



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE DENGUE EN TODOS LOS
ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS
FISCALES 9 DE OCTUBRE, MACHALA, KLEVER FRANCO CRUZ, JUAN
HENRÍQUEZ COELLO, EL ORO, ATAHUALPA, UNIÓN NACIONAL DE
EDUCADORES UNE, JUAN MONTALVO, MATILDE HIDALGO DE PROCEL, SIMÓN
BOLIVAR DE LA CIUDAD DE MACHALA, 2012**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: JUAN PABLO PAUTA MARTÍNEZ
JANINA VIVIANA TORRES ÁVILA
MARÍA ALEJANDRA VÉLEZ CARRIÓN**

DIRECTOR Y ASESOR: DR. JAIME VINTIMILLA

**CUENCA – ECUADOR
2013**



RESUMEN

Introducción: En Ecuador han ocurrido epidemias de dengue en los últimos años con presentaciones clínicas severas y varias muertes como resultado final.

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue de los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de la ciudad de Machala en el 2012.

Metodología: Estudio de corte transversal de prevalencia, llevado a cabo en un población de 642 estudiantes de secundaria de la Ciudad de Machala, se procedió a la recolección de datos mediante la encuesta Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue - CAP DENGUE a toda la muestra seleccionada, posterior a su calificación individual los datos de los formularios fueron ingresados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 15 y se utilizaron tablas de doble entrada con frecuencias relativas y porcentajes para su presentación.

Resultados: Los estudiantes de entre 17-19 años fueron los de mayor prevalencia 78,67%; el sexo más frecuente fue el masculino 57,01%; el estado civil de mayor prevalencia fue el soltero/a 96,1%, el 96,10% de la población residía en su hogar por periodos iguales o mayores a 5 años. Tras la valoración se encontró que los conocimientos, actitudes y prácticas fueron Muy buenos 25,7%, Buenos 65,89% y Regulares 8,41% sin registrarse calificaciones Malas. Las mayores deficiencias encontradas fueron en los procesos de prevención tanto institucional, personal y comunitario.

Conclusiones: Los conocimientos actitudes y prácticas en la población adolescente estudiante de secundaria de la Ciudad de Machala revisten ser adecuados en la mayoría de los casos, esto definitivamente contribuirá al control de la enfermedad, sin embargo las tareas de prevención aún son deficientes en algunos aspectos.

DeCS: DENGUE-PREVENCIÓN Y CONTROL; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD; ADOLESCENTE; ADULTO JOVEN; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; MACHALA-ECUADOR.



ABSTRACT

Introduction: In Ecuador dengue epidemics have occurred in recent years with severe clinical presentations and several deaths as a result.

Objective: To determine the knowledge, attitudes and practices about dengue third year students of school of public schools in the urban area of the city of Machala in 2012.

Methods: Cross-sectional study of prevalence, carried out in a population of 642 high school students from the city of Machala, we proceeded to collect the survey data using Knowledge, Attitudes and Practices on Dengue - CAP DENGUE the entire sample selected following their individual rating data forms were entered into a database in SPSS 15 and used crosstabs with relative frequencies and percentages for presentation.

Results: Students aged 17-19 years were the most prevalent 78.67%, the most frequent sex was male 57.01%, the most prevalent marital status was Bachelor / a 96.1%, 96,10% of the population lived in their home for periods equal to or greater than 5 years. Following assessment found that the knowledge, attitudes and practices were very good 25.7%, 65.89% and Regulars Buenos 8.41% without registering Bad grades. The greatest deficiencies were in the process of preventing both institutional and community staff.

Conclusions: The knowledge, attitudes and practices in teenage high school student population of the city of Machala lining be adequate in most cases, this will definitely contribute to the control of the disease, but prevention efforts are still deficient in some respects.

DeCS: DENGUE-PREVENTION & CONTROL; HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE; ADOLESCENT; YOUNG ADULT; STUDENTS-STATISTICS & NUMERICAL DATA; MACHALA-ECUADOR.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

Contenido	Página
CAPÍTULO I	17
1.1 Introducción	17
1.2 Planteamiento del problema	17
1.3 Justificación	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. Definición	22
2.2. Breve Historia	22
2.3. Estudios CAP	24
2.4. Impacto Económico.....	25
2.5. Descripción Clínica	27
2.6. Reservorio de los virus dengue.....	28
2.7. Clínica y Diagnóstico del dengue	28
2.8. Factores de riesgo en Dengue	30
CAPÍTULO III	31
OBJETIVOS	31
3.1. Objetivo general.....	31
3.2. Objetivos específicos	31
CAPÍTULO IV	32
DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1. Tipo de estudio	32
4.2. Área de estudio.....	32
4.3. Universo y muestra	32
4.4. Operacionalización de las Variables	36
4.5. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	36
4.6. Plan de tabulación y análisis.....	37
4.7. Consideraciones éticas	37
CAPÍTULO V	38
RESULTADOS	38
CAPÍTULO VI	54




DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO VII	57
CONCLUSIONES	57
CAPÍTULO VIII	58
RECOMENDACIONES	58
CAPÍTULO IX	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
CAPÍTULO X	64
ANEXOS	64
ANEXO 1: Consentimiento informado dirigido a los alumnos mayores de edad...	64
ANEXO 2: Asentimiento informado dirigido a los alumnos menores de edad.....	65
ANEXO 3: Consentimiento informado dirigido a los representantes de los alumnos menores de edad.	66
ANEXO 4: Oficio a los directores de los Colegios.....	67
ANEXO 6: Operacionalización de las variables.	73
ANEXO 7: Operacionalización de la variable CAP	74
ANEXO 8: Colegios fiscales del área urbana de la ciudad de Machala.....	75



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Fundada en 1867

Yo, Juan Pablo Pauta Martínez, autor de la tesis "Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo de Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012 ", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 22 de julio de 2013



Juan Pablo Pauta Martínez
0103524740

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Janina Viviana Torres Avila, autor de la tesis "Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de Octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo De Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 22 de julio de 2013.



Janina Viviana Torres Avila
0104499736

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Alejandra Vélez Carrión, autor de la tesis Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de Octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo de Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 22 de Julio 2013

María Alejandra Vélez Carrión
0105618425

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

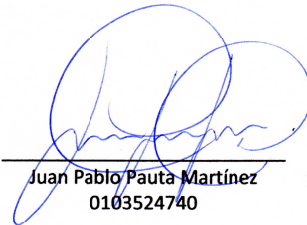
Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Fundada en 1867

Yo, Juan Pablo Pauta Martínez, autor de la tesis "Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo de Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012 ", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 22 de julio de 2013



Juan Pablo Pauta Martínez
0103524740

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Janina Viviana Torres Avila, autor de la tesis "Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de Octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo De Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 22 de julio de 2013.

Janina Viviana Torres Avila
0104499736

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

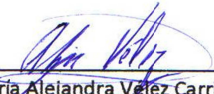


UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Alejandra Vélez Carrión, autor de la tesis Conocimientos, actitudes y prácticas de dengue en todos los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales 9 de Octubre, Machala, Klever Franco Cruz, Juan Henríquez Coello, El Oro, Atahualpa, Unión Nacional de Educadores UNE, Juan Montalvo, Matilde Hidalgo de Procel, Simón Bolívar de la ciudad de Machala, 2012, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 22 de Julio 2013



María Alejandra Vélez Carrión
0105618425

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

A Dios, por darme salud, iluminar mi camino y permitirme cumplir una meta más en la vida. A mis padres, por apoyarme en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, por su ejemplo de perseverancia y constancia que me han permitido ser una mujer de bien, pero más que nada, por su amor. A mis familiares, a mi hermano, primos, tíos, abuelos y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes! A mis maestros, por su gran apoyo y tiempo compartido durante los años de formación, por la motivación para que culmine mis estudios y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional a través de la transmisión del conocimiento. A la Universidad De Cuenca, en especial a la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

María Alejandra Vélez Carrión



DEDICATORIA

Con mucho cariño quiero dedicar este Trabajo de Investigación a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, Lucía y Gustavo por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional hacia mi carrera y por brindarme cada día nuevas enseñanzas que han sido muy enriquecedoras tanto en mi formación personal como académica. A mi hermano, Esteban por ser un apoyo muy importante en cada una de las decisiones que tomado durante mi vida. Por ultimo a mis compañeras Janina y Alejandra porque sin el equipo que formamos no hubiéramos logrado esta meta.

Juan Pablo Pauta Martínez



DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar este trabajo a Dios, por darme la fortaleza para seguir estudiando a pesar de las adversidades y por darme sabiduría para no declinar en los momentos más difíciles. También lo dedico a mi Esposo, por apoyarme siempre de forma incondicional, por soportar todas las malas noches y los días sin vernos, porque en este trabajo se ve reflejado no solo el año que nos llevó realizarlo, sino los cinco años de estudio que culmina con la tesis. A mi Hijo, por soportar el tiempo de ausencia y entender el esfuerzo que conlleva ser madre y estudiar por cumplir un sueño. A mis Padres y Hermanos, porque de una forma u otra han sido parte de mi carrera y de la labor que he llevado durante todos estos años.

Janina Viviana Torres Ávila



AGRADECIMIENTO

Esta tesis pregrado, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de los autores y su director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaremos y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar con nosotros en cada paso, por fortalecernos e iluminarnos y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecemos a nuestras familias porque está claro que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, nuestros estudios no hubiesen sido posibles. A nuestros padres por el apoyo y alegría que nos brindaron y por la fortaleza necesaria para seguir adelante. Gracias porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

Un agradecimiento a todos los maestros, de manera especial al director de tesis Doctor Jaime Vintimilla, por la colaboración, paciencia y apoyo brindados desde siempre, por escucharnos, aconsejarnos y por tener siempre tendida su mano amiga.



A los compañeros por los momentos de alegría, por su ayuda y amistad desde el primer momento en el que se inició este gran reto y por compartir las mismas experiencias, gracias por su apoyo y ánimo en cada etapa superada a lo largo de estos años de estudio.

En general quiero agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo todas las experiencias que nos llevaron a cumplir esta meta, personas que no necesitamos nombrar porque tanto ellas como nosotros sabemos que desde los más profundo del corazón les agradecemos por todo su apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

LOS AUTORES



CAPÍTULO I

1.1 Introducción

El dengue es una enfermedad endemoepidémica, producida por los cuatro serotipos del virus del dengue y transmitida por mosquitos del género *Aedes*. Según el Boletín Epidemiológico de la Situación del Dengue en el Ecuador N° 45¹ en el Ecuador se notificaron 16479 casos de éstos el 1,8% correspondieron a dengue grave; la tasa de incidencia acumulada es de 2%. La tasa de letalidad por dengue grave acumulada, es de 7.9%. La provincia más afectada por esta enfermedad fue Guayas con 3029 casos, en la provincia de El Oro el número de caso fue de 1667, evidenciando la gravedad de la enfermedad.

