	16	11,4	23	16,4
>60	18	12,9	17	12,1
Grado de instrucción:				
Sin instrucción	8	5,7	11	7,9
Primaria	61	44,3	44	31,4
Secundaria	38	27,2	39	28,6
Superior no universitario	20	14,3	28	20,0
Superior universitario	12	8,6	17	12,1
Ocupación:				
Agricultor	3	2,2	3	2,2
Comerciante	16	11,5	17	12,2
Profesional libre	12	8,6	16	11,5
Sector salud	4	2,9	8	5,8
Sector educación	6	4,3	8	5,8
Ama de casa	98	70,5	87	62,6
Estado civil:				
Soltera	18	12,9	35	25,0
Casada	34	25,0	43	30,7
Conviviente	77	55,0	49	35,7
Viuda	3	2,1	8	5,7
Divorciado	7	5,0	4	2,9
Lugar de procedencia				
Urbano	85	61,4	78	56,4
Rural	54	38,6	61	43,6

Fuente: Cuestionario aplicado a la población del sector “A” y “B” de Morro Solar.

La tabla, indica que de los 278 pobladores que fueron encuestados 139 corresponden a las viviendas del sector “A” y 139 al sector “B” de Morro Solar. El rango de edad de los pobladores de ambos sectores “A” (32,1%) y “B” (28,6%) está comprendido entre los 40 a 49 años.

El grado de instrucción de los pobladores pertenecientes al sector “A” (44,3%) y “B” (31,4%) es primaria completa. En su mayoría las encuestadas son ama de casa: sector “A” (70,5%) y sector “B” (62,6%).

Respecto al estado civil de las entrevistadas se tiene que viven en unión libre (convivientes) del sector “A” (55%) y “B” (35,7%). Proceden de la zona urbana: el sector “A” (61,4%) y “B” (56,4%).

Resultados diferentes fueron encontrados por Jamanca, et al ²⁶ en su investigación sobre Conocimientos, actitudes y práctica de dengue, en los distritos de Lima, la victoria y San Luis, donde la edad promedio de los entrevistados fue de 42 ± 16 años, con nivel de educación secundaria y superior. También, Maltez²⁰ encontró que la edad de los participantes del estudio fue de 42 ± 10 años y con grado de instrucción superior. Asimismo, Peraza, et al²⁰ concluyeron que el grupo de edad fue de 59 años con nivel de educación medio, seguido del nivel medio superior (técnico medio y preuniversitario). Muy por el contrario Miragaya¹⁷ en Panamá encontró que los participantes tenían instrucción primaria y en menor proporción analfabetos.

Bugida⁴² señala que el grado de instrucción básica es importante para que cada persona tenga la capacidad de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que permite un mejor desenvolvimiento tanto en el ámbito individual como colectivo.

Lo citado permite afirmar, que la situación de Morro Solar, en cuanto al grado de instrucción primaria completa, es favorable, porque ayudará a la implementación de actividades educativas en relación a las medidas de prevención del dengue, de parte del profesional de salud.

El ser amas de casa según Chinchetau citado por Munrguialdoy⁴³, considera a esta ocupación como el conjunto de sucesos de trabajo no remunerado, cuyo objeto es la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia. Cuando la mujer se dedica a las labores del hogar es una ventaja para la familia, porque es ella quien con su experiencia y práctica atiende al enfermo.

En el ámbito doméstico, una de las fuentes del conocimiento de las mujeres, es a través de su propia experiencia a través del cuidado a los integrantes de la familia o como pacientes. El uso de la medicina tradicional para curar enfermedades es una opción interesante en el hogar y las mujeres se convierten en expertas en su preparación y administración⁴⁴.

El estado civil de los pobladores del estudio coincide con los reportados por Zoraya, et al²³ en Colombia, quienes concluyen que de acuerdo al estado civil la mayoría de las participantes son convivientes y tienen una pareja estable. Resultado no coincide con lo reportado por Maltez²⁰ en Managua, donde el 46,7 por ciento son solteras.

La mayoría de los pobladores del estudio proceden de zona urbana de la provincia de Jaén es de clima tropical, condición favorable para el ciclo biológico del zancudo y transmitir el virus del dengue, lo que indica que la población está en riesgo de contraer el dengue; debido a que el mosquito vive durante la estación cálida, generalmente dentro de los límites de 35° de latitud sur hasta 45° de latitud norte. La temperatura fluctúa entre los 18 y 20°C está influenciado en el norte por la Corriente del Niño⁴². Esta corriente, acentúa sus efectos en el mes de diciembre, elevando la temperatura a 24°C facilitando la evaporación y ocasionando lluvias que forman la vegetación arbórea, la calidad del agua de consumo se pierde, se incrementan los vectores y se afecta la disposición final de líquidos y sólidos^{45,46}; siendo el verano el período principal de actividad del arbovirus⁴⁶.

Por otro parte, refieren los autores Kouri, et al⁴⁷ que en las zonas urbanas las residenciales en construcción es un factor que facilita la formación de criaderos potenciales de mosquitos, así como el surgimiento de barrios periurbanos con condiciones sanitarias y de urbanización inadecuadas.

4.2. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue

Tabla 2. Conocimientos generales del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B”
Morro Solar- Jaén, 2013

Conocimientos	Sector “A”		Sector “B”	
	n: 139	100%	n:139	100%
El dengue es una enfermedad?				
Trasmitida por zancudo	86	62,1	79	57,1
Produce fiebre	13	9,3	6	4,3
Causa dolor de huesos	7	5,0	2	1,4
Muy grave	11	7,9	7	5,0
Todas las anteriores	16	11,4	43	30,7
No sabe	6	4,3	2	1,4
Cómo se trasmite?				
Picadura de zancudo	129	92,9	131	94,3
De persona a persona	0	0,0	2	1,4
Todas las anteriores	4	2,9	3	2,1
No sabe	6	4,3	3	2,1
Cuáles son los síntomas?				
Fiebre	46	33,6	31	22,9
Dolor de huesos	4	2,9	1	0,7
Dolor de ojos	1	0,7	3	2,1
Todas las anteriores	88	62,8	104	74,3
Describe el zancudo del dengue?				
Patas grandes negras con rayas	52	37,9	54	39,2
De color oscuro, rayas blancas en dorso y patas	21	15,0	18	12,9
Mide aproximadamente 5mm	8	5,7	7	5,0
No sabe	58	41,4	60	42,9
El Aedes aegypti se cría en:				
Pilas y barriles	28	20,7	22	15,7
Llantas	34	24,3	24	17,9
Floreros	5	3,6	4	2,9
Todas las anteriores	63	45,0	89	63,6
No sabe	9	6,4	0	0,0
Formas de eliminación				
Eliminan agua de depósito con larvas	40	29,3	39	27,9
Destrucción de objetos inservibles	19	13,6	32	22,9
Eliminan llantas inservibles	12	8,6	10	7,1
Todas las anteriores	48	34,3	52	37,9
No sabe	20	14,3	6	4,3
Medidas de prevención del dengue				
Uso de mosquiteros	83	60,0	79	56,8
Uso de mallas en puertas y ventanas	4	2,9	5	3,6
Mantener recipientes con agua tapados	19	13,6	38	27,3
Tapar con arena los tubos que tienen orificios	1	0,7	1	0,7
Rellenar con arena las cavidades de los troncos	4	2,9	8	5,8
Todas las anteriores	15	10,7	4	2,9
No sabe	13	9,3	4	2,9
Cuando alguien enfermó con dengue acude a:				
Establecimiento de salud	86	62,1	77	55,7
A la automedicación	50	35,7	48	34,3
A la medicina tradicional	2	1,4	0	0,0
Al consultorio particular	1	0,7	14	10,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población del sector “A” y “B” de Morro Solar

Según la tabla, las madres refieren que el dengue es una enfermedad transmitida por un zancudo, del sector “A” (62,1%) y “B” (57,1%), y se adquiere la enfermedad a través de la picadura del zancudo: del sector “A” (92,9%) y “B” (94,3%). En cuanto a los síntomas, identifican a la fiebre como principal manifestación clínica, seguida del dolor de huesos y dolor de ojos: el sector “A” (62,8%) y “B” (74,3%).

