

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"  
Policlínico de Baraguá.

**Intervención educativa sobre dengue en la población del  
Consultorio del Médico de Familia # 6 de Baraguá. 2020-2022**

Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General  
Integral.

**Autor:** Dr. Juan Carlos Saavedra Torres.

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"  
Policlínico de Baraguá.

**Intervención educativa sobre dengue en la población del  
Consultorio del Médico de Familia # 6 de Baraguá. 2020-2022**

Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General  
Integral.

**Autor:** Dr. Juan Carlos Saavedra Torres.

Residente de Tercer año de Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Zarielys Martel Quesada.

Especialista de Primer Grado Medicina General Integral. Profesor Instructor.

*Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad, solo entonces es posible ayudarlo.*

Hipócrates.

## AGRADECIMIENTOS

## DEDICATORIA

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después, con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, desde abril de 2020 hasta marzo de 2022. El universo lo conformaron 135 sujetos y mediante un muestreo intencional no probabilístico se estudiaron 44 pacientes. Se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos, así como la prueba de McNemar como medida de significación estadística. Predominaron los participantes con la edad entre 20 y 39 años, del sexo femenino, así como los de nivel secundario y técnicos medios. La mayor parte refirió que en los lugares donde residían la recogida de los desechos sólidos se hacía semanal. La mayoría de los sujetos no practicaba el autofocal en sus hogares, de igual forma las visitas de los operarios de vectores se realizaban mensualmente en gran parte de los casos y en casi la mitad de las viviendas no se fumigaba. Un porcentaje elevado presentaba microvertederos en zonas aledañas a sus viviendas. La intervención educativa sobre Dengue fue efectiva, en tanto que incrementó el nivel de conocimiento de los participantes y reveló una diferencia significativa entre las notas antes y después de la intervención en relación al dominio de la transmisión, los factores de riesgo, la forma adecuada de practicar el autofocal, el cuadro clínico de la enfermedad y las medidas para prevenir la transmisión.

**Palabras clave:** DENGUE, DENGUE/prevención & control, PROMOCIÓN DE LA SALUD/métodos, INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEÓRICO .....	6
MATERIALES Y MÉTODOS .....	16
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	26
CONCLUSIONES .....	40
RECOMENDACIONES .....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
ANEXOS .....	

## INTRODUCCIÓN

Los vectores son agentes transmisores de patógenos de una persona (o animal) infectada a otra, ocasionando enfermedades graves en el ser humano, con mayor frecuencia en zonas tropicales y lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento. <sup>(1)</sup>

Las arbovirosis comprenden un conjunto de enfermedades víricas febriles transmitidas por mosquitos, propias de áreas tropicales y subtropicales, que se caracterizan por compartir el mismo vector, el *Aedes aegypti*. <sup>(1)</sup> Entre las arbovirosis se encuentran el dengue, chikungunya y zika cuya co-circulación es considerado uno de los principales problemas de salud pública actuales para la región de América Latina y el Caribe. El dengue, el primero en registrarse en esta región, <sup>(2)</sup> es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica que puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves. Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. <sup>(3)</sup>

Se reconoce hoy al dengue como la más importante arbovirosis a nivel internacional. Su incidencia mundial ha aumentado de forma espectacular en los últimos decenios. La enfermedad aparece en las regiones de clima tropical y subtropical de todo el mundo, en zonas urbanas y suburbanas marginales. <sup>(4)</sup>

Se estima que aproximadamente 3 600 millones de personas distribuidas en 124 naciones viven en zonas de alto riesgo para contraerla (aproximadamente 40 % de la población global), y que se trata del proceso viral de mayor extensión geográfica en el orbe, pues anualmente enferman por esa causa alrededor de 390 millones de seres humanos, en 96 millones de los cuales se presentan las manifestaciones clínicas de este, además de que provoca más de 500 000 hospitalizaciones y una mortalidad del 2,5 % .<sup>(5)</sup> Las regiones de África, Asia y América son particularmente vulnerables por el continuo cambio climático, la deforestación, la migración de la

población, ocupación desordenada de zonas urbanas y malas condiciones de salud.

(1)

El continente asiático es el más afectado por dengue, donde ocurre el 75 % de los casos a nivel internacional, de los cuales requiere tratamiento hospitalario el 19 % de los pacientes. La región de las Américas, con el 11 % de hospitalización de los pacientes con esta arbovirosis, <sup>(6)</sup> reporta epidemias de dengue que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En 2019 se registró el mayor número de casos, al notificarse más de 3,1 millones de casos, incluyendo 28 203 casos graves y 1 773 muertes. <sup>(7)</sup>

En el año 2021 en el continente americano se notificaron un total de 1 173 674 casos de dengue, con una tasa de incidencia acumulada de 118 casos por 100 000 habitantes. Las tasas de incidencia acumulada más altas se observaron en las siguientes subregiones, en orden decreciente: el Cono Sur con 323 casos por 100 000 habitantes, la Subregión Andina con 89 casos por 100 000 habitantes, y el Istmo Centroamericano y México con 56 casos por 100 000 habitantes. El número más alto de casos de dengue grave se observó en Colombia con 864 casos, Honduras con 851 casos y Brasil con 346 casos. Adicionalmente, en el mismo periodo, se notificaron un total de 387 muertes en la región, para una tasa de letalidad del 0,033 % . <sup>(7)</sup>