Los principios fundamentales para el control del vector y del dengue son: la voluntad política (financiamiento, recursos humanos), el mejoramiento de la infraestructura de salud y de los programas de control del vector, la coordinación intersectorial y la activa participación comunitaria, entre otros. Es fundamental que la comunidad reconozca su responsabilidad en el control del dengue para lograr un cambio de conducta. A su vez, se necesitan sistemas de vigilancia activos de la enfermedad y planes para el enfrentamiento de las emergencias.

Es necesario realizar un trabajo educativo sistemático para que la comunidad priorice el control del mosquito. Actualmente la única alternativa para la erradicación del dengue es el control del vector y es el objetivo fundamental la eliminación de sus potenciales criaderos. Hasta que el dengue no se convierta en una verdadera prioridad para los países endémicos, su prevención y control no se harán realidad

1.2 Planteamiento del problema

El dengue es una enfermedad viral, cuya propagación se atribuye a la expansión de la distribución geográfica de los cuatro virus del dengue y sus mosquitos vectores, el más importante de es *Aedes Aegypti*, una especie predominantemente urbana. De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia



del dengue creció en las últimas décadas, convirtiéndose en una enfermedad endémica en más de 100 países, lo que pone en riesgo a 2 mil 500 millones de personas.²

Cada año se estima que ocurren entre 50 y 100 millones de infectados, 500.000 de dengue hemorrágico (DH) y al menos 21.000 muertos, siendo el dengue una de las enfermedades emergentes más importantes del inicio de siglo XXI.³

En América, la situación del dengue ha empeorado en los últimos 20 años con el aumento del número de casos de países afectados y mayor frecuencia de manifestaciones graves.

Este aumento está asociado a la introducción de nuevas variantes genéticas del virus, la circulación simultánea de varios serotipos en un ambiente de crecimiento urbano no planificado, hacinamiento, desplazamiento, pobreza, falta de suministro de agua potable, mal manejo de desechos y servicios médicos inadecuados.⁴ Otras razones son la inaccesibilidad a insecticidas, el deterioro de los programas de prevención y control, el crecimiento de las grandes ciudades y la falta de educación sanitaria.⁵

Durante la última década, en Sudamérica se ha registrado el más dramático incremento de la incidencia del dengue, especialmente en Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y Brasil. Actualmente, en este último país se produce aproximadamente el 70% de todos los casos en América, mientras que Colombia ha registrado el mayor número de casos de dengue hemorrágico y de casos fatales en los últimos años.⁶

En el año 2010 el número total de casos de dengue reportados en América fue de 1.009.576, con una tasa de incidencia de 192,85/100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 2,37%, en comparación al año 2011, en el que disminuyó, tanto el número de casos totales a 890.756, como la tasa de incidencia a 170,1/100.000 habitantes, pero no así la tasa de letalidad que aumentó a 4,5%.



Del número total de casos antes mencionado en el año 2010, un total de 82.044 casos fueron reportados en Centro América y México con una tasa de incidencia de 55,83 y una tasa de letalidad de 1,72%; asimismo, en la Región Andina (Colombia y Venezuela) se reportó un número total de casos de 146.283 con una tasa de incidencia de 142,80/100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 0,88%.

En relación al año 2011, hubo una marcada disminución del número de casos reportados a 40.089 en Norteamérica, Centroamérica y México, que se reflejó con una disminución de la tasa de incidencia a 27,3/100.000 habitantes; aunque con un aumento en la tasa de letalidad a 2,20%. En el mismo año, en la región Andina hubo una disminución tanto en el número total de casos reportados como en la tasa de incidencia, con un 95.361 y 93,1/100.000 habitantes respectivamente, no así la tasa de letalidad, la que aumentó significativamente al 5,33%.

En el año 2010 y 2011, en Centro América y México los serotipos de mayor predominio fueron DEN 1 y 2, a excepción de Costa Rica que en el 2010 también fue afectado por el serotipo DEN 3 y en el año 2011 en México se sumó el serotipo DEN 4. Mientras que la Región Andina, fue afectada por los 4 serotipos con un predominio del DEN 2.^{8,9}

Por otra parte, en el año 2010 en Sudeste de Asia, se reportaron 187.333 casos de dengue, con una incidencia de 10,64/100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 0,21%. De estos datos, los que más llamaron la atención fueron Tailandia con 57.948 casos reportados, con una incidencia de 85,09/100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 0,12%. Sobresale también, Indonesia, donde se reportaron 80.065 casos, con una incidencia de 34,29/100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 0,93%.¹⁰

En Ecuador han ocurrido epidemias de dengue en los últimos años con presentaciones clínicas severas y varias muertes como resultado final. En el año 2010 hasta el mes de marzo se han tratado en el país, especialmente en las provincias costeras, 3.985 casos de dengue clásico, lo cual representa 3,5 veces más de lo detectado en las 10 primeras semanas del año 2009; a ello se suman 78



casos de dengue hemorrágico.⁷ El panorama epidemiológico se agrava por la existencia de *Aedes Aegypti* en el 90% del territorio nacional que está ubicado por debajo de 2.200 metros sobre el nivel del mar, a esto se suma la presencia de *Aedes albopictus* y la urbanización de la población.

De acuerdo al Ministerio de salud Pública del Ecuador durante el presente año (2012), hasta la semana 44 se han notificado oficialmente 16.287 enfermos con dengue, de los cuales el 1,8% (286) corresponden a dengue grave. La tasa de incidencia acumulada es de 1,9%. La tasa de letalidad por dengue grave acumulada, es de 8%, además se han registrado seis personas fallecidas en la provincia del Guayas, nueve en Manabí, una en Los Ríos, una en El Oro, dos en Santa Elena, una en Pichincha y tres en Santo Domingo de los Tsáchilas.

La distribución de los enfermos con dengue grave, por grupos de edad y sexo muestra que hasta la semana 44, el 56,6% fueron mujeres y 43,4% fueron hombres. El 66,4% de las personas afectadas con dengue grave son menores de 14 años.

De acuerdo a los datos emitidos en el Reporte semanal de dengue y SIVE Alerta, emitido por el INEC, 2012., para el caso de estudio, en la provincia de El Oro se registra la existencia de 1642 casos de Dengue, siendo la cuarta provincia con prevalencia de la enfermedad.

En la actualidad se han adelantado acciones para el control del dengue en algunas regiones del mundo. En 1999 la OPS estableció el Plan Detallado de Acción para la Próxima Generación: Prevención y Control del Dengue, que enfatizó la necesidad del empleo de estrategias de cambio de conducta para fortalecer la relación costo-eficacia de programas de prevención y control en el transcurso del tiempo.¹¹

En el año 2000 se realizó la encuesta sobre percepción del dengue en América Latina¹² como soporte al establecimiento del modelo para la prevención y el control del dengue, que indica a los países cómo hacer para salir de los modelos verticales y llegar a modelos horizontales.¹³ La Estrategia de Gestión Integrada – EGI-Dengue, conocida como el decálogo para el control del dengue, fue aprobada mediante la



Resolución CD43.R4, el 26 de septiembre de 2001, por parte de los países miembros de la OPS.¹⁴

Existen algunas experiencias investigativas que se han llevado a cabo en el mundo¹⁵ en las cuales han participado, inclusive, países de América Latina y del Caribe.¹⁶

El problema que se presenta es la realización de programas y campañas masivas para el control del dengue, específicamente centradas en la educación, sin haber hecho un diagnóstico previo de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, tal como hemos mencionado, no se han realizado este tipo de estudios en la población en general, mucho menos en jóvenes de formación secundaria. Esto hace que las campañas masivas homogéneas posiblemente no logren impactar debido a que no se ha considerado el conocimiento previo, ni las propuestas de los participantes.

La estrategia de movilización y comunicación social está recomendada para lograr en la población el impacto conductual sostenible.¹⁷ La pregunta de investigación a resolver es ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales de la Ciudad de Machala con respecto a las medidas de prevención y control del dengue?

1.3 Justificación

El dengue es una enfermedad de alta incidencia que ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en los últimos decenios, afectando a varios países entre ellos Ecuador. La OMS calcula que cada año puede haber 50 millones de casos de dengue en todo el mundo.¹⁸ La ciudad de Machala ha presentado varios brotes epidémicos con casos graves y muertes en los últimos años. Se requiere contar con evidencia sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre medidas de prevención y control del dengue, en los estudiantes del último año de bachillerato.

Los resultados se exhiben en este estudio, con la finalidad de brindar beneficio a toda la población de Machala que presente algún factor de riesgo, permitiendo de esta manera disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad mencionada.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Definición

El dengue es una enfermedad infecciosa causada por un virus perteneciente a la familia Flaviviridae, al género Aedes, principalmente el Aedes aegypti, vector de la enfermedad. Existen cuatro variantes del virus, los serotipos: DEN1, 2, 3 y 4.¹⁹

2.2. Breve Historia

El dengue acompaña al hombre desde hace siglos, la primera descripción data del año 265 al año 420 después de Cristo, durante la dinastía China Chin. Los primeros brotes de dengue están descritos en el Caribe y en la Indias Occidentales Francesas, en el siglo XVII. En el siglo XVIII se refiere el primer brote en los Estados Unidos, en Filadelfia. En 1889, esta enfermedad habría existido en Chile.

La etiología viral se estableció en los años 40 y, desde el siglo XVIII hasta antes de la Segunda Guerra Mundial, desde un punto de vista epidemiológico, la enfermedad se presentó en forma de epidemias grandes, pero poco frecuentes. Los conflictos bélicos, especialmente la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea, Vietnam, etc., generaron las condiciones para que la pandemia del dengue resurgiera, principalmente por la destrucción ecológica, poblacional y social. En 1954 se describió el primer caso de dengue hemorrágico, en Filipinas, posteriormente, el dengue se hizo endémico en el sudeste asiático y a mediados de los años 70 era la principal causa de hospitalización y muerte en los niños de esa zona.

Durante los años 50 y 60, e inicios de los 70, hubo un programa de la OPS muy intenso para erradicar al vector, objetivo que se alcanzó en gran parte de América del Sur, por lo que los brotes epidémicos de dengue casi se suprimieron.