Al solicitar a los participantes que describan algunas características del zancudo *Aedes aegypti*, los resultados fueron los siguientes: no saben describir al zancudo del sector “A” (41,4%) y “B” (42,9%), también un bajo porcentaje indican que los lugares donde se cría el dengue son las llantas, pilas, barriles y floreros: en el sector “A” (45,0%) “B” (63,9%) y respecto a las formas de eliminación de los criaderos del vector, las madres refieren que eliminan agua de depósito con larvas: en el sector “A” (29,3%) y “B” (27,9%).

Como medidas preventivas el uso de mosquiteros representa en sector “A” (60,0%) y “B” (56,8%).

Para la atención cuando enferman del dengue, las participantes del estudio indican que, acuden a un establecimiento de salud en el sector A (62,1%) y B (55,7%).

Benítez et al¹¹ en San Pablo- Asunción, realizó un estudio donde los resultados muestran que el 96,8 por ciento de los entrevistados conocían que los mosquitos transmiten la enfermedad; estudio que coincide con la investigación realizada en el sector “A” y “B” de Morro Solar - Jaén. Contrario a lo que sostiene Cáceres, et al¹⁴ en dos barrios de Bucaramanga - Colombia, quienes concluyeron que el 84,8 por ciento solamente describen al dengue como una enfermedad muy grave y pocos conocen la forma de transmisión.

En relación a la trasmisión del dengue los resultados son congruentes con el estudio realizado por Benitez et al¹¹ en San Pablo, quienes concluyen que el 87 por ciento respondió que el contagio es a través del mosquito. Igualmente Cooke, et al¹⁵ en Panamá, Sánchez, et al¹² en el Salvador y Maltez¹⁹ en Managua, coinciden con los resultados del estudio que el zancudo trasmite la enfermedad del dengue, es decir, poseen conocimiento de corte mono-causal, zancudo igual enfermedad, pero este enfoque no permite un abordaje integral del problema.

Si bien, el conocimiento sobre la forma de transmisión de dengue está presente en la mayoría de las entrevistadas; sin embargo existe una porción de mujeres amas de casa residente en el Sector de Morro Solar que no saben cómo se transmite el dengue, lo que contribuye a que las personas de estas viviendas y sus vecinos inmediatos se hallen expuestos al riesgo de adquirir la enfermedad del dengue, por tanto, las personas que no identifican al mosquito como transmisor de la enfermedad, no emprenderán ninguna acción para controlar su presencia en el hogar, y no obtendrán prácticas apropiadas para la prevención del dengue.

En lo relativo a los síntomas los resultados son semejantes al estudio realizado por Jamanca, et al²⁶ quienes concluyen que el principal síntoma fue la fiebre (73,9%), dolor de huesos (29,1%) y dolor de ojos (12,4%). De manera similar Peraza, et al²¹ encontró que la fiebre (81,4 %) fue el síntoma más identificado, seguido de dolor de cabeza (66,6 %) y dolor muscular (63,3 %). Por su lado Maltez¹⁹ encuentra los siguientes síntomas: fiebre (66,7%), decaimiento (36,7%), diarrea (30%), nauseas (23%), cefalea, dolor osteomuscular y dolor abdominal (20%) y diarrea con sangre (3,16%). Destaca a la fiebre como el síntoma más frecuente de la enfermedad, seguido de diarrea, náusea, que son síntomas no

específicos del dengue y más bien corresponden a eventos relacionados con el tracto gastrointestinal.

El reconocer los síntomas de la enfermedad del dengue permite realizar consulta precoz, notificación del caso, seguimiento del paciente y toma de medidas de control a nivel individual y colectivo como el uso del toldo, repelente, fumigación de la vivienda, búsqueda y control de criaderos para controlar la cadena de transmisión.

En tal sentido, Martínez, et al⁴⁸ señalan que dada la variabilidad de las manifestaciones clínicas (fiebre, cefalea frontal, dolor retro-ocular, dolores musculares, articulares, y exantema) asociadas con la infección por el virus del dengue, no es apropiado adoptar una definición clínica detallada que especifique los grados de fiebre y el número de criterios, por ello es importante recalcar la confirmación de laboratorio.

En cuanto a la descripción del zancudo del dengue, los hallazgos encontrados difieren del estudio de Hoyos¹³, donde concluyó que la población identifica al mosquito y lo nombro “patas blancas”, lo cual denotó una diferenciación con respecto a otros de su especie.

En cuanto al lugar donde se cría el dengue, los resultados concuerdan con el estudio de Sánchez, et al¹² quien encontró que en las pilas, barriles, llantas y floreros son los sitios de crianza del vector.

En relación a las formas de eliminación de criaderos del dengue, los hallazgos son opuestos a los presentados por Cooke et al¹⁵, en Panamá, quienes concluyen que para evitar las formas de criaderos del dengue es eliminando las aguas estancadas y limpiar las vasijas de sus casas.

Los resultados del estudio respecto a las medidas preventivas son similares a los reportados por Peraza, et al²⁰ quienes concluyen que en primer lugar fue el uso de mosquiteros y en segundo lugar las acciones de eliminación de los sitios de cría (limpieza de patios, recipientes con agua tapados y eliminación de depósitos). Mientras que Cárdenas²⁷, en Lima, encontró que la población tiene conocimiento de las medidas preventivas en higiene de los depósitos de agua, la periodicidad del recambio de agua y el mantener los depósitos sin uso e inservibles colocados boca abajo. Por su lado Maltez¹⁹, en Managua, halló que las principales medidas preventivas son: limpieza general (26,7%), eliminar charcos y botar agua que no se utiliza (13,3%), abatizar (10%). Mientras que Cooke¹⁵ en Panamá, encontró que la fumigación con químicos dentro de sus hogares y alrededores es la principal medida preventiva para evitar la picadura del mosquito.

Otro estudio realizado por Benítez, et al¹¹ concluyeron que la forma de participación en la comunidad para luchar contra el dengue son: la organización para revisar los criaderos de mosquitos en predios baldíos y calles (64%); fumigación a las casas y del vecindario (28,3%); utilizando mosquiteros, telas metálicas (2,1%) y acuden al establecimiento de salud si presenta signos de fiebre (5,3%).

El autor señala, que estas prácticas están muy relacionadas con la continuidad en la cadena de transmisión del dengue y las prestaciones endémicas de la enfermedad. Sin embargo, otros estudios refieren que a pesar de tener la población buenos conocimientos, estos no necesariamente se traducen a la práctica preventiva.