En Cuba la primera epidemia de dengue fue detectada en el año 1977 y a finales de 1980 contaba con casi la mitad de su población a riesgo de infección. Luego a principios de 1981 se reporta por primera vez en la región la introducción del virus DENV 4 y la primera gran epidemia de dengue hemorrágico en Cuba. <sup>(3)</sup> En el año 2021 un total de nueve provincias fueron afectadas por la transmisión de dengue, y se reportó el mayor número de focos de *Aedes aegypti* de los últimos 15 años. Los meses de junio, septiembre y octubre fueron los de mayor incidencia. El 71,1 % de los focos se detectaron en las provincias de Santiago de Cuba, La Habana, Holguín, Camagüey, Matanzas y Villa Clara. <sup>(8)</sup>

En la actualidad no existe una terapia antiviral específica para el dengue, por lo tanto, las acciones contra la reproducción del vector y para evitar su picadura, constituyen un enfoque estratégico clave. Sin embargo, su gestión e implementación es insuficiente y requiere de la participación de varios sectores públicos, donde la comunidad juega un papel protagónico; por lo que es la Atención Primaria de Salud el marco idóneo para fortalecer las acciones para el control del vector. <sup>(9)</sup>

#### **Justificación del estudio.**

La Organización Mundial de la Salud (O M S) ha establecido cuatro elementos básicos o principios necesarios para controlar el dengue: la voluntad política de los gobiernos, la coordinación intersectorial, la participación activa de la comunidad y el fortalecimiento de las leyes sanitarias nacionales. La participación activa de la comunidad, por su parte, es de gran importancia para lograr el objetivo que se propone pues un cambio de conducta de la población puede ayudar a reducir de manera sostenible la infestación del vector en los hogares mediante la eliminación de sus criaderos que por lo general se forman como resultado de actividades humanas, ya sean individuales, comunitarias o institucionales. <sup>(4)</sup>

Para lograr el cambio de conducta de la población, primeramente, las comunidades con mayor riesgo deben estar informadas acerca de todo lo concerniente a la transmisión de enfermedades por los vectores, y sus riesgos asociados; y segundo, preparadas para reducir al mínimo la exposición al vector a través del control y eliminación de sus principales fuentes de reproducción. <sup>(1)</sup> En ello juega un importante papel la promoción de salud desde la Atención Primaria.

Las estrategias de promoción de salud para grupos bien definidos y con objetivos conductuales claros, posibilitan la difusión de conocimientos, la modificación o reforzamiento de comportamientos, y el estímulo de procesos de cambio social, que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida en grupos y comunidades riesgo.

Por tanto, teniendo en cuenta la alta incidencia de dengue que cada año enfrenta Cuba y la importancia de las estrategias de promoción de salud para lograr una

mayor participación comunitaria en la prevención de esta arbovirosis, se hace necesario realizar intervenciones educativas en este sentido, con lo que finalmente se contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad de la población por dengue, así como a mejorar la atención, los cuidados y los procedimientos a seguir por parte del personal de salud.

Por lo antes expuesto se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, desde abril de 2020 hasta marzo de 2022?

La **novedad científica** radica en elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población del Consultorio del Médico de Familia #6 del Policlínico de Baraguá mediante una intervención educativa, ello permitirá a los pacientes aprender sobre el tema y a la vez convertirse en promotores de salud de sus familiares y vecinos.

**Hipótesis**: Si se implementa una intervención educativa se pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población del Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá.

**Objetivo general:**

Determinar la efectividad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, desde abril de 2020 hasta marzo de 2022.

**Objetivos específicos:**

1. Describir la muestra según variables socio-demográficas.
2. Determinar el nivel de conocimientos inicial de la población sobre Dengue.
3. Diseñar una intervención educativa sobre Dengue.
4. Aplicar la intervención educativa sobre Dengue.

5. Evaluar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población luego de aplicada la intervención educativa.

## MARCO TEÓRICO

El dengue es una enfermedad globalmente importante debido a que es un virus propenso a pandemias, el cual está producido por la transmisión de cualquiera de los cuatro serotipos del virus del Dengue (DENV 1-DENV 4) a través del mosquito *Aedes aegypti*, así como también *Aedes albopictus*, encontrado principalmente en las regiones tropicales y sub tropicales. <sup>(10)</sup>

El dengue es un virus ARN, pertenecientes al género *Flavivirus*, de la familia *Flaviviridae*. Después del periodo de incubación de 3-14 días (7 días en promedio), la infección por cualquiera de los serotipos produce un amplio espectro de enfermedad. Los humanos son el principal huésped del virus. Factores de riesgo determinan la severidad de la enfermedad como la edad, infección secundaria, etnia y enfermedades crónicas (diabetes mellitus, asma bronquial, anemia); los niños pequeños se encuentran más propensos y tienen más riesgo de shock. <sup>(10,11)</sup>