Lamentablemente, este programa se suspendió a comienzos de los 70 y el Aedes pudo re-invasir y re-infestar el cono sur y gran parte de América Latina. Desde los años 80, prácticamente todos los países de América Latina, excepto Chile, han experimentado epidemias de dengue y se han introducido y reintroducido nuevas cepas. Los cuatro serotipos del virus circulan en América Latina y en 1981 se comunicó el primer brote de dengue hemorrágico en las Américas, que fue un gran brote en Cuba.²⁰

La enfermedad es endémica en América, Sudeste Asiático, Pacífico occidental, África y el Mediterráneo oriental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es una enfermedad endémica en más de 100 países, lo cual pone en riesgo a 2 mil 500 millones de personas. Se estima que cada año ocurren entre 50 y 100 millones de infectados, 500 000 de dengue hemorrágico (DH) y al menos 21 000 muertos.²¹

La infección de virus de dengue es sin duda alguna la enfermedad transmitida por artrópodos más común a nivel mundial, en lo que se refiere a la tasa de morbilidad con una incidencia que aumenta en las regiones tropicales de Centro y Suramérica. Para el año 2000, 25 países de Centro y Suramérica, y del Caribe, registraron transmisión de dengue, y entre ellos, 17 presentaron casos de dengue hemorrágico, y 10 muertes debidas a DH. La subregión más afectada fue Suramérica, y los países más duramente golpeados, Brasil, Ecuador, Colombia, Paraguay y Venezuela. Mucho más preocupante y notable es la tendencia de la incidencia de la fiebre de dengue hemorrágico que se ha observado en la región durante la última década.²²

En la Región de las Américas, el número de casos de dengue ha aumentado sostenidamente durante los últimos 25 años y este aumento se interpreta como una falla de las políticas de salud pública.²³

Así, los casos aumentaron en forma explosiva de 66.000 en 1980 a más de 717.000 en 1998. En el año 2001, las cifras de la OPS, hablaban de 609.152 casos del



dengue notificados en las Américas, incluidos 15.000 casos de la fiebre hemorrágica del dengue y 115 defunciones.²⁴

Durante el año 2002 se notificaron más de 1 millón de casos y en el año 2005 se apreció un discreto aumento respecto a los dos años precedentes.²⁵

2.3. Estudios CAP

Cáceres-Manrique F. et al., en el año 2007, llevaron a cabo un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. En 643 de las 780 viviendas (82,4%) se logró respuesta, la mayoría de los entrevistados eran mujeres, 518 (80,6 por ciento), con edad promedio 39,6 años, desviación estándar (DE) 16,8, escolaridad 6,2 años (DE 3.5) y 5 habitantes por vivienda, el 67,3% lo describieron como una enfermedad: muy grave 84,8%, transmitida por zancudo 37,6% y producida por virus 9,2%. Síntomas reconocidos: fiebre 88,6%, vómito 54,7%, diarrea 43,0%, cefalea 37,8%, dolor óseo 30,5% y muscular 17,0%. Para prevenirlo: evitan agua estancada 44,7%, lavan la pila 27,2%, limpian la casa 15,8% y fumigan 14,2%. Cuando alguien tiene dengue: lo llevan al médico 63,8%, al hospital 20,1% o auto médica 12,0%. El índice larvario fue de 26,1% y en 8,4% de las viviendas hubo casos de dengue el mes anterior a la encuesta. Los hallazgos muestran que solo dos de cada tres personas consideran al dengue como una enfermedad, el restante 33% lo ven como algo normal que ha de esperarse que ocurra. Solo uno de cada tres encuestados sabe que el zancudo es el responsable de la transmisión de la enfermedad y uno de cada 11, que el virus es el agente causal de la enfermedad.²¹

Marta Castro Peraza y colaboradores en un publicación de la Revista Cubana de Medicina sobre conocimientos y percepciones acerca de dengue contra prácticas preventivas en el municipio Lisa en la ciudad de La Habana, Cuba en el año 2010 se encontró que el sitio de cría que la población relacionó más con *Aedes aegypti* fue la basura con 67,3%, la medida de prevención más referida fue el tapado de depósitos para el 90,2%, la percepción del riesgo a enfermarse fue referida como poca o ninguna en 55%; en las viviendas visitadas las prácticas más realizadas fueron el saneado



de los patios y la protección de tanques. Al final del estudio se evidenció que los conocimientos adecuados sobre dengue y su vector transmisor se relacionaron con una mayor realización de prácticas de prevención adecuadas en las viviendas, pero aspectos específicos sobre los sitios de cría deben ser mejor contemplados dentro de los programas educativos de cada localidad.²⁵

Así mismo, en un estudio realizado en Perú en 2004, el 69,2% de los entrevistados manifestaron conocer la enfermedad, sin embargo sólo 65,4% tuvo realmente un conocimiento aceptable, 73,9% identificaron a la fiebre como manifestación clínica, 29,1% al dolor de huesos, y 12,4% al dolor de ojos. 121 (2,1%) entrevistados refirieron haber sufrido picaduras matutinas y localizadas en los miembros inferiores, lo cual es sospechoso de *Aedes aegypti*. El 55,1% de los entrevistados refirieron almacenar agua dentro o fuera de sus viviendas, La Victoria fue el distrito donde se encontró esta práctica con mayor frecuencia (65,8%). 72,2% de los que almacenan agua, manifestaron limpiar los recipientes semanalmente, 17,8% lo hace mensualmente, mientras que 0,6% no lo hace nunca. El 51,7% de los entrevistados acostumbra tener floreros o macetas dentro o fuera de la vivienda y el 21,9% acostumbra mantener materiales inservibles dentro de la vivienda.²⁶

2.4. Impacto Económico

El impacto económico del dengue y el dengue hemorrágico es tremendo y constituye una carga considerable para las comunidades afectadas. Este impacto varía y puede incluir la pérdida de la vida; gastos médicos para la hospitalización de los pacientes; pérdida de productividad de la población activa afectada; presión sobre los servicios de salud debido a una repentina demanda alta de servicios durante una epidemia; gastos considerables para implementar medidas de emergencia de control a gran escala; y pérdida de turismo como resultado de publicidad negativa.²⁷

Se ha estimado que la pérdida debida al dengue es similar a las pérdidas por millón de habitantes en la región de Latinoamérica y el Caribe atribuidas a cualquiera de las siguientes enfermedades o grupos de enfermedades: el grupo de la infancia



(polio, sarampión, pertussis, difteria y tétanos), meningitis, hepatitis o malaria. Esta pérdida es también de la misma magnitud de cualquiera de las siguientes enfermedades: tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (con la excepción del Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH), el grupo tropical (por ejemplo, el Mal de Chagas, Leishmaniasis), o helmintos intestinales. Estos resultados sugieren que cuando los recursos para la investigación y el control se distribuyen regionalmente, se le debe otorgar al dengue la misma prioridad que para muchas otras enfermedades infecciosas que son consideradas generalmente más importantes.²²

Según un estudio publicado en *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* por investigadores de la Universidad de Brandeis, de Massachusetts (EE.UU.), en cinco países de América latina y tres de Asia concluyó que el costo total anual asociado a la enfermedad en los ocho países asciende a US\$ 1.800 millones.

De esta investigación participaron 1.695 pacientes (48% pediátricos y 52% adultos) y el tiempo promedio que les duró la enfermedad fue de 11 días. Los científicos calcularon el costo económico de un caso de dengue. Para esto tuvieron en cuenta los gastos directos del tratamiento médico, los gastos directos no médicos, como el valor del transporte hasta el establecimiento de salud, y los costos indirectos, esto es la pérdida de productividad por los días de ausentismo laboral o escolar.

En promedio, cada episodio de dengue tiene un costo de US\$ 514 por paciente ambulatorio y US\$ 1.394 por paciente hospitalizado. El estudio demuestra que un caso de dengue afecta no sólo al paciente, sino también a otros miembros de la familia que deben dejar de trabajar o ir a la escuela para poder cuidar al enfermo. Ocasiona a los países perjudicados pérdidas anuales por US\$ 587 millones. Esta cifra corresponde a los casos de dengue oficialmente reportados entre 2001 y 2005 en Brasil, El Salvador, Guatemala, Panamá, Venezuela, Camboya, Malasia y Tailandia.

De acuerdo con los investigadores, los costos son conservadores porque se incluyen únicamente los casos oficialmente reportados que, por lo general, están subestimados. Se ajustaron factores como las diferencias de precios y la



subestimación en el número de casos confirmados, descubriéndose que si se suman los costos en los ocho países analizados, se gastan por año US\$ 1.800 millones. Esta cifra no incluye el impacto que la enfermedad genera sobre el turismo ni el gasto del Estado en programas de control del mosquito vector.²⁸

2.5. Descripción Clínica

El vector del dengue es un mosquito llamado *Aedes aegypti* de coloración oscura, con franjas plateadas en sus patas y dorsalmente una estructura en forma de lira, también plateada, sobre el tórax. Es un mosquito huidizo y silencioso, de hábitos diurnos, que reposa habitualmente sobre superficies oscuras y pica preferentemente durante las últimas horas del atardecer y las primeras del amanecer, se distribuye en forma permanente entre los 35° de latitud norte y 35° de latitud sur pero puede extenderse hasta los 45° norte y hasta los 40° sur, la altitud promedio en donde se encuentra es por debajo de los 1.200 metros, aunque se ha registrado en alturas de alrededor de los 2.400 metros sobre el nivel del mar.

En otros países, principalmente asiáticos se identificó también como vector al *Aedes albopictus*, (cuya presencia ha sido documentada también en la provincia de Misiones) quien además mantendría el ciclo en el ambiente silvestre incluyendo a los monos como reservorios. En América continental no se lo ha hallado implicado en la transmisión del dengue.

Aedes aegypti es un mosquito con hábitos típicamente domiciliarios. Si bien se ha urbanizado, cuando la presión sobre sus poblaciones ha sido muy marcada se comprobó su existencia en ámbitos periurbanos e incluso silvestres.

Los sitios de cría del *Aedes aegypti* son fundamentalmente artificiales: urbanos (en baldíos, cementerios, desarmaderos, basurales) o domésticos (neumáticos, floreros, botellas, bebederos de animales, latas abiertas o contenedores de cualquier tipo, depósito de agua de bebida, cisternas, vasijas, tinajas, todo tipo de recipientes en desuso, aún pequeños).



En determinadas condiciones de presión sobre la población de mosquitos, se los ha encontrado colocando sus huevos en sitios naturales: plantas como las bromeliáceas y bananeros, huecos de árboles, de cañas (bambú, por ejemplo).

Su ciclo de vida manifiesta una metamorfosis completa, es decir que las formas inmaduras salidas del huevo son completamente diferentes al adulto, las primeras son de vida acuática, las segundas de vida aérea.

Las formas adultas tienen dimorfismo sexual, pueden diferenciarse machos y hembras por las características de las antenas (plumosas y palpos más largos en los primeros y desnudas en las segundas). Ambos son fitófagos, la hembra además hematófaga (necesita de proteínas disponibles en la sangre para la producción de sus huevos), y se mantienen siempre en las cercanías de las viviendas del hombre. Las hembras vuelan siguiendo los olores y gases emitidos por las personas que serán su fuente de alimentación, cuando están cerca disponen de estímulos visuales mientras sus receptores olfativos, táctiles y térmicos las guían hacia el sitio de alimentación, ésta y la ovipostura se realizan por lo general durante el día.

La duración del ciclo completo depende de las condiciones ambientales, pero en condiciones óptimas puede variar entre 7 y 14 días aproximadamente. Las formas adultas tienen un promedio de vida de una semana en los machos y aproximadamente de un mes en las hembras.