Respecto al que hacer cuando alguien enferma los mayores porcentajes en el estudio responden: acudir a un establecimiento de salud y la automedicación, situación similar a

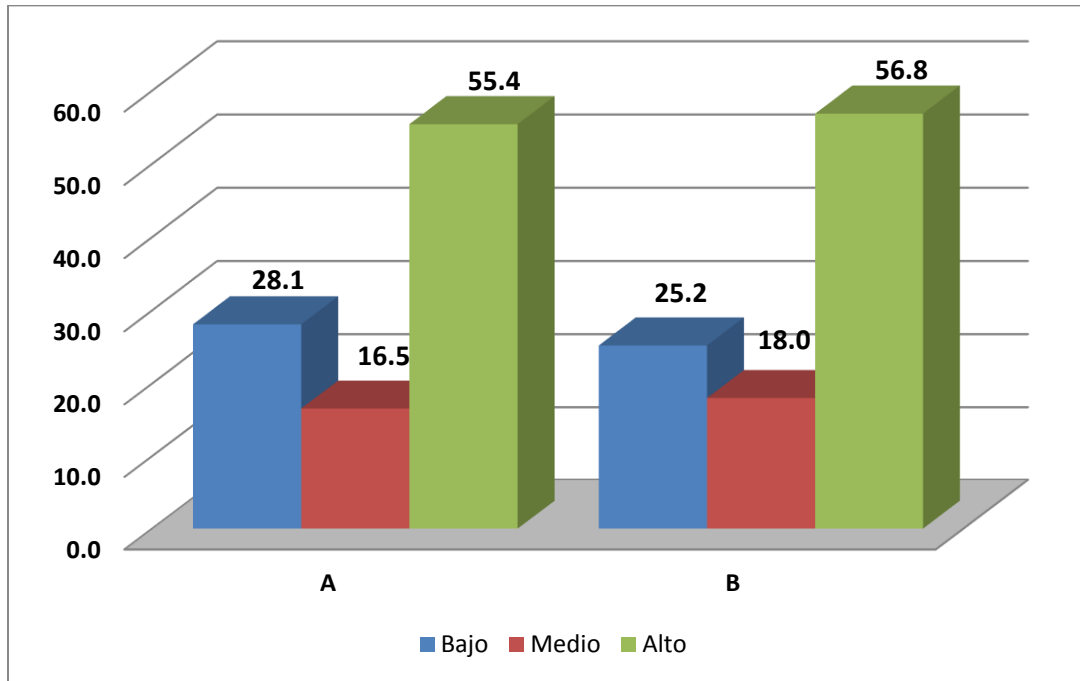
los resultados del estudio de Cáceres, et al¹⁴, quienes encontraron que lo llevan al médico (63,8 %), hospital (20,1 %), automedicación (12,0 %). Asimismo, Maltez¹⁹ en Managua halló que toman acetaminofén, diclofenaco (53,3%) y visitan al médico (16,7%).

La búsqueda de atención médica por parte de las personas que muestren cuadros compatibles con dengue señala la conducta de la continuidad sobre la percepción de riesgo de enfermar y la necesidad de recibir un diagnóstico y tratamiento apropiado; además, de que quedan notificadas dentro del sistema de vigilancia en salud pública.

A pesar, que el dengue es un virus, no existe un tratamiento específico contra este, pero si para aliviar los síntomas y evitar que estos se compliquen. Por ello, la conducta ideal para el MINSA es que alguien que presenta síntomas de dengue acuda al establecimiento de salud más cercano para hacerle los análisis necesarios a fin de confirmar o descartar que si el paciente tiene dengue se debe proveer el tratamiento adecuado.

La mayoría de las participantes del estudio acuden a los establecimientos de salud al enfermar de dengue esta respuesta es bastante alentadora, porque da la oportunidad de tener un manejo adecuado del dengue y la correspondiente notificación del caso dentro del sistema de vigilancia en salud pública, seguimiento y orientación de medidas ambientales para evitar la transmisión a otras personas.

Gráfico 1. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B”-Morro Solar- Jaén, 2013



Fuente: Tabla 4 (Apéndice 5)

$P = .8602$

En el gráfico, se observa que del 100 por ciento de los pobladores del sector “A” (55,4%) y “B” (56,8%) presentan un nivel alto de conocimiento sobre la enfermedad del dengue. $P = .8602$ (Anexo 1)

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Gonzales y Ibarra¹² en Habana-Cuba, quienes concluyen que la población estudiada tiene un nivel alto de conocimientos sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti*. Igualmente Rangel²¹, en Panamá encontró un nivel de conocimiento calificado de muy bueno. También Benítez et al¹¹ en Colombia concluyen que los participantes del estudio poseen conocimientos adecuados con respecto a las características del dengue y el control de los mosquitos. Sin embargo, difieren de las conclusiones a las que arribó Hoyos, et al¹³,

quienes concluyeron que los entrevistados tuvieron un nivel de conocimiento bajo a pesar de que esta enfermedad es endémica. También Jamanca, et al²⁶ en Lima concluyeron que los residentes de San Luis tuvieron significativamente menor conocimiento sobre el dengue que los de la Victoria. Sin embargo, Velásquez²² en Guatemala, donde señaló que los participantes del estudio tienen escaso o nulo nivel de conocimientos, además indicó que el nivel educativo es un factor importante debido a que si no saben cómo prevenirlo probablemente no tomen las medidas preventivas contra el dengue.

Asimismo, Cáceres, et al¹⁴, hallaron que el nivel de conocimientos sobre el dengue son deficientes, del mismo modo, Sánchez et al¹², concluyeron que la población tiene conocimientos deficientes a cerca del control y prevención del dengue, debido a la ineficiente o inadecuada educación que la población recibe.

Beckett, et al⁴⁹ refirieron que es importante la formación escolar para la comprensión de la información emitida por los organismos encargados de la educación en salud de la comunidad, por tanto, es necesario desarrollar estrategias multisectoriales de modo que toda la comunidad tenga acceso a niveles escolares más altos que faciliten no solo el acceso a un mejor empleo y nivel de vida sino que permitan, en forma específica, la comprensión y aplicación de la información en salud⁵⁰. El otro aspecto que se debe mencionar es que la información en salud, por definición, debe estar diseñada de modo que permita el logro de sus objetivos en cada una de las comunidades para las cuales fueron diseñadas, respondiendo a sus particularidades demográficas y sociales⁵¹.

Por otro lado, el Ministerio de Salud⁵² indicó que es trascendental incentivar acciones que motiven a las personas a mejorar sus conocimientos y los lleven a la práctica, para ello se requiere mejorar la participación comunitaria para lograr el éxito en las campañas de prevención y control del dengue. En esta enfermedad la participación comunitaria es clave porque se requiere que los pobladores estén informados, apoyen en las actividades, se empoderen de su papel para asumir la prevención y el control del dengue como parte de sus actividades.

Por ello, resulta insustituible la participación activa y consiente de los individuos y la acción organizada de la comunidad como un componente fundamental en la tarea de erradicación o control del dengue⁵³. También el uso de términos populares dentro de las comunicaciones diseñadas para informar a la población sobre procesos de salud-enfermedad ha sido una de las medidas más simples y eficientes para acercar esta información a la comunidad y permitir 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 deseadas⁵⁴.