El virus del dengue ingresa a través de la piel mientras un mosquito está succionando sangre de un individuo; durante la fase aguda de la enfermedad el virus se encuentra en la sangre. Se considera que las respuestas inmunes que contribuyen a la eliminación del virus son mediante la generación de anticuerpos y activación de linfocitos T CD8+ y CD4+. Después de la infección los anticuerpos de los serotipos específicos y de reacción cruzada y de las células T CD4+ y CD8+ permanecen medibles por años. La infección con uno de los serotipos provee inmunidad de por vida contra ese serotipo, pero solo inmunidad a corto plazo contra otros serotipos. <sup>(6,12)</sup>

La infección del virus del dengue puede ser asintomática o sintomática, siendo esta última en un 20 % de los casos. El espectro clínico de los pacientes sintomáticos es muy variado, lo cuales pueden ir desde sintomatología leve hasta casos clínicos severos con muerte. Clásicamente la enfermedad por el virus del dengue se ha dividido en 3 fases bien establecidas: febril, crítica y de recuperación. <sup>(10,12)</sup>

La fase febril puede durar de 2 a 7 días y se caracteriza por una fiebre repentina de alto grado y deshidratación. También en esta fase se asocian otras manifestaciones inespecíficas como artralgias, mialgias, dolor corporal generalizado, dolor retroocular, cefalea, fotofobia y una leve erupción morbiliforme ligeramente pruriginosa (descrita clásicamente como islas de color blanco en un mar de rojo) que puede encontrarse en más del 50 % de los casos. Manifestaciones de hemorragia pueden ir desde petequias, equimosis, sangrado bucal y signo del Torniquete (+). Otros síntomas no menos comunes incluyen odinofagia, anorexia, las náuseas y los vómitos. Hallazgos de laboratorio encontrados pueden ir desde trombocitopenia, leucopenia y aumento del hematocrito. Si bien la mayoría de los pacientes se recuperan sin complicaciones, algunos pacientes pueden desarrollar síntomas secundarios a la fuga capilar, la cual es llamada fase crítica. <sup>(10,11)</sup>

La fase crítica se caracteriza por fuga de plasma, hemorragia, shock y deterioro multiorgánico, de duración 24 a 48 horas. Las formas graves de enfermedad se definen como un paciente que tiene dengue con una de las siguientes características:

1. Extravasación intensa de fluidos: shock por dengue, distrés respiratorio.
2. Hemorragias intensas: la digestiva es la más frecuente, seguida de la pulmonar y cerebral.
3. Afectación particular de órganos como hígado (hepatopatía severa), miocardio (miocarditis) y encéfalo (encefalitis). <sup>(10,11)</sup>

La fase de recuperación dura de 2 a 3 días y se caracteriza por la reabsorción de líquidos y la normalización de glóbulos blancos, hematocritos y plaquetas. <sup>(10,11)</sup>

También resulta importante conocer que la OMS clasifica el dengue en 3 categorías:

1. Dengue probable: se define como un escenario clínico en un paciente que vive o ha viajado a un área endémica de dengue y se presenta con fiebre y 2 de los siguientes: náuseas/vómitos, erupción cutánea, leucopenia, prueba de torniquete positiva, dolores o molestias.

2. Dengue con signos de alerta: dolor abdominal, vómitos persistentes, diarreas, descenso brusco de la temperatura, el letargo/inquietud, el sangrado de mucosa, hepatomegalia (>2 cm), derrames serosos y el aumento del hematocrito con trombocitopenia.
3. Dengue severo: se considera en presencia de fuga de plasma severa (shock y dificultad respiratoria), sangrado severo o insuficiencia orgánica.<sup>(10)</sup>

Para realizar el diagnóstico se deben tomar en consideración varios factores, comenzando por la historia clínica del paciente, si ha realizado viajes recientes a zonas endémicas, el inicio de los síntomas entre otros. También es importante el cuadro clínico, no obstante, no puede ser utilizado de forma aislada para realizar un diagnóstico exacto.<sup>(10,13)</sup>

Para confirmar el diagnóstico se deberán realizar pruebas de laboratorio, las cuales abarcan desde la respuesta inmunitaria del huésped debido al virus por medio de la medición de la IgM e IgG, hasta el aislamiento del propio virus (en cultivos o detección directa del ARN genómico viral) y los productos virales (captura del antígeno NS1 o ELISA).<sup>(10,13)</sup>

No hay terapia antiviral disponible contra el virus del dengue. Se recomienda manejo de soporte y adecuado mantenimiento del volumen intravascular. Un diagnóstico temprano y un manejo clínico adecuado reducen la morbilidad y mortalidad asociada a este virus.<sup>(10)</sup>

Múltiples esfuerzos se han realizado en los últimos años para controlar esta enfermedad en los países más afectados, que van desde las conductas de prevención y educación a la población, hasta la más reciente aprobación de la vacuna tetravalente contra el virus del dengue y sus serotipos. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, debido a que casi la mitad de la población mundial vive en áreas endémicas, que pertenecen a zonas principalmente tropicales. Los cuatro serotipos pueden circular en estas áreas, lo que hace que el virus se