2.6. Reservorio de los virus dengue

Hasta donde se tiene conocimiento, en el ambiente urbano es el hombre. En el caso del *Aedes albopictus*, que mantendría la infección en el ámbito silvestre del sudeste asiático, se consideran como reservorios a los monos.²⁹

2.7. Clínica y Diagnóstico del dengue

Puede presentarse desde formas febriles leves hasta fiebre con severo ataque al estado general. La edad y respuesta inmunológica determinan en gran parte la



forma clínica y evolución de esta enfermedad. Frecuentemente en lactantes, solo hay fiebre y/o erupción que no es reconocida como dengue.³⁰

Se presenta en escolares, adolescentes y adultos con un período de incubación de 2 a 7 días. El paciente típicamente experimenta un súbito inicio de fiebre, además de esta se encuentran síntomas como cefalea, dolor retrorbitario, artralgias, inapetencia, disfagia, decaimiento y dolor de espalda, así como severas mialgias, por lo cual se le da la designación popular de “Break-Bone fever” (fiebre rompe huesos). Frecuentemente aparece rash macular en el primer día así como adenopatía, vesículas en el paladar e inyección de conjuntivas.

La enfermedad puede durar una semana, existen síntomas adicionales incluyendo anorexia, náusea y vómito, marcada hipersensibilidad de la piel. Cerca del período de efervescencia, aparece un rash maculopapular que comienza en el tronco y luego hacia las extremidades y la cara. Epistaxis y petequias son frecuentemente vistas en dengue no complicado y lesiones gastrointestinales pre existentes pueden sangrar durante la fase aguda de la enfermedad.

Datos del laboratorio incluyen leucopenia, trombocitopenia y en muchos casos elevación de las transaminasas. El diagnóstico se realiza mediante IgM ELISA o serología pareada durante la recuperación o la detección del antígeno ELISA o RT-PCR durante la fase aguda. El virus es aislado de la sangre en la fase aguda si la inoculación del mosquito o el cultivo es realizado.³¹



2.8. Factores de riesgo en Dengue³²

Factores Ambientales	Factores Sociales
<ul style="list-style-type: none">• Ambientales• Latitud. 35N a 35 Grados.• Altitud < 2.200m.• Temperatura ambiente. 15-40 grados.• Humedad relativa, de moderada a alta.	<ul style="list-style-type: none">• Densidad de la población• Patrones de asentamiento, no planificación• Viviendas inadecuadas, desechos.• Abasto de agua, discontinuo, agua almacenada• Estado socioeconómico• Períodos inactivos en la casa durante el día.

Factores del Huésped	Factores del vector
<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad Grado de Inmunidad• Condiciones de salud específicas• Ocupación	<ul style="list-style-type: none">• Abundancias y focos de proliferación de mosquitos• Alta densidad de hembras adultas• Edad de las hembras• Frecuencia de la alimentación• Disponibilidad de huéspedes• Susceptibilidad innata a la infección



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue de los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de la ciudad de Machala en el 2012.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características epidemiológicas de los participantes (sexo, edad, estado civil, años de estudio).
- Determinar el tipo de conocimientos generales sobre dengue en el grupo de estudio.
- Determinar las actitudes sobre prevención y tratamiento de dengue.
- Determinar las prácticas sobre prevención y tratamiento del dengue que realizan las brigadas del Ministerio de Salud Pública.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo.

4.2. Área de estudio

Machala es la capital de la provincia El Oro, tiene una población de 245.792 habitantes, cuenta con una extensión territorial de 349.9 Km² y está ubicada a 6 metros sobre el nivel del mar. Tiene un clima cálido-tropical, (sub.-húmedo seco), influenciado por la corriente fría de Humbolt y la presencia de la corriente cálida del Niño que en ocasiones varia. Su temperatura promedio es variable de 22° a 34° C. Posee en su totalidad 8 parroquias, siendo de ellas 7 Urbanas y 1 Rural.

El estudio se realizó a los estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de la ciudad de Machala durante el 2012. Los colegios que participaron en el estudio son 17 (Anexo 7).

4.3. Universo y muestra

El universo de estudio se conformó por 2522 estudiantes de tercer año de bachillerato de los colegios antes mencionados, de los cuales 1154 son mujeres representando el 46% del universo y 1368 son hombres que suman el 54%.

4.3.1. Selección de la muestra

El universo de estudio es de 2522 estudiantes del tercer año de bachillerato. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95%, y una precisión del 3%. La prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas regulares fue del 21%, este dato



se obtuvo de un estudio piloto realizado con 30 estudiantes de la ciudad de Machala, lo cual representó un 20% de posibles pérdidas durante el proceso.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N = Total de la población 2522 estudiantes inscritos en el tercer año de bachillerato
- Z_{α}^2 = Nivel de confianza de 95% $(1,96)^2$
- p = proporción esperada 21%
- q = 1 – p (en este caso 1- 0,21 = 0,79)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

$$n = 533$$

$$n = 533 + 20\% \text{ de posibles pérdidas}$$

$$\mathbf{n = 640}$$

Para determinar el número de colegios en los que se realizaron las encuestas, se partió del total de instituciones educativas del área urbana de la ciudad de Machala, además se calculó la muestra con un intervalo de confianza del 95%, con una probabilidad de selección del 50% y un error muestral del 20%, mediante la siguiente fórmula:

Dónde:

- n = número de colegios
- N = Total de la población
- $Z^2 = 95\% (1.96)^2$
- p = 50% (0,5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- e = error muestral 20% (0.20)

$$\mathbf{n = 10}$$



La elección de las diez instituciones educativas se realizó mediante el método de lotería, listando cada uno de los colegios participantes e ingresando los mismos en un ánfora de la cual se extrajeron los 10 nombres de las instituciones participantes en el estudio que se presentan a continuación:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Colegio 9 de Octubre | 6.- Atahualpa |
| 2. Unión Nacional de Educadores | 7.- El Oro |
| 3. Machala | 8.- Juan Montalvo |
| 4. Kleber Franco Cruz | 9.- Matilde Hidalgo de Prócel |
| 5. Juan Henríquez Coello | 10.- Simón Bolívar |

El universo de la población se escogió de la siguiente manera:

La información necesaria de cada uno de los colegios se recopiló considerando el número de estudiantes, tanto hombres como mujeres en función de la cantidad de alumnos necesarios para realizar las encuestas de la siguiente forma:

- Porcentaje representativo de la población de la muestra

Este es igual a la multiplicación del número total de alumnos que cursa el tercer año de bachillerato de cada colegio por cien y luego dividido para el tamaño del Universo.

- Número de alumnos necesaria por colegio

Este es el resultado de la multiplicación del porcentaje representativo de la población por el tamaño de la muestra y dividido para cien.

- Porcentaje de Hombres

Es el producto de la multiplicación del total de alumnos hombres del tercer año de bachillerato en la unidad educativa por cien y este resultado dividido para el total de alumnos que cursan el tercer año de bachillerato.



- Número de Hombres a encuestarse

Resultado obtenido de la multiplicación del porcentaje de Hombres por el total de alumnos que cursa el tercer año de bachillerato de cada establecimiento y dividido para cien.

- Porcentaje de Mujeres a encuestarse

Es el producto de la multiplicación del total de alumnas Mujeres del tercer año de bachillerato en la unidad educativa por cien y este resultado dividido para el total de alumnos que cursan el tercer año de bachillerato.

De tal manera se obtuvieron los siguientes resultados:

CÓDIGO	Nombre de la Institución	Número Total de alumnos del 3er bachillerato	Porcentaje representativo de la población de la muestra	Número de alumnos necesaria por colegio	Número de Hombres a encuestarse	Número de Mujeres a Encuestarse
1	9 de Octubre	650	35%	224	121	103
2	Machala	150	8%	52	28	24
3	Kleber Franco Cruz	171	9%	59	32	27
4	Juan Henríquez Coello	67	4%	23	12	11
5	El Oro	258	14%	89	48	41
6	Atahualpa	172	9%	59	32	27
7	Unión nacional de Educadores UNE	30	2%	10	6	5
8	Juan Montalvo	171	9%	59	32	27
9	Matilde Hidalgo de Procel	23	1%	8	4	4
10	Simón Bolívar	168	9%	58	31	27
	Total	1860	100%	640	346	294



4.4. Operacionalización de las Variables

(Ver anexo No. 6)

4.5. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos

Se realizó una visita previa al director del establecimiento educativo para obtener el permiso para el estudio, para ello se entregó un oficio que explica el estudio (Anexo 4), de igual manera se solicitó la autorización de los docentes que se encontraban dictando cátedra en la hora en la que se realizó la encuesta, además de eso se procuró efectuar el proceso en un ambiente cómodo para los estudiantes dentro de la misma institución.

Los datos fueron recogidos directamente de los estudiantes, quienes se auto administraron el formulario, para lo cual se les permitió un tiempo máximo de treinta minutos. Para ello se aplicó la encuesta: **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue - CAP DENGUE** (Anexo 5), cuya estructura consta de 5 preguntas de conocimiento, 8 de actitudes y 7 de prácticas, la elaboración de la misma fue dirigida por la Doctora Eulalia Freire Solano. Además fue validada en el Colegio Nacional Zoila Ugarte de Landívar de la Provincia de El Oro, de la ciudad de Santa Rosa, durante los meses de mayo y junio.

La encuesta consta de 20 preguntas divididas en campos que abarcan todos los ámbitos propuestos para su investigación, cada pregunta presenta 5 opciones de respuesta y tienen un determinado valor por opción.

La encuesta se analizó utilizando el software SPSS y mostró un 0,811 de Alfa de Cronbach. Durante el proceso de auto administración, se encontraron presentes por lo menos uno de los integrantes de este proyecto con el fin de resolver las dudas del alumnado. De esta manera al finalizar la encuesta fue posible calcular el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes en relación al Dengue.



4.6. Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron sistematizados en el programa EPI INFO, donde se realizó el análisis. Se obtuvieron valores de las medias con sus respectivos intervalos de confianza para variables continuas y proporciones para variables nominales y ordinales.

Las variables cuantitativas continuas (edad) se analizaron usando la media (\bar{X}) y desviación estándar (DS). Las variables cualitativas o categóricas (sexo; lugar de residencia habitual; conocimientos, actitudes y prácticas sobre promoción y prevención del dengue) se analizaron sobre la base de porcentaje y se registraron en una tabla simple de distribución.

4.7. Consideraciones éticas

La recolección de datos se realizó directamente de los alumnos de tercer año de bachillerato de los colegios fiscales de la ciudad de Machala seleccionados para el estudio, previamente se comunicó y explicó a cada rector sobre la investigación además de solicitarle la debida autorización para el desarrollo de la misma.

Para garantizar la participación voluntaria de los alumnos se les solicitó una firma en un documento denominado consentimiento informado (estudiantes mayores de edad y menores de edad) y si fuese el caso un asentimiento para los menores de edad debidamente firmado por su representante. (Anexos No. 1, 2 y 3)

Previo a la aplicación de la encuesta se explicó a los alumnos el contenido de la misma y se aclaró las dudas que surgieron en torno al tema.