4.3. Valoración de las actitudes del poblador frente a las medidas de prevención del dengue

Tabla 3. Actitud del poblador frente a las medidas de prevención del dengue. Sector “A” y “B” Morro Solar- Jaén, 2013

Indicadores	Aceptación				Indiferencia				Rechazo				Total	
	Sector				Sector				Sector					
	A		B		A		B		A		B			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
-Lava los depósitos usando escobilla una vez al mes	129	92,8	133	95,6	2	1,4	2	1,4	8	5,7	4	2,9	278	100
-Mantener con tapa los depósitos de agua	139	100	139	100	-	-	-	-	-	-	-	-	278	100
-Renueva el agua de floreros, plantas de agua, maceteros cada tres días	135	97,1	138	99,3	2	1,4	-	-	2	1,4	1	0,7	278	100
-Si enferma con dengue, considera necesario llevarlo a un EE.SS.	137	98,6	138	99,3	2	1,4	-	-	-	-	1	0,7	278	100
-Aceptar la visita para que coloquen el abate	132	94,9	134	96,4	3	2,2	4	2,9	4	2,9	1	0,7	278	100
-Cambia el abate por lo menos cada tres meses	135	97,1	133	95,6	3	2,2	4	2,9	1	0,7	2	1,4	278	100
-Aceptar que fumiguen su vivienda en tres veces	136	97,8	137	98,6	1	0,7	-	-	2	1,4	2	1,4	278	100
-Asiste a sesión educativa sobre prevención del dengue	133	95,6	137	98,6	3	2,2	-	-	3	2,2	2	1,4	278	100
-Recolecta y elimina objetos inservibles	137	98,6	138	99,3	1	0,7	1	0,7	1	0,7	-	-	278	100
-Elimina el agua de recipientes que presenten larvas	139	100	138	99,3	-	-	1	0,7	-	-	-	-	278	100
-Es necesario la visita del trabajador de salud	139	100	138	99,3	-	-	-	-	--	--	1	0,7	278	100
-Aplica las recomendaciones verbales de los trabajadores	139	100	130	93,6	-	-	4	2,9	0,0	0,0	5	3,5	278	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población del sector “A” y “B” de Morro Solar

Respecto a la actitud de los pobladores del estudio frente a las medidas de prevención del dengue, la mayor proporción del sector “A” (92,8%) y “B” (95,6%) lavan los depósitos de agua usando escobilla al menos una vez al mes; el sector “A” (100,0%) y “B” (100,0%) mantiene los depósitos de agua con tapa segura; el sector “A” (97,1%) y “B” (99,3%) cambia el agua de floreros, plantas de agua, maseteros con escurridera y bebederos para animales cada tres días; el sector “A” (98,6%) y “B” (99,3%) lleva a un establecimiento de salud si alguno de los miembros del hogar presenta síntomas de dengue; el sector “A” (94,9%) y “B” (96,4%) acepta que se coloque abate en los depósitos donde junta o recoge agua; el sector “A” (97,1%) y “B” (95,6%) cambia el abate por lo menos cada tres meses en depósitos de agua; el sector “A” (97,8%) y “B” (98,6%) acepta que fumiguen su vivienda en tres oportunidades; sector “A” (95,6%) y “B” (98,6%) asisten a sesiones educativas sobre el dengue; sector “A” (98,6%) y “B” (99,3%) recolecta y elimina objetos inservibles de su vivienda; sector “A” (100,0%) y “B” (99,3%) elimina el agua de recipientes útiles que presentan larvas de zancudo y consideran necesario la visita del trabajador o colaborador de salud a su vivienda; sector “A” (100,0%) y “B” (93,6%) creen necesario las recomendaciones verbales de los trabajadores de salud al encontrar larvas de zancudo en su vivienda.

Respecto al procedimiento de lavar los depósitos de agua usando escobilla, los resultados coinciden con el estudio realizado por Aponte⁵⁵, quien concluye que la mayoría (68,8%) usan la escobilla hasta donde lo permite, pero casi nunca involucran las paredes ubicadas en la parte inferior de la superficie del recipiente.

El *Aedes aegypti* se reproduce depositando sus huevos en los recipientes de agua. Los huevos se adhieren a las paredes y bordes del recipiente e inician su ciclo reproductivo

adaptando su ritmo a la existencia de las condiciones adecuadas de humedad y temperatura. Si estas condiciones no se dan, el proceso de reproducción entra en latencia hasta que se produzca nuevamente las condiciones necesarias, pudiendo este período de latencia prolongarse por más de un año. Es necesario remover con cepillos o escobillas para evitar la adherencia; debe realizarse este lavado con periodicidad que no permita la mantención del riesgo por existencia de huevos en estado de latencia reproductiva. Por ello, uno de los comportamientos esperados en relación a la prevención y control del dengue es el lavado mensual de los depósitos de agua.

En cuanto a la actitud de mantener con tapa segura los depósitos de agua, guardan coherencia con el estudio de Gonzales, et al¹⁶, quienes concluyen que los pobladores mantienen con tapar y revisar los depósitos de agua para prevenir la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*.

Como se señala anteriormente, el *Aedes aegypti* se reproduce depositando sus huevos en agua limpia no corriente, lo que lleva a que en los hogares en donde se junta agua para su posterior uso esto genera las condiciones propicias para la reproducción del vector, si los depósitos donde se acumula el agua no cuentan con una tapa segura.

Respecto a la renovación del agua de floreros, plantas de agua, maceteros con escurridera y bebederos para animales debe ser cada tres días. El proceso de reproducción del *Aedes aegypti* pasa por una serie de etapas: de huevo a larva, luego a pupa y finalmente a zancudo adulto. Este proceso usualmente toma entre 10 y 12 días, pero, cuando se dan las condiciones adecuadas de humedad y temperatura, puede acelerarse, desarrollándose hasta en cinco días. Por eso, una de las medidas para reducir el potencial de reproducción del vector es la

renovación del agua almacenada con fines no relacionados al uso humano en un plazo mínimo⁵⁶. Esta actitud está referida especialmente a los recipientes pequeños, cuyo recambio de agua no reporta mayor costo económico.

Acercas de la búsqueda de atención médica los resultados coinciden con el estudio de Cáceres, et al¹⁴ quienes concluyeron que una alta proporción de la población consulta al médico cuando enferma de dengue. Esta práctica es bastante alentadora porque da la oportunidad de tener un manejo adecuado de la enfermedad y la correspondiente notificación del caso, seguimiento y orientación de medidas ambientales para evitar la transmisión a otras personas. Por otra parte, Aponte⁵⁵ encontró que una mayor proporción de pacientes no buscan atención médica sino que se automedican según indicaciones de las farmacias, vecinos, amigos y parientes.

Los resultados del estudio respecto a la visita domiciliaria para que se coloque el abate en los depósitos donde se junta el agua, encuentran similitud con lo expresado por Gonzales, et al¹⁶, quienes señalan que las actitudes que se deben mantener para la prevención del mosquito *Aedes aegypti* es aceptar la visita del campañista para colocar el larvicida.

El *Aedes aegypti* se elimina en estado larvario, colocando en los depósitos un larvicida (abate), es una de las actividades de prevención y control del dengue que viene desarrollando el Ministerio de Salud en las viviendas en zona de riesgo. La actividad consiste en colocar el abate en aquellos depósitos de agua en lo que se observa la presencia de larvas del *Aedes aegypti*, o en su defecto, en aquellos en los que, por las prácticas de tapado, se presenta un riesgo mayor de que se convierta en un criadero del vector.

Respecto a la fumigación de sus viviendas, es una actividad muy visible. Por lo tanto, la población acepta, porque se siente protegido y seguro cuando rocían con insecticida, pues mata a los mosquitos adultos, pero no elimina los huevos, larvas o pupas. Los huevos eclosionan y se convierten en adultos en aproximadamente una semana.

Por consiguiente, para que la fumigación tenga sentido, debe hacerse en el horario en que vuelan los mosquitos adultos, es decir, temprano por la mañana o al atardecer⁵³.