Además, cabe recalcar que los gastos de la investigación fueron financiados por los autores del presente trabajo y que la encuesta no tuvo ningún costo para el estudiante que la realizó así como para la institución en la que se efectuó.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Edad y sexo

Tabla 1. Distribución del grupo de estudio, según grupo etario y género, Colegios Fiscales de Machala 2012

Edad	Femenino		Masculino		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
≤ 16 años	37	5,76%	77	11,99%	17,75%
17 a 19 años	223	34,74%	282	43,93%	78,67%
≥ 20 años	16	2,49%	7	1,09%	3,58%
Total	276	42,99%	366	57,01%	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

El grupo de edad de mayor participación en el estudio corresponde a los estudiantes con edades comprendidas entre los 17 a 19 años con el 43,93%, para el caso de las mujeres se registra un 34,74% respecto al total, y en el caso de los hombres el 43,93%.

Además los estudiantes registrados con una edad igual o menor a los 16 tienen una participación del 11,99% en total y el 5,76% en mujeres y en 11,99% en hombres. Finalmente los estudiantes con edades de 20 años en adelante tienen un mínimo de participación en el estudio para el caso de ambos géneros pues se registra el 2,49% en mujeres y 1,09% en hombres.

El considerar el grupo etario en el proceso investigativo y de análisis es importante pues de acuerdo a Piaget, la madurez cognitiva se alcanza ordinariamente en la adolescencia entre los 11 y 20 años, esto hace referencia a la capacidad de pensar de forma abstracta, es decir pensar no sólo en función de lo que observamos en una



situación concreta si no también plantearse hipótesis y problemáticas intelectuales de forma sistemática.

Con ello se concluye que el grupo estudiado corresponde a personas cuyas edades los hacen particularmente interesantes, pues se caracterizan por que sus conocimientos comienzan a plantear interrogantes en el entorno y por ende existe una demanda de información de diversos temas, además la asociación de sus conocimientos con la realidad les sirven para emitir respuestas o juicios sobre los acontecimientos en su entorno.

En el proceso investigativo planteado, la encuesta presenta varias opciones para indagar sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas, los resultados de estas variables estarán pues, no solo en función de sus conocimientos si no de sus experiencias previas y de su forma de ver el entorno en el que desarrollan su vida, es decir que sus respuestas se contextualizarán.



5.2 Estado civil y género

Tabla 2. Distribución del grupo de estudio según estado civil y género, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Estado civil	Femenino		Masculino		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Casado/a	9	3,3	11	3	3,1
Soltero/a	263	42,6	354	57,4	96,1
Unión libre	3	1,1	1	0,3	0,6
Viudo/a	1	0,4	0	0	0,2
Total	276	42,99%	366	57,01%	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

Como señala De Castro (2008), el significado de estado civil es “la cualidad de la persona por su especial situación y consiguiente condición de miembro en la organización civil de la comunidad, que determina su independencia o dependencia jurídica y afecta a su capacidad de obrar (general, especial), es decir, al ámbito propio de poder y responsabilidad”.

Para el caso de estudio se observa que tanto hombres como mujeres se caracterizan por su estado civil de solteros, en este grupo se concentra el 96,1% de estudiantes que conforman la muestra, de los cuales el 57,4% son hombres y el 42,6% mujeres. Este hecho se relaciona con la edad de los estudiantes, pues muchos de ellos aún jóvenes no se encuentran en capacidad de formar un hogar o formalizar una relación, existiendo así pocos casos de informantes casados, solamente el 3,1% se encuentra en este grupo, de ellos el 45% corresponde al género femenino y el 55 al masculino.

Otra situación a considerar es la unión libre, pues en la región estudiada, Machala, existen casos de jóvenes que sin alcanzar la mayoría de edad conviven con su pareja bajo el consentimiento de sus padres, en la investigación se registra un 0,6%



de la población con este tipo de estado civil de este grupo el 75% en mujeres y el 25% en hombres.

Si bien el estado civil no determina el nivel de conocimientos acerca de un tema, si demuestra el grado de responsabilidad con los deberes familiares en cuanto a cuidados de salud se refiere. Es más probable que mientras se vive con los padres, sean ellos quienes se encarguen de las actividades de limpieza de la casa para evitar enfermedades; por otra parte cuando una persona asume una responsabilidad también adquiere comportamientos acordes a ello, es más perceptivo al entorno para evitar amenazas y más cuidadoso con ciertos detalles.

Por ello desde el punto de vista de la investigación, los comportamientos, prácticas, actitudes, percepciones e incluso conocimientos de los estudiantes encuestados, pueden estar determinados por su grado de responsabilidad dentro del grupo familiar sea este el de sus padres o el suyo.



5.3 Tiempo de residencia y sexo

Tabla 3. Distribución del grupo de estudio, según años de residencia en el sector y género, Colegios Fiscales de Machala 2012

Años de residencia	Femenino		Masculino		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
≥ 5 años	268	41,74%	349	54,36%	96,10%
< 5 años	8	1,25%	17	2,65%	3,90%
Total	276	42,99%	366	57,01%	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

Es importante mencionar que los residentes habituales son aquellas personas que se sitúan en un lugar geográfico en forma permanente, donde desarrollan sus actividades familiares sociales y económicas.

En nuestro medio de estudio el residente habitual debe cumplir la condición de residir en el sector los últimos 5 años, así tenemos que el 96,10% cumple la condición, de ello el 41,74% corresponde a mujeres y el 54,36% a hombres.

Esto sugiere que las prácticas sociales (incluidas las de salud) están arraigadas en la zona de la investigación y es posible intervenir en procesos que las complementen y mejoren sus condiciones de vida. Por su parte solamente el 3,90% residen en la zona, menos de 5 años, aquí se observa que el 1,25% son mujeres y el 2,65% hombres.

El tiempo de residencia, como se mencionó, se refiere a la permanencia de las personas en un mismo lugar, de acuerdo a los objetivos del estudio es importante tomar en cuenta este factor pues determina las prácticas previas y habituales



respecto a la prevención de la enfermedad. Cuando las personas se establecen en un sitio, basan toda su experiencia de vida en ese entorno y su comportamiento se define por los factores que lo conforman. Además muchos de los conocimientos adquiridos se deben a vivencias experimentadas con el entorno habitual y mientras más permanecen en él, mayores serán los aprendizajes.



5.4 Edad y años de residencia

Tabla 4. Distribución del grupo de estudio, según grupo etario y años de residencia en el sector, Colegios Fiscales de Machala 2012

Edad	< 5 años		≥ 5 años		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
≤ 16 años	111	17,29%	3	0,47%	17,76%
17 a 19 años	487	75,86%	18	2,80%	78,66%
≥ 20 años	22	3,43%	1	0,16%	3,58%
Total	620	96,57%	22	3,43%	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

De acuerdo al cuadro anterior, los estudiantes comprendidos en las edades de 17 a 19 años, que representan el 78,66% respecto al total de la muestra, viven en la ciudad de Machala con permanencia fija por más de 5 años. De este grupo se destaca que el 75,86% tiene como residencia habitual la zona de estudio, seguido de los estudiantes comprendidos entre los 16 años o menos con el 17,29% y aquellos cuyas edades oscilan entre los 20 años o más con el 3,43%.

Se observa además, en datos generales que el 96,57% de la muestra total, son estudiantes de residencia habitual, mientras que el 3,43% han permanecido en la ciudad un tiempo menor a 5 años.

Este suceso se comprende bajo la perspectiva que muchos de los informantes son nacidos en la zona. En Machala además se presenta otro fenómeno como lo es la migración interna, pues las familias se trasladan de sectores aledaños para permitir a sus hijos un mejor acceso a la educación, a la salud y otros servicios básicos para vivir. Por tanto muchos estudiantes provienen de Piñas, Huaquillas, entre otros, cuya migración interna fue en sus primeros años de infancia. Estos sectores mencionados, son medianamente distantes por lo que la movilización de un punto a otro es más accesible.



5.5 Valoración del conocimiento y sexo

Tabla 5. Distribución del grupo de estudio, según valoración final del cuestionario y género, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Valoración	Femenino		Masculino		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Muy bueno	88	13,71%	77	11,99%	25,70%
Bueno	172	26,79%	251	39,10%	65,89%
Regular	16	2,49%	38	5,92%	8,41%
Total	276	42,99%	366	57,01%	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

Mediante la aplicación del cuestionario general sobre capacidades actitudes y prácticas de dengue se obtuvo que el 65,89% alcanzó una calificación de “Bueno” equivalente a una nota entre 13 a 16 sobre 20, de los cuales el 26,79% son mujeres y el 39,10% hombres. Este resultado permite identificar puntos de desconocimiento o desacuerdo de los estudiantes respecto a algunos temas relacionados con la investigación.

El criterio de “Muy bueno” equivalente a una nota de 17 a 20, obtuvo el 25,70% de registros de los que se obtiene 13,71% mujeres y 11,99% hombres. Este grupo se caracteriza por que su nivel de conocimiento y aceptación es elevado respecto al tema investigado, pudiendo ser un elemento fortalecedor de conocimientos para los estudiantes que presentan dudas.

Finalmente tenemos que el 8,41% calificó con “Regular” equivalente a 12 o menor a ello de los que el 2,49% son mujeres y el 8,41% hombres; en este grupo se concentran los estudiantes admiten abiertamente su desconocimiento respecto al tema, aquí se encuentra el punto vulnerable de la investigación por cuanto estas personas son más propensas a contraer la enfermedad debido a sus hábitos de prevención salud demostrados en sus respuestas.



En general los datos registrados sobre las capacidades, conocimientos y prácticas de prevención en salud reflejan un nivel medio de juicios acertados respecto al tema investigado, esto plantea un escenario que sugiere falencias en los estudiantes, las mismas que pueden ser solventadas en procesos informativos adecuados. Desde el punto de vista de la salud también demuestra las prácticas de prevención y como unas son adoptadas y otras desconocidas e ignoradas.



5.6 Nivel de conocimiento y edad

Tabla 6. Distribución del grupo de estudio, según valoración final del cuestionario y grupo etario, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Valoración	≤ 16 años		17 a 19 años		≥ 20 años		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Muy bueno	26	4,05%	129	20,09%	10	1,56%	25,70%
Bueno	78	12,15%	334	52,02%	11	1,71%	65,89%
Regular	10	1,56%	42	6,54%	2	0,31%	8,41%
Total	114	17,76%	505	78,66%	23	3,58%	642

Fuente: Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

Es muy importante identificar las edades cuyo nivel de conocimiento es más elevado, con el fin de reconocer las características de los mismos, así se obtiene que el 52,02% con calificación de “Bueno” están concentrados en el grupo etario de 17 a 19 años. Lo que indica el proceso de formación en el que se encuentran, generalmente este grupo atraviesa los últimos años de formación en el colegio, es decir el paso de su vida adolescente a una edad donde comienzan las libertades y con ello las responsabilidades mayores.

Luego se obtiene que el 20,09% con calificación de “Muy bueno” se encuentran concentrados en el grupo etario de 17 a 19 años, otra vez se vuelve a mencionar este público de estudiantes, el hecho que los justifica es que en esta edad las personas ya han adquirido ciertos conocimientos no solo provenientes de los procesos educativos, además de las percepciones captadas de su entorno y de las experiencias de vida, algunas de ellas transmitidas de sus padres; pero todo ello conlleva un proceso de asociación, es decir un discernimiento de la teoría, la práctica y las experiencias para concluir en una respuesta o concepción sobre determinado tema y para el caso de la investigación, la prevención en salud en casos de dengue.



El valor del 12,15% concentrado en el grupo etario de 16 años o menos con calificación de “Bueno” refleja el conocimiento medio sobre los temas investigados, este conjunto se caracteriza por encontrarse en un nivel de estudios aun intermedio en la enseñanza colegial, pero también enfrenta la crítica de la calidad de información y capacitación que se recibe por parte de las instituciones educativas frente a temas de salud, prevención y correctas prácticas de prevención pues el grupo anterior probablemente arrastra déficits no cubiertos en procesos educativos anteriores.

Para el área médica desde el contexto de la prevención es importante identificar el conocimiento de las enfermedades por los diferentes grupos sociales de acuerdo a características como la edad, zona de residencia, nivel de instrucción, entre otras variables, pues esta situación permite comprender donde, como y porque se desarrolla la enfermedad, además plantea los escenarios en los que se debe intervenir para erradicar enfermedades como el dengue atribuidas básicamente a los ambientes insalubres.



5.7 Deficiencias encontradas

A continuación se detallan las deficiencias encontradas en los estudiantes de secundaria en estudio.

5.7.1 Nivel de conocimiento autoevaluado sobre dengue

Tabla 7. Distribución del grupo de estudio, según cuantificación personal del conocimiento sobre dengue, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Nivel de conocimiento auto evaluado	Frecuencia	%
Malo	17	2,65%
Regular	113	17,60%
Buena	175	27,26%
Muy Buena	178	27,73%
Excelente	159	24,77%
Total	642	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

La pregunta filtro de la investigación inicia de manera general al proponer al entrevistado evaluarse en sus conocimientos respecto a la enfermedad del dengue. Desde el punto de vista perceptivo, el 27,26% se califica con una referencia de bueno denotando su nivel de conocimiento promedio es decir un grupo en el que se reconocen ciertas características y otras posiblemente no, sin embargo hasta revisar el promedio general no es posible emitir un criterio general en cuanto cada pregunta propone o estimula la memoria del alumno posibilitando que recuerdo un mayor número de características respecto al tema y descubra al fina que su conocimiento alcanzó un nivel superior que el inicial.

Por otra parte el 17,60% admite que su nivel de conocimientos es regular y apenas el 2,65% lo califica de malo, estos valores sugieren que el punto inicial de la investigación el 20,25% corresponde a una población desinformada e inconsciente respecto a la enfermedad, la misma a la que posiblemente el mensaje de las



entidades responsables no llegó o sencillamente la estrategia informativa fracasó, esto recordando que un mensaje jamás alcanza el 100% de la audiencia.

5.7.2 Percepción de la atención por parte de los funcionarios de salud ante casos de dengue

Tabla 8. Distribución del grupo de estudio, según percepción de calidad de atención de los funcionarios de salud ante un caso de dengue, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Atención adecuada por funcionarios ante casos de dengue	Frecuencia	%
Insatisfecho	57	8,88%
Poco satisfecho	126	19,63%
Moderadamente satisfecho	152	23,68%
Muy satisfecho	181	28,19%
Completamente satisfecho	126	19,63%
Total	642	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

La atención de los funcionarios de salud debe procurar al máximo estar sobre el nivel de la excelencia ya sea desde los médicos y todo el personal administrativo de una institución en cuanto todos comunican siempre a la población incluso cuando no tienen que hacerlo. Cuando se presentan casos de dengue la situación es más delicada puesto que los familiares y el paciente requieren de una atención, información y tratamiento oportuno, los informantes al respecto indican que el 23,68% está moderadamente satisfecho, el 19,63% poco satisfecho y el 8,88% insatisfecho.

Estos datos reflejan la inconformidad de la población y el requerimiento urgente por mejorar la atención en salud, sin embargo es preciso tomar en cuenta que los informantes pueden referir sus respuestas no precisamente por casos directos en los que han evidenciado la atención deficiente, pues existen referidos que comentan sus experiencias y el estudiante puede adoptarlos como criterios personales.



5.7.3 Trabajo de prevención por parte del MSP

Tabla 9. Distribución del grupo de estudio, según emprendimiento preventivos en la comunidad por parte del MSP, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Trabajos contra el dengue en la comunidad	Frecuencia	%
Nunca	70	10,90%
Casi Nunca	141	21,96%
Ocasionalmente	158	24,61%
Casi siempre	161	25,08%
Siempre	112	17,45%
Total	642	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

El trabajo del Ministerio de Salud en la prevención del dengue ha sido arduo durante años, procurando llegar a toda la población en riesgo en lugares en los que las condiciones de vida son precarias, a pesar de ello el 24,61% considera que ocasionalmente se han realizado intervenciones, el 21,96% indica que casi nunca y el 10,90% nunca.

Estos datos son una referencia en cuanto el objetivo de las intervenciones abarca a toda la población y generalmente quienes están a cargo de los afectados suelen ser parientes de mayor edad que a la de los investigados, por otra parte los resultados indican la ausencia de estrategias de comunicación con ciertos grupos de la población cuya edad y capacidad receptiva deben ser tomadas en cuenta en las futuras estrategias preventivas y de intervención directa en cuanto estamos hablando de los futuros padres y madres que procuraran el bienestar de la su familia.



5.7.4 Educación contra el dengue

Tabla 10. Distribución del grupo de estudio, según jornadas de prevención sobre el dengue, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Educación sobre el dengue por el MSP	Frecuencia	%
Nunca	79	12,31%
Casi Nunca	138	21,50%
Ocasionalmente	179	27,88%
Casi siempre	157	24,45%
Siempre	89	13,86%
Total	642	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

Las jornadas educativas respecto a la enfermedad del dengue, consistentes en procesos de información e interacción con la población son acciones directas que permiten el intercambio de experiencias entre ambos sectores sociales (personal de salud y población en riesgo).

Dicha labor denota el grado de atención que el personal de salud le presta a la población y el compromiso de este grupo humano pero a pesar de ello en el área investigada y de acuerdo al segmento intervenido el 27,88% indica que ocasionalmente se han desarrollado estas actividades, el 21,50% casi nunca y el 12,31% nunca; estos resultados sugieren que las acciones se enfocaron a otro grupo de la población tomando en cuenta que para trabajar con jóvenes adolescentes se requieren de otro tipo de estrategias comunicacionales para lograr la penetración del mensaje y una retroalimentación positiva en evaluaciones como la presente.



5.7.5 Actividades familiares y comunitarias de prevención

Tabla 11. Distribución del grupo de estudio, según actividades para prevenir y controlar el dengue, Colegios Fiscales de Machala 2012.

Actividades familiares y comunitarias de prevención y control	Frecuencia	%
Nunca	110	17,13%
Casi Nunca	138	21,50%
Ocasionalmente	153	23,83%
Casi siempre	143	22,27%
Siempre	98	15,26%
Total	642	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por Pauta Juan, Torres Janina, Vélez Alejandra

La prevención del dengue es una responsabilidad del Estado así como de la sociedad por tal motivo se convierte en una actividad conjunta que requiere de la participación de todas las personas en una comunidad.

Prevenir concebido desde la óptica de educar, informar y propiciar un cambio en las conductas de las personas, supone una responsabilidad que nace en la familia y se propaga a los demás grupos sociales, pese a ello el 23,83% de los informantes manifiestan que ocasionalmente realizan actividades preventivas, el 21, 50% casi nunca lo hacen y el 17,14% nunca, situaciones que indican la despreocupación por este problema de salud y supone la atribución de la responsabilidad únicamente a las entidades de salud pública.

Este comportamiento de la población debe ser tomado en cuenta haciendo énfasis en los diferentes grupos considerados como público objetivo puesto que el segmento estudiado muchas veces demuestra escaso o nulo interés en actividades como la prevención del dengue y en general en todo aquello que represente involucramiento con responsabilidad, sin embargo es indispensable plantear estrategias adecuadas para motivar la participación activa de toda la población sobre todo en zonas donde la enfermedad se ha manifestado con mayor índice de casos positivos.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda, producida por un arbovirus de la familia Falviviridae. Esta enfermedad se transmite por la picadura de un mosquito del género Aedes (Aegypti o Albopictus), es una infección humana que generalmente sucede después de un período de lluvias.

Una de las características relacionadas con la enfermedad radica en las prácticas de prevención en salud, y aún más importante se vuelve el hecho de identificar estas prácticas en edades tempranas asociadas a periodos de formación educativa que fortalecen su conocimiento.

Los casos identificados en los últimos años se relacionan con las viviendas en malas condiciones de saneamiento, esta característica por lo general idéntica a zonas de la costa, entre ellas Machala. Por ello la importancia de reconocer las falencias de la población vulnerable, sus prácticas y conocimientos sobre el tema, con el fin de poder sustentar las campañas de salud, que informen, eduquen y guíen a la comunidad a comportamientos adecuados.

En la investigación desarrollada se evidencia la falta de conocimiento de los estudiantes, sus hábitos descuidados y la importancia moderada que adquiere la enfermedad en el entorno estudiantil.

Los resultados obtenidos plantean la creación de estructuras organizacionales comunitarias, la prevención del Dengue debe estar apoyada por grupos consistentes en la sociedad, tal como lo es una Institución de Educación Formal, el Colegio. Así también se plantea la participación en la toma de decisiones y en la creación de espacios de aprendizaje grupal.

Es importante aprovechar la formación participativa que impulsan los colegios en Machala, incluyendo también a otros profesionales como los del área de salud que



no solo intervienen educando si no identificando casos de riesgo. Lograr la participación comunitaria implica un proceso dinámico y complejo vinculado al aprendizaje de las experiencias presentes y pasadas, además este proceso no debe vincular únicamente a los estudiantes, también debe hacerlos con las familias, los investigadores, profesionales de salud, etc.

La participación ciudadana puede lograrse adaptando las estrategias a la situación actual que se observó en la investigación, la misma que permitió conocer variables como edad, nivel de instrucción, estado civil, etc.

A partir del proceso planteado es posible diseñar planes o programas de prevención e intervención en la zona de estudio cuya visión sea flexible y permita constantes evaluaciones del programa para garantizar su efectividad, además la creación de alianzas estratégicas sugiere una participación más activa de aquellos grupos considerados por un nivel de conocimientos más elevado, pues ellos son puntos clave en la captación del mensaje de sus pares.

La participación de prevención en Dengue debe ser entendida como un proceso que se aprende, adopta y constituye en un medio y un fin en sí mismo, que implica transferencias de conocimientos y poder de decisión a los miembros de la comunidad, tomando en cuenta el apoyo que puedan brindar otras instituciones relacionadas con el tema, como el Ministerio de Salud Pública.