En relación a la asistencia de la población a sesiones educativas sobre la prevención del dengue, los resultados difieren con el estudio de Benítez, et al¹¹ quienes encontraron que la gran mayoría de la población nunca ha participado en actividades comunitarias para prevenir el dengue tampoco ha recibido educación al respecto. De manera similar Castro, et al⁵⁷ señalaron que una alta proporción de encuestados manifiesta que no asisten a sesiones educativas porque no les convocan para hablar sobre la prevención de la enfermedad, aspecto importante a considerar pues expertos en estrategia comunitaria para la prevención del dengue, refieren que para su control se destacan cuatro elementos básicos: voluntad política, coordinación intersectorial, participación activa de la comunidad y fortalecimiento de las leyes sanitarias.

Siendo una de las propuestas, para lograr el control del dengue la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que involucra la coordinación intersectorial, la participación activa de la comunidad y el empoderamiento con las medidas de prevención y control^{58,59}. De tal manera, que cada ciudadano se haga responsable de la inspección semanal y eliminación de criaderos en su hogar y los alrededores. Se considera que el

empoderamiento es condición clave para que la comunidad pueda enfrentar problemas de salud pública complejos, como es el caso del dengue⁶⁰.

El Ministerio de Salud como otra práctica de prevención y control del dengue incluye la eliminación de inservibles de las viviendas como: llantas, botellas, chapas. Todo objeto en el que se puede acumular agua de la lluvia, debe ser eliminado, porque es un potencial criadero del *Aedes aegypti*.

En zonas de clima cálido y lluvioso, la acumulación de objetos en desuso en espacios de las viviendas donde estén expuestos a la lluvia resulta un riesgo constante. Por eso, es importante desechar todos los objetos que no se utiliza, que se encuentran al aire libre y acumulen agua, debido a que el mosquito trasmisor del dengue vive en los recipientes que contienen agua dentro de la casa y en sus alrededores.

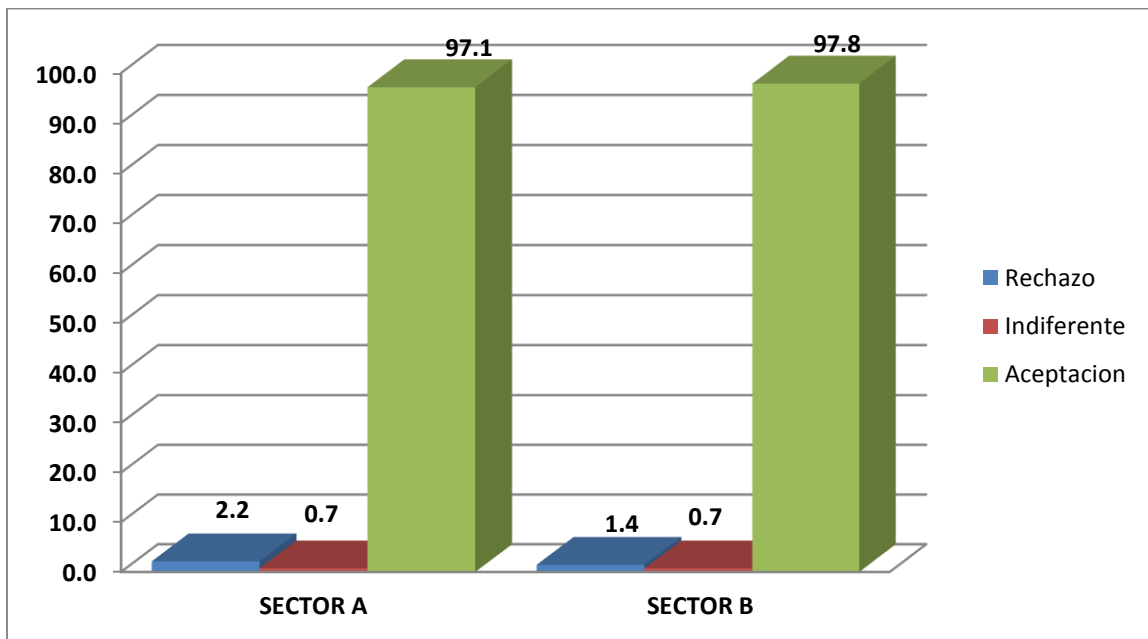
Eliminar el agua de recipientes inútiles que presenten larvas de zancudo, se considera importante una medida importante de prevención porque si el mosquito no tiene acceso a los recipientes con agua no puede poner huevos.

Acerca de la visita del trabajador de salud a su vivienda el resultado guarda relación con el estudio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social⁶¹ en Asunción-Paraguay quienes concluyeron que las visitas domiciliarias son importantes, porque son un espacio de capacitación y cohesión para las familias que no limpian sus casas.

La mayoría de las participantes al encontrar larvas de zancudo en sus viviendas aplican las recomendaciones verbales de los trabajadores de salud. Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de brindar recomendaciones para la prevención del dengue, informando a

la población para que tome una serie de medidas evitando que el mosquito se reproduzca. La reproducción del mosquito se evita al cambiar periódicamente el agua de jarrones y floreros; despejar canaletas; impedir acumulación de agua en el interior de neumáticos; mantener boca abajo los recipientes en desuso; desechar objetos inservibles capaces de acumular agua de lluvia y tapar recipientes utilizados para almacenar agua.

Gráfico 2. Valoración de las actitudes del poblador frente a las medidas de prevención del dengue. Sector “A” y “B” Morro Solar-Jaén, 2013



Fuente: Tabla 4 (Apéndice 6)
 $p = .7147$

En el gráfico 2, muestra que, del total de pobladores que participaron en el estudio el mayor porcentaje del sector “A” (97,1%) y “B” (97,8%) presenta actitud de aceptación. $p = .7147$ (Anexo 2).

Este resultado es consistente con el estudio realizado en la ciudad de Tostado Panamá por Miraya¹⁷, quien encontró que las actitudes del poblador frente al dengue son aceptables. Igualmente, Hernández, et al²⁵ en un barrio de la ciudad de Cartagena, evidenciaron una

actitud favorable para el control del dengue. También, Rangel²¹, en Panamá concluyó que las actitudes de las familias acerca de las medidas de prevención del dengue son favorables. Asimismo, Cáceres, et al¹⁴ en dos barrios de Bucaramanga- Colombia encontró que las actitudes son buenas aunque no óptimas. Contrariamente los datos mostrados en Diez de Octubre, La Habana Cuba por Gonzales, et al¹⁶, que la población estudiada tiene actitudes desfavorables para la erradicación del vector y la prevención de la enfermedad del dengue; sin embargo, Cooke, et al¹⁵ revelaron que las actitudes son de indiferencia en los pobladores de dos barrios del Corregimiento de Pocrí, debido a que la mayoría no participan en actividades comunitarias para prevenir el dengue.

La actitud no es más que la forma en cómo reaccionan las personas. Por esta razón que se necesita mantener una actitud adecuada de la población frente al dengue, cuando se tiene una actitud adecuada los resultados siempre serán buenos a pesar de que la situación como tal no lo sea. De modo que las actitudes son la disposición con que se afronta la realidad en todo momento, pudiendo elegir qué tipo de actitud se adopta ante tal o cual evento. Entonces, las actitudes son más importantes que la situación en particular, debido a que van a determinar de manera significativa los resultados que se va a tener en esa situación. Los buenos resultados no se logran sólo con buenas actitudes, dependerá del nivel de conocimientos, habilidades, experiencia acumulada, entre otros factores. Pero si no está la actitud adecuada, y más bien esta tiene características adversas, es muy difícil que las personas logren controlar y prevenir el dengue.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La mayor proporción de los pobladores del sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, tienen entre 40 a 49 años de edad, con grado de escolaridad primaria, se dedican a las tareas del hogar, de estado civil conviviente y proceden de la zona urbana.

Los pobladores del sector “A” y “B” de Morro Solar-Jaén, tienen un nivel alto de conocimientos sobre la enfermedad del dengue.

La mayoría de los pobladores del sector “A” y “B” de Morro Solar- Jaén, presentan actitud de aceptación frente a las medidas de prevención del dengue.

El estudio ha comprobado que no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes de los pobladores frente a la enfermedad del dengue en el sector “A” y “B”, lo que confirma la H_0 . (Conocimientos $p= .8602$ y actitudes $p= .7147$)

RECOMENDACIONES:

A la Universidad promover estudios cualitativos con la finalidad de comprender el significado que los pobladores tienen sobre la enfermedad del dengue y las medidas preventivas.

A los profesionales de Salud Pública elaborar programas de intervención educativa en alianzas con otras instituciones y actores sociales, para promover el cambio de comportamientos con intervenciones socialmente aceptables.

Al personal de salud y educación fortalecer la participación comunitaria, que permita el seguimiento de las intervenciones multisectoriales dirigidas al control del dengue.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gibbons RV, Vaughn DW. Dengue: An escalating problem. British Medical Journal London; 2002.
2. Githeko AK, Lindsay SW, Confalonieri UE, Patz JA. Climate change and vector-borne diseases: a regional analysis. Bulletin of the World Health Organization; 2000; 78(9):1136-37.
3. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es el dengue y cómo se trata? 2012 [citado 10 de septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/54/es/index.html>.
4. Reyes J, Lounibos P. Laboratorio de entomología médica y departamento de entomología y nematología de la Universidad de Florida. [seriada en línea]. 2011 [Consultado 11 de Julio 2013]. Disponible en: <http://elmercaderdelasalud.blogspot.com/2012/01/el-dengue-en-latinoamerica.html>.
5. Perú 21. Temas del día. 2013. [Consultado 18 de Julio 2013] .Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/peru-registro-29-mil-casos-y-38-fallecidos-dengue-2012-2111518>
6. Zúñiga VC, Peraza MJ, Hernández CE. Abordando la problemática del Dengue desde una perspectiva ambiental. Tecnología en Marcha; 2009. 22 (1): 81-89.

7. Gubler DJ: Dengue and dengue hemorrhagic Clin Microbiol; 1998: 480-96.
8. Martínez E: Dengue y dengue hemorrágico. Universidad Nacional de Quilmes. Elea Laboratorio; 1998: 38-41.
9. Dirección Regional de salud DIRESA Cajamarca; 2012.
10. Ministerio de salud Dirección de salud de epidemiología Boletín Epidemiológico .2012 [Consultado 2 de Agosto 2013]. Disponible en: <http://saludjaen.regioncajamarca.gob.pe>.
11. Benítez-Leite S, Machi ML, Gibert E, Rivarola K. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. [Tesis]. Sociedad Chilena de Pediatría, 2002 [Consultado 20 de Agosto 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100013.
12. Sánchez C, Lemus A, García Y. Evaluación de la implementación de las actividades para el control y prevención del dengue en las unidades de salud que pertenecen al Sibasi Cojutepeque; 2006. [Tesis de maestría]. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas [Consultado 17 de Agosto 2013]. Disponible en:<http://www.umoar.edu.sv/tesis/salud/prevenci%C3%B3n%20dengue.doc>.
13. Hoyos A, Rivera I, Pérez R. Nivel de conocimientos sobre dengue, en San Mateo, Municipio Libertad, Anzoátegui, República Bolivariana de Venezuela; 2007.

14. Cáceres F, Vesga C, Perea X, Ruitort M, Talbot Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en dos barrios de Bucaramanga- Colombia. [Tesis] Universidad Industrial Santander. Departamento de Salud Pública; 2008. [Consultado 10 de Agosto 2013]. Disponible en: fmcacer@uis.edu.co, flordemar200@yahoo.com, chemisvg@hotmail.com.

15. Cooke A, Carrión K, Gonzales A, Villareal A, investigaron Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dengue en dos barrios del Corregimiento de Poci, Distrito de Aguadulce, provincia de Coclé. Panamá Bucaramanga; 2009.

16. Gonzáles A, Ibarra A. El nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti* en comunidades el municipio Diez de Octubre, La Habana. 2008. [Consultado 17 de Agosto 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol_49_2_11/hie11211.htm

17. Miragaya M. Efectividad de las medidas de promoción y prevención del dengue de los habitantes de la ciudad de Tostado –Panamá2010 [Tesis]. Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario. Facultad de medicina y ciencias de la salud [Consultado 20 de Agosto 2013] Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104434.pdf>

18. Carne G, Álvarez A. Perfil Clínico, Epidemiológico y Social del Dengue Clásico y Hemorrágico, entre los habitantes de la Aldea de Monterrico, Municipio de Taxisco en el Departamento de Santa Rosa, Guatemala, 2010”. [Tesis] Universidad de San Carlos

de Guatemala. [Consulta 28 de Agosto 2013] Disponible en:
<http://digi.usac.edu.gt/encuentro2011/uploads/encuentro2010/3Enfermedades%20transmitidas%20por%20vectores/dengue.pdf>.

19. Maltez D. Percepción de riesgo para contraer Dengue en habitantes del Barrio Blanca Segovia-Managua; 2010. [Tesis]. Medicina preventiva y salud pública [Consultado 2 de Setiembre 2013] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2319/1/Percepcion-de-riesgo-para-contraer-Dengue.html>.

20. Peraza M, Gálvez C, Sánchez L, Pérez D, Polo V, Díaz C, Van der P. Encuesta poblacional sobre conocimientos y percepciones acerca de dengue contra prácticas preventivas en el municipio Lisa. Med Trop; 2010. 62 (3).

21. Rangel L. Conocimientos y actitudes y prácticas de medidas de prevención y control del dengue en las familias residentes en la comunidad de María Chiquita Panamá [Tesis de maestría]. Panamá; 2010.

22. Velásquez O. Conocimientos, actitudes y práctica relacionada a la enfermedad del dengue en el Municipio de Rio Hondo, Departamento de Zacapa. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias médicas; 2011.

23. Zorruga I, Yorley A, Castañeda O. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre a dengue, após a implementação de estratégias de mobilização social, Yopal, Casanare; 2012. [Consultado 21 Agosto 2013]. Disponible em:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81462014000200002&script=sci_arttext.
24. Ministerio de Salud. Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico. Lima: Oficina General de Epidemiología; 2000.
25. Hernández J, Consuegra C, Herazo Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias. Rev. Salud Pública. 16 (2): 281-292; 2014.
26. Jamanca R, Touzett A, Campos L, Jave H, Carrión M, Sánchez S. Conocimientos Actitudes y Prácticas de Dengue, en los Distritos de Lima, La Victoria y San Luis; 2008.
27. Cárdenas E. Factores de riesgo que predisponen a contraer dengue en los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de la Red de Salud VI Túpac Amaru. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2008.
28. Belda M. Diferentes tipos de conocimientos. [Consulta 5 de Setiembre 2013] Disponible en:<http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/15Diferentes-tipos-de-conocimientos.pdf>.