Es imprescindible establecer canales de comunicación con la población antes, durante y después del desarrollo de las estrategias de prevención pues como se observa en este proyecto existe un quiebre en la comunicación en salud entre los miembros de la comunidad y los responsables de salud.

Dentro de las deficiencias encontradas llama la atención que las de mayor impacto sean en actividades de prevención, y derivadas del actuar de instituciones de Salud, esto se evidencia en que únicamente un 19,63% de la población se encontró totalmente satisfecha con la atención adecuada de los funcionarios ante un caso de dengue; también un 17,45% de la población mencionó que el MSP siempre



emprende trabajos de prevención del dengue en la comunidad siendo la prevención una de las principales armas para disminuir las infecciones; también encontramos que la educación contra la enfermedad se cumplen siempre en el 13,86% dejando un gran porcentaje de la población sin este tipo de actividades. Y como consecuencia es de esperarse que la población al no estar informada, capacitada ni alerta no cumpla con tareas de prevención ni control de la enfermedad esto se ve reflejado en el 15,26% de la población que cumple siempre con actividades familiares y comunitarias de prevención.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Se estudió una población de 366 estudiantes en su mayoría entre los 17-19 años de edad (78,67%), de sexo masculino (57,1%), solteros (96,1%) y con un tiempo de residencia en el sector ≥ 5 años (96,10%).
- Los conocimientos actitudes y prácticas sobre el dengue en esta población fue Bueno en el 65,89% de los casos, Muy bueno en el 25,70% y un 8,41% regular.
- Según género se evidenció que los conocimientos actitudes y prácticas regulares fueron de mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino (2,49% versus 5,92%), según edad se evidenció que los conocimientos actitudes y prácticas en todas las valoraciones son de mayor prevalencia en los estudiantes de 17-19 años de edad.
- Los conocimientos, actitudes y prácticas de esta población según la valoración realizada en la mayoría de la población es Buena o superior, dejando un pequeño porcentaje para una valoración Regular, no se registraron casos con valoración Mala.
- Las principales deficiencias encontradas hacen referencia a las prácticas de prevención por parte de la comunidad en gran medida tal vez influenciadas por una baja acción institucional que provee poca información sobre la enfermedad, además de actividades infrecuentes de prevención y control , esto sumado a un bajo conocimiento inicial sobre la enfermedad condiciona una población en riesgo.



CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- Los conocimientos actitudes y prácticas sobre esta enfermedad deben fortalecerse y las instituciones educativas.
- Ampliar los conocimientos actitudes y prácticas en la población estudiantil debe ser considerado como prioridad, pues esta población se convierte en diseminadora en las comunidades de la información.
- Integrar y/o aumentar los emprendimientos preventivos con apoyo de las instituciones de salud.
- Continuar con otros estudios sobre el tema.



CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Boletín epidemiológico de la situación del Dengue en el Ecuador, No. 45. Quito-Ecuador. Diciembre 2012. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/boletin-epidemiologico-de-la-situacion-del-dengue-en-el-ecuador-no-45-19-de-diciembre-de-2012/>
2. Dengue y dengue hemorrágico; Nota descriptiva N° 117; Marzo de 2009
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>
3. Decálogo de la Estrategia Integrada, resultado de la Resolución y aprobada por los Países Miembros de la OPS en septiembre de 2001. Disponible en:
[http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=4117,](http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=4117)
4. El dengue; Terramerica, Disponible en:
[http://www.Tierramérica.net/2002/0721/conectate.shtml.](http://www.Tierramérica.net/2002/0721/conectate.shtml)
5. PARKS W, LLOYD L. Planificación de la comunicación y movilización social para la prevención y control del dengue. OMS-OPS. Ginebra, Suiza, 2004
6. REPÚBLICA DE ECUADOR, Ministerio de la Protección Social. Protocolos de Vigilancia en Salud Pública, Quito, Ecuador 2006.
7. Base de datos del ministerio de salud pública – Machala, 2011
8. OPS, Alerta Epidemiológica, Brote de Dengue en las Américas, Programa Regional de Dengue, 7 de julio 2010. Citado el: 30 de Noviembre de 2011.
Disponible en:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sica.int%2Fbusqueda%2Fbusqueda_archivo.aspx%3FArchivo%3Dinfo_54908_1_18112010.pdf&ei=7oaWTrHnKs6XtweHxYD6Aw&usg=AFQjCNHDWFCIIqYpr6ZJuTz1P0Mv6sFOqQ. Tabla 1.
9. OPS, Alerta Epidemiológica, Actualización de la Situación de Dengue en las Américas, 30 de Agosto de 2011. Citado el: 30 de Noviembre de 2011.
Disponible en:



http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/alerta_epi_2011_02_febrero_brote_dengue.pdf. Tabla 1.

10. OPS, Situation update of dengue in the SEA Region, 2010, Citado el: 29 de septiembre de 2011. Disponible en:

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Dengue_update_SEA_2010.pdf. Tabla 1.

11. OPS. Plan Detallado de Acción para la Próxima Generación: Prevención y Control del Dengue, 1999. (OPS/HCP/HCT/136/99). Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/VBD/hct-136-99.pdf>

12. OPS. Promoción de Estrategias para la Participación Comunitaria y la Educación Popular en el Control del Dengue a través de la comunicación social, 2000. Disponible en:

<http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&CD=DENGU>

13. Disponible en:

<http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=4117>.

14. OPS. Encuesta de percepción, dengue 2000. OPS/DPC/CD/279/03

15. Parks W, Lloyds OP cit.

16. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/vbd-estrategia-integrada-CA-DOR.pdf>

17. OPS, Alerta Epidemiológica, Brote de Dengue en las Americas, Programa Regional de Dengue, 7 de julio 2010. Citado el: 30 de Noviembre de 2011. Disponible en:

http://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sica.int%2Fbusqueda%2Fbusqueda_archivo.aspx%3FArchivo%3Dinfo_54908_1_18112010.pdf&ei=7oaWTrHnKs6XtweHxYD6Aw&usg=AFQjCNHDWFCIIqYpr6ZJuTz1P0Mv6sFOqQ

18. OPS, Alerta Epidemiológica, Actualización de la Situación de Dengue en las Américas, 30 de Agosto de 2011. Citado el 30 de Noviembre de 2011. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/reliefweb_pdf/node-442383.pdf

19. BOSSIO, Juan, et all., Enfermedades Infecciosas, Dengue, Guía para el Equipo de Salud, Segunda Edición, Ministerio de Salud de Argentina, Agosto, 2009.



- Citado el: 22 de septiembre de 2011. Disponible en:
<http://msal.gov.ar/html/site/pdf/guia-dengue.pdf>. PAG. 5, PARRAFO 1.
- 20.** OLIVARES R. Dengue, crónica de una epidemia anunciada: introducción y epidemiología, Citado el: 28/09/2011, Disponible en:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/medicina/dengue/2512>.
PARRAFO 24, 25, 26.
- 21.** CACERES-MANRIQUE, Flor de María et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. Rev. salud pública [online]. 2009, vol.11, n.1 [citado 2011-12-14], pp. 27-38. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-PARRAFO 1.
- 22.** TORRES, J., El dengue en América Latina: ¿una situación única?, Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas, Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Citado el: 24 de septiembre de 2011. Disponible en:
<http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Infectologia/ArchivosHTML/dengue.pdf>. PAGINA 1, PARRAFO 4.
- 23.** MARTINEZ, E., La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Sub dirección de Docencia de Postgrado. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, Centro Colaborador OPS/OMS para el Estudio del Dengue y su Vector, Ciudad de La Habana, Cuba Citado el: 14 de diciembre de 2011. Disponible en:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/kidengue/mitoseerros/textos/laprevencionmortalidad.pdf>. PAGINA 1, PARRAFO 1.
- 24.** OPS, Retorno del dengue a las Américas, llamada de alerta a los sistemas de vigilancia. Citado el: 31 de Agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature08.htm>. PARRAFO 9.
- 25.** CASTRO PERAZA, Marta et al. Encuesta poblacional sobre conocimientos y percepciones acerca de dengue contra prácticas preventivas en el municipio Lisa. Rev Cubana Med Trop [online]. 2010, vol.62, n.3 [citado 2011-10-13], pp. 245-253. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000300013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0375-0760.

- 26.** JAMANCA S, Ronal, TOUZETT V, Antonio, CAMPOS A, Leonel *et al.* Estudio Cap. de dengue en los distritos de Cercado de Lima, La Victoria y San Luis. Lima, Perú. junio 2004. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. [online]. Ene./mar. 2005, vol.22, no.1 [citado 30 Septiembre 2011], p.26-31. Disponible:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634. PARRAFO 18.

- 27.** LLOYD, S., Mejores prácticas para la prevención y el control del dengue en las Américas, Misión USAID de América Latina y el Caribe, Citado el: 29 de septiembre de 2011. Disponible en:

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACS816.pdf. PAGINA 16, PARRAFO 2.

- 28.** JOSE A. SUAYA , et al, Cost of Dengue Cases in Eight Countries in the Americas and Asia: A Prospective Study. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 80(5), 2009, pp. 846–855. Citado el: 29 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.ajtmh.org/content/80/5/846> (Hinary) PAG. 1. PARRAFO 1.

- 29.** FERNANDEZ, C., et all. Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, Argentina. Citado el: 10 octubre de 2011. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/dengue/descargas/guia_%20acciones%20prevencion_control_aedes%20aegypti.pdf. PAG: 11, PARRAFO: 6 PAG: 12, PARRAFO: 1

- 30.** QUERALES, Jesús. Dengue: causas, características clínicas y prevención. *Gac Méd Caracas*. [online]. jul. 2002, vol.110, no.3 [citado 13 Octubre 2011], p.328-332. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0367-4762. PARRAFO: 5

- 31.** FAUCI. BRAUNWALD. KASPER. HAUSER. LONGO. JAMESON. LOSCALZO. *Harrison's Principios de medicina interna*, 17th Edición.: Pag: 1230, Párrafo: 2.



- 32.** ALBERT, M., Actualización sobre el Dengue como enfermedad re-emergente, para evitar que sea permanente. Experiencia cubana, publicado el: 26-09-2006, Citado el: 30-09-2011, disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/467/2/Dengue>



CAPÍTULO X

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado dirigido a los alumnos mayores de edad.

Universidad de Cuenca.

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

Nosotros: Juan Pablo Pauta Martínez, Janina Viviana Torres Ávila, María Alejandra Vélez Carrión, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, estamos realizando el siguiente proyecto de investigación previo a la obtención de Título de Médico, como tema de tesis: “Conocimientos, actitudes y prácticas de Dengue en todos los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de Machala en el 2012”, el mismo que tiene como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dichos estudiantes, de tal manera que podamos adquirir información para consolidar los conocimientos previos a este estudio y crear bases para futuras investigaciones y campañas sobre dengue en diferentes provincias costeras. El mismo que se llevará a cabo mediante la aplicación de un cuestionario, que se le pide llenar con la mayor sinceridad posible de acuerdo a su realidad considerando que su participación nos será de suma importancia en nuestro estudio. La información que se nos entregue será manejada con toda confidencialidad.