29. Slideshare. Tipos de conocimiento [Seriada en línea].2010 [Consulta 5 de Setiembre 2013] .Disponible en: -<http://es.slideshare.net/Blacksoul/tipos-de-conocimiento#btnLast>.
30. Rodriguez A. Psicología social. México: Trillas; 1993.
31. Snith E y Mackie D. Psicología social. Madrid. Editorial médica panamericana; 1997.
32. López A. Para comprender la sexualidad. Navarra: EVD; 1999.
33. The Undergraduate Research Opportunities Center. UROC. Actitud. [Consultado 8 de Setiembre 2013]. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/actitud.html>.
34. Daniel's Blog.Tipos de Conocimiento[Seriada en línea].2008 [Consulta 6 de Setiembre 2013] .Disponible en: <http://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento/>.
35. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas- Ministerio de SaludGuía de práctica clínica para la atención de casos de dengue. Lima Perú; 2011.
36. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud., Organización Panamericana de la Salud. Guía de atención clínica integral del paciente con Dengue. Bogotá; 2010.
37. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas- Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue. Lima Perú; 2011.

38. El análisis Conocimiento, actitudes y prácticas.2011 [Consultado 5 Setiembre 2013]
.Disponible en:
http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24.
39. Grupo Christus Muguerza. Dengue. 2011 [Consultado 19 de Agosto 2013]
.Disponible en:<http://www.espaciosaludable.com/padecimientos/dengue/medidas-preventivas/>
40. Seguridad Pública y protección Civil. Medidas preventivas contra el Dengue. México; 2013.[Consultado 8 de Setiembre 2013]. .Disponible en:
http://www.cuidatv.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1055:medidas-preventivas-contr-el-dengue&catid=179:recomendaciones&Itemid=176.
41. Ñaupas H, Mejia G, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación y elaboración de tesis. Era ed. Lima: Editorial Universidad Nacional de San marcos; 2013.
42. Bugida S. Definición de Educabilidad. 2006 [Consultado 19 de Agosto 2013]
.Disponible em: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educailidad>.
43. Murguialdoy B, Bosque A. Riesgos en salud en el trabajo de ama de casa. Emakunde; 1994.

44. Hernández I, Arenas M, Valde R. El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: Interacción social y vida cotidiana: Rev Saúde Pública 2001 [consultado 4 de junio 2015]. Disponible en: [http://www. Aciclo.br/polif/rsp/u35n5/6582.pdf](http://www.Aciclo.br/polif/rsp/u35n5/6582.pdf).
45. Tsai:rF, Halstead SB. Tropical viral infections. Current Opinion Infectious Disease; 1998.
46. Ramírez-Ronda CH, Garcia CD. Dengue in the Western Hemisphere. In: Infectious Disease Clinics of North America; 1994: 107-28.
47. Kourí G, Guzmán MG, Bravo J. Hemorrhagic dengue in Cuba: history of an epidemic. Bull Pan Am Health Organ; 1986. 20 (1): 24–30.
48. Martínez E y Torres M.C. Dengue y dengue hemorrágico: Aspectos clínicos Salud Pública México; 1995. 37(1):29-44. [Consultado 22 de Agosto 2013] .Disponible em: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001631>.
49. Beckett CG; Kosasih H; Tan R; Widjaja S; ListianingsihE; Ma'roef C; Wuryadi S; Alisjahbana B; Rudiman I; McArdle JL; Porter KR. En hancing knowledge and awareness of dengue during a prospective study of dengue fever. Southeast Asian J Trop Med Public Health; 2004 [Consultado 10 Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.proquest.umi.com>.
50. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas. Marco de Referencia; 2001.

51. Fajardo P, Monje CA, Lozano G, Realpe O, Hernández LE. Nociones populares sobre “dengue” y “rompehuesos”, dos modelos de la enfermedad en Colombia. Rev Panam Salud Publica; 2001;10 (3):161-167.
52. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Proyecto Vigía. Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al dengue: Lima y Macro Norte. Lima, Perú; 2004. p. 138.
53. Ovelar M. Dengue o fiebre rompehuesos. 2011 [Consultado 22 de Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.franjeado.com/index.php?showtopic=11811>.
54. Llanos. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, Grupo Salud en Trópico. Alcaldía de Villavencio, Secretaría Local de Salud. El Capitán Anti-dengue. Villavencio: Secretaría Local de Salud; 2002.
55. Aponte LH. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con prevención y control de dengue presentes en la comunidad de Villavencio, Colombia;. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España; 2006. [Consultado 22 de Agosto 2013]. Disponible en: Portugal<http://www.redalyc.org/pdf/896/89610104.pdf>.
56. Martínez E: Dengue y dengue hemorrágico. Universidad Nacional de Quilmes. Elea Laboratorio; 1998: 38-41.
57. Castro M, Pérez D, Pérez K, Polo V, López M, Sánchez L. Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del dengue. Rev Cubana Med Trop; 2008. 60 (1):83-91.

58. Cáceres MF, Vesga GC, Angulo SM. Empoderamiento para la prevención y control del Dengue. Rev. salud pública .Bogotá; 2010. 12(5): 798-806.
59. Torres LT, Guerrero CJ, Salazar EJ. Dimensiones culturales del dengue que favorecen o dificultan su prevención en México. Rev Panamericana Salud Pública; 2012. 31(3): 197-203.
60. Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
61. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resultados de investigación basada en encuesta en hogares de la XI Región Sanitaria, Central y la XVIII Región Sanitaria, Capital, para identificar mensajes clave y medios necesarios para el fortalecimiento de la comunicación y la educación en la prevención y el control del dengue; 2013

APÉNDICE 1

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula para población finita

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{Z^2 \times pq + N \times E^2}$$
$$n = \frac{1,96^2 \times 2014 \times 0,5 \times 0,5}{1,96^2 \times 0,25 + 2014 \times 0,05 \times 0,05}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Desviación estándar (para un intervalo de confianza de 95,55 es de 1.96

p = Proporción de la población que posee las características 50

q = 1-p

E = Margen de error 0,05

Sectores	N° de Viviendas	Tamaño de la muestra (n) (16%)
A	869	139
B	1145	183
Total	2014	322

El tamaño de la muestra estará conformado por 322 viviendas, corresponde al sector A= 139 y sector B= 183.

Por ser estudio comparativo se equipara para el sector A = 139 y B= 139.

APÉNDICE 2

CUESTIONARIO A LOS POBLADORES DEL SECTOR “A” Y “B”- MORRO SOLAR, JAÉN

I. DATOS GENERALES

Sector A de Morro Solar () Sector B de Morro Solar ()

1. Sexo: 1. Masculino: () 2. Femenino: ()

2. Edad:

1. 20-29 años: () 2. 30-39 años: () 3. 40-49 años ()

4. 50-59 años: () 5. 60 años o más: ()

3. Escolaridad:

1. Ninguna () 2. Sabe leer y escribir ()

3. Primaria completa (1 a 6 grado) () 4. Primaria incompleta (1 a 6 grado) ()

5. Secundaria completa (7 a 9 grado) () 6. Secundaria incompleta (7 a 9 grado) ()

7. Bachillerato completo () 8. Bachillerato incompleto ()

9. Técnico () 10. Universidad ()

4. Estado Civil:

1. Soltero: () 2. Casado: () 3. Acompañado: ()

4. viudo: () 5. Divorciado: ()

5. Ocupación:

- | | | | | | |
|----------------|-----|----------------|-----|-----------------|-----|
| 1. Empleado. | () | 5. Ama de casa | () | 9. Jornalero | () |
| 2. Desempleado | () | 6. Comerciante | () | 10.. Agricultor | () |
| 3. Estudiante | () | 7. Profesional | () | 11. Ganadero | () |
| 4. Jubilado | () | 8. Oficio | () | | |

6. Lugar de procedencia: codificar

1. Urbano: () 2. Rural: ()

II. CONOCIMIENTOS

7. ¿Sabe qué es el dengue para Ud.?