De esta manera se le invita a Ud. a ser parte de esta investigación, antes de decidir su participación se le hará conocer y comprender cada una de las quince preguntas de la que consta la encuesta, y como responderlas. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Se le recuerda que su participación es completamente voluntaria. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado.

Yo..... con C.I..... después de haber sido informado sobre el presente estudio y haberse dado respuesta a mis inquietudes, autorizo como mayor de edad y en pleno uso de mis facultades la aplicación de tal encuesta.

Firma: _____

**ANEXO 2: Asentimiento informado dirigido a los alumnos menores de edad.****Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina**

Nosotros: Juan Pablo Pauta Martínez, Janina Viviana Torres Ávila, María Alejandra Vélez Carrión, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, estamos realizando el siguiente proyecto de investigación previo a la obtención de Título de Médico, como tema de tesis: “Conocimientos, actitudes y prácticas de Dengue en todos los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de Machala en el 2012”, el mismo que tiene como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dichos estudiantes, de tal manera que podamos adquirir información para consolidar los conocimientos, previos a este estudio y crear bases para futuras investigaciones y campañas sobre dengue en diferentes provincias costeras. El mismo que se llevará a cabo mediante la aplicación de un cuestionario, que se le pide llenar con la mayor sinceridad posible de acuerdo a su realidad considerando que su participación nos será de suma importancia en nuestro estudio. La información que se nos entregue será manejada con toda confidencialidad.

De esta manera se le invita a Ud. a ser parte de esta investigación, antes de decidir su participación se le hará conocer y comprender cada una de las quince preguntas de la que consta la encuesta, y como responderlas. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Se le recuerda que su participación es completamente voluntaria. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de Asentimiento informado.

Yo..... con C.I..... después de haber sido informado sobre el presente estudio y haberse dado respuesta a mis inquietudes, doy mi autorización conjuntamente con la de mi representante para la aplicación de tal encuesta y la publicación de los resultados.

Firma: _____

**ANEXO 3: Consentimiento informado dirigido a los representantes de los alumnos menores de edad.**

Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

Nosotros Juan Pablo Pauta Martínez, Janina Viviana Torres Ávila, María Alejandra Vélez Carrión, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, estamos realizando el siguiente proyecto de investigación previo a la obtención de Título de Médico, como tema de tesis: “Conocimientos, actitudes y prácticas de Dengue en todos los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato de los colegios fiscales del área urbana de Machala en el 2012”, el mismo que tiene como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dichos estudiantes, de tal manera que podamos adquirir información para consolidar los conocimientos, previos a este estudio y crear bases para futuras investigaciones y campañas sobre dengue en diferentes provincias costeras. El mismo que se llevará a cabo mediante la aplicación de un cuestionario, que se le pide llenar a su representado con la mayor sinceridad posible de acuerdo a su realidad considerando que la su participación nos será de suma importancia en nuestro estudio. La información que se nos entregue será manejada con toda confidencialidad.

De esta manera pedimos su autorización para que su representado sea parte de esta investigación, antes de decidir su participación se le hará conocer y comprender cada una de las quince preguntas de la que consta la encuesta, y como responderlas. Se le recuerda que la participación en el mismo es completamente voluntaria. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea que su representado participe, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Yo con C.I..... después de haber sido informado sobre el presente estudio y haberse dado respuesta a mis inquietudes, doy mi autorización como representante legal, para la aplicación de tal encuesta.

Firma: _____

**ANEXO 4: Oficio a los directores de los Colegios**

Fecha: _____.

Señor

Director del Colegio _____

Ciudad

De nuestra consideración:

Nosotros, Juan Pablo Pauta Martínez con CI:0103524740, Janina Viviana Torres Ávila con CI:0104499736, María Alejandra Vélez Carrión con CI: 0105618425,; alumnos de Quinto Año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, solicitamos la autorización para que nos permita aplicar encuestas con el tema “Conocimientos, actitudes y prácticas en todos los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato del área urbana de Machala en el 2012”, cuya información es la base para la investigación que debemos llevar a cabo como tema de tesis.

Fijar fecha

Por la favorable acogida que pueda dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:

Juan Pablo Pauta
0103524740

Janina Torres
0104499736

Alejandra Vélez
0105618425



ANEXO 5: Encuesta

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD E DECIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Encuesta dirigida a los alumnos del tercer año de bachillerato de los colegios fiscales de la ciudad de Machala, sobre capacidades actitudes y prácticas de dengue. Coloque en un círculo el literal que de acuerdo a su realidad es la más acertada, cada pregunta tiene una sola respuesta:

DATOS GENERALESSexo: Femenino. Masculino.

Edad: _____

Estado Civil: _____

Años que tiene de estudio: _____

¿Hace cuánto tiempo vive usted en Machala? _____ (Años)

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

1. ¿En qué nivel considera usted que se encuentra su conocimiento actual sobre la enfermedad del dengue?
 - a) Excelente
 - b) Muy buena
 - c) Buena
 - d) Regular
 - e) Mala

2. ¿Está usted de acuerdo que el dengue es un problema de salud para usted y su familia?
 - a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo

3. ¿Está usted de acuerdo que la picadura del mosquito Aedes Aegypti produce dengue?
 - a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo



4. ¿Está usted de acuerdo que la enfermedad del dengue tiene cura?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
5. ¿Usted considera que el dengue requiere un tratamiento estrictamente intra-hospitalario?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo

ACTITUDES

6. ¿Está usted de acuerdo con el rociado con el insecticida DDT en su casa, como medio de prevención de la enfermedad del dengue?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
7. ¿Está usted de acuerdo con la visita del personal de salud para atender el dengue si se presentara el caso?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
8. ¿Está usted de acuerdo con el llenado con tierra o arena de los charcos alrededor de su vivienda, para evitar la proliferación del mosquito Aedes Aegypti?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo



9. ¿Está usted de acuerdo con las jornadas de limpieza en casas, canchas, parques, escuelas y colegios de su comunidad, en la época de invierno, como medio de prevención de la enfermedad?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
10. ¿Está usted de acuerdo con el drenado de charcos y aguas estancadas, para evitar la proliferación del mosquito Aedes Aegypti?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
11. ¿Está usted de acuerdo con utilizar mallas metálicas y mosquiteros?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
12. ¿Está usted de acuerdo con el uso de repelentes?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo
13. ¿Está usted de acuerdo con el rociado del insecticida DDT en su colegio?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo

PRÁCTICAS: PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD



14. ¿Cree usted que recibe una buena atención por los funcionarios de salud cuando se presentan casos de dengue?
- a) Completamente satisfecho
 - b) Muy Satisfecho
 - c) Moderadamente satisfecho
 - d) Poco satisfecho
 - e) Insatisfecho
15. ¿El Ministerio de Salud realiza trabajos contra el dengue en su comunidad?
- a) Siempre
 - b) Casi Siempre
 - c) Ocasionalmente
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca
16. ¿El Ministerio de Salud realiza jornadas de educación sobre el dengue?
- a) Siempre
 - b) Casi Siempre
 - c) Ocasionalmente
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca
17. ¿Su familia y la comunidad realizan actividades para prevenir y controlar el dengue?
- a) Siempre
 - b) Casi Siempre
 - c) Ocasionalmente
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca
18. ¿Está usted de acuerdo con la realización de programas contra el dengue en su comunidad?
- a) Completamente de acuerdo
 - b) Muy de acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Poco de acuerdo
 - e) Total desacuerdo



19. ¿Está usted de acuerdo con la realización de actividades conjuntas entre la comunidad y el Ministerio de Salud para la prevención, tratamiento y control del dengue?

- a) Completamente de acuerdo
- b) Muy de acuerdo
- c) Moderadamente de acuerdo
- d) Poco de acuerdo
- e) Total desacuerdo

20. ¿Está usted de acuerdo que se desarrollen capacitaciones sobre prevención, tratamiento y control del dengue?

- a) Completamente de acuerdo
- b) Muy de acuerdo
- c) Moderadamente de acuerdo
- d) Poco de acuerdo
- e) Total desacuerdo

**ANEXO 6: Operacionalización de las variables.**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realizada la encuesta.	Tiempo	Años	≤ 16 años 17-19 años ≥ 20 años
Sexo	Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Características fenotípicas	Diferencias fenotípicas	Masculino Femenino
Lugar de Residencia Habitual	Situación geográfica, área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales, en la cual haya habitado los últimos 5 años.	Situación geográfica Centro poblado urbano o rural.	Situación geográfica	Urbano Rural
Conocimientos, actitudes y practicas sobre promoción y prevención de dengue	Conjunto de saberes científicos o empíricos sobre etiología, promoción y prevención de dengue. Actitudes frente a la enfermedad. Prácticas y percepción de las actividades realizadas por parte de los organismos correspondientes (MSP) con respecto al dengue.	Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue.	Encuesta CAP. (Anexo 5 y 6)	Muy bueno Bueno Regular

**ANEXO 7: Operacionalización de la variable CAP**

Cada pregunta de la encuesta está constituida de 5 opciones, para cada uno de los ítems se ha asignado una equivalencia cualitativa y cuantitativa, según escalas de evaluación, así:

CUADRO DE EQUIVALENCIAS SOBRE 1 PUNTO

LITERALES DE LA ENCUESTA	<u>EQUIVALENCIA CUANTITATIVA</u>
Completamente de acuerdo Siempre Completamente satisfecho	<u>1</u>
Muy de acuerdo Casi Siempre Muy Satisfecho	<u>0.75</u>
Moderadamente de acuerdo Ocasionalmente Moderadamente satisfecho	<u>0.50</u>
Poco de acuerdo Casi nunca Poco satisfecho	<u>0.25</u>
Total desacuerdo Nunca Insatisfecho	<u>0</u>

A continuación se procederá a realizar la sumatoria de las equivalencias cuantitativas de todas las preguntas, como existen 20 preguntas y el valor máximo para cada uno de ellas es de 1 punto, la encuesta se calificará sobre 20. Con esta valoración, planteamos la siguiente evaluación:

CUADRO DE EQUIVALENCIAS SOBRE 20 PUNTOS

Valor	Calificación
17-20	Muy bueno
13-16	Bueno
≤ 12	Regular



ANEXO 8: Colegios fiscales del área urbana de la ciudad de Machala

1. Colegio 9 de Octubre
2. Ismael Pérez Pazmiño
3. Amazonas
4. Machala
5. Kléver Franco Cruz
6. Héroes de Jambelí
7. Juan Henríquez Coello
8. República del Ecuador
9. El Oro
10. Mario Minuche Murillo
11. Atahualpa
12. Unión Nacional de Educadores
13. Juan Montalvo
14. Red Educativa Rotary Club
15. Matilde Hidalgo de Prócel
16. República de Perú
17. Simón Bolívar