1. _____ Enfermedad transmitida por el zancudo
2. _____ Enfermedad que produce fiebre
3. _____ Enfermedad que produce dolor de huesos
4. _____ Enfermedad que puede producir la muerte.
5. _____ No sabe
6. _____ Otros.

8. ¿Conoce usted el zancudo del dengue? Descríbalo cómo es:

1. Patas grandes negras con rayas
2. Insecto blanquinegro con rayas en dorso y las patas.
3. Mide aprox. 5mm.
4. No sabe.

9. ¿Sabe cómo se transmite el dengue?

1. _____ Picadura de zancudo
2. _____ De persona a persona
3. _____ Por comer en los mismos platos de la persona enferma
4. _____ No sabe
5. _____ Otros _____

10. ¿Reconoce los signos y síntomas cuando alguien enferma de dengue?

1. _____ Fiebre
2. _____ Dolor de huesos
3. _____ Dolor de cabeza
4. _____ Dolor de ojos
5. _____ No sabe
6. _____ Otros. _____

11. ¿Cuando alguien de su familia enferma del dengue, qué hace o qué medicamento le administra?.....

12. ¿Mencione los lugares donde se cría el zancudo?

1. _____ Pilas y barriles
2. _____ Llantas
3. _____ Floreros
4. _____ Objetos inservibles(botellas)
5. _____ no sabe
6. _____ Otros.

13. ¿Mencione la forma de eliminación de criaderos?

1. _____ Eliminar agua de depósitos con larvas
2. _____ Destrucción de objetos inservibles
3. _____ Eliminar llantas inservibles
4. _____ Eliminar floreros con agua
5. No sabe ()
6. Otros () Especificar: _____

14. ¿Sabe cómo se previene el dengue?

1. _____ Uso de mosquiteros
2. _____ Uso de mallas en puertas y ventanas
3. _____ Mantener tapadas pilas y barriles y otros recipientes que contengan agua.
4. _____ Sellar con arena o tierra tubos de cercas que tengan orificios
5. _____ Rellenar con arena o tierra las cavidades de troncos de los árboles
6. _____ No sabe
7. _____ Otros _____

III. ACTITUDES

15. ¿Cree Ud. que se debe de lavar los depósitos de agua usando cepillo o escobilla al menos una vez al mes?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

16. ¿Cree Ud. que se debe de tapar los depósitos de agua con una tapa segura?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

17. ¿Cree Ud. que se debe de cambiar el agua de los floreros, plantas de agua, maceteros con escurridera y bebederos para animales al menos cada tres días?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

18. ¿Cree Ud. que si alguno de los miembros del hogar presentara fiebre con dolor de ojos, dolor de cabeza, dolor de hueso o dolores musculares lo llevaría a algún establecimiento de salud (MINSAL, ESSALUD o privado)?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

19. ¿Cree Ud. que se debe de volver a aceptar que se coloque abate en los depósitos donde junta o recoge agua?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

20. ¿Cree Ud. que es necesario que se debe de mantener o volver a cambiar el abate por lo menos cada tres meses en los depósitos de agua?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

21. ¿Cree Ud. que se debe aceptar que fumiguen su vivienda en tres oportunidades?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

22. ¿Cree Ud. que es necesario el tener que asistir a una charla sobre dengue?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

23. ¿Cree Ud. que es necesario el tener que recolectar y eliminar objetos inservibles de su vivienda?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

24. ¿Cree Ud. que es necesario eliminar el agua de recipientes útiles que presentan larvas de zancudo?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

25. ¿Cree Ud. que es necesario la visita del trabajador o colaborador de salud en su vivienda?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

26. ¿Cree Ud. que es necesario o útil las recomendaciones verbales de los trabajadores de salud al encontrar larvas de zancudo en su vivienda?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Gracias por su colaboración.

APÉNDICE 3

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN FRENTE AL DENGUE. SECTOR “A” Y “B”-MORRO SOLAR, JAÉN

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de ítems
0,89	26

APÉNDICE 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Acepto participar en la investigación titulada: **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN FRENTE AL DENGUE. SECTOR “A” Y “B”-MORRO SOLAR, JAÉN**, después de haber sido informada de los objetivos y metodología del estudio.

El informe final de la investigación será publicado y utilizados solo con fines de investigación. Además estoy consciente que tengo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Firma

DNI:.....

APÉNDICE 5

Tabla 4. Nivel de conocimientos del poblador sobre el dengue. Sector “A” y “B”-Morro Solar- Jaén, 2013

CONOCIMIENTOS	SECTORES			
	SEC. A		SEC. B	
	N	%	N	%
Bajo	39	28.1	35	25.2
Medio	23	16.5	25	18.2
Alto	77	55.4	79	56.8
Total	139	100.0	139	100.0

APÉNDICE 6

Tabla 5. Valoración de la actitud del poblador frente a las medidas de prevención del dengue. Sector “A” y “B” Morro Solar- Jaén, 2013

CONOCIMIENTOS	SECTORES			
	SEC. A		SEC. B	
	N	%	N	%
Rechazo	3	2,2	2	1,4
Indiferente	1	0,7	1	0,7
Aceptación	135	97,1	136	97,8
Total	139	100.0	139	100.0

ANEXO 1

PRUEBA DE HIPÓTESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS POBLADORES SOBRE EL DENGUE

		Frecuencia		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	39	28,1	28,1	28,1
	MEDIO	23	16,5	16,5	44,6
	ALTO	77	55,4	55,4	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

a. 1. Sector = A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	35	25,2	25,2	25,2
	MEDIO	25	18,0	18,0	43,2
	ALTO	79	56,8	56,8	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

a. 1. Sector = B

Hypothesis test for two independent proportions

$p1$	$p2$	p_c	
0.554	0.568	0.5611	p (as decimal)
43/77	45/79	88/156	p (as fraction)
42.658	44.872	87.53	X
77	79	156	N
	-0.014		Difference
	0.		hypothesized difference
	0.0795		std. Error
	-0.18		Z
	.8602		p-value (two-tailed)

Aplicando la prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones se demuestra que un resultado de .8602, mayor a 0.05, indica que las diferencias en el nivel de conocimientos en ambos sectores, no son significativas, lo que confirma la H_0 ya que los niveles de conocimientos son apreciables en forma homogénea tanto en los Sectores “A” y “B”.

ANEXO 2

PRUEBA DE HIPÓTESIS

ACTITUDES DEL POBLADOR FRENTE A LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL DENGUE.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rechazo	3	2,2	2,2	2,2
	Indiferente	1	,7	,7	2,9
	Aceptación	135	97,1	97,1	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

a. 1. Sector = A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rechazo	2	1,4	1,4	1,4
	Indiferente	1	,7	,7	2,2
	Aceptación	136	97,8	97,8	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

a. 1. Sector = B

Hypothesis test for two independent proportions

$p1$	$p2$	p_c	
0.978	0.971	0.9745	p (as decimal)
133/136	131/135	264/271	p (as fraction)
133.008	131.085	264.093	X
136	135	271	n
	0.007		Difference
	0.		hypothesized difference
	0.0191		std. Error
	0.37		Z
	.7147		p-value (two-tailed)

Aplicando la prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones se demuestra que un resultado de 0.7147, mayor a 0.05, indica que las diferencias en las actitudes frente al Dengue en ambos sectores, no son significativas, lo que confirma la H_0 ya que las actitudes son apreciables en forma homogénea tanto en el sector “A” y “B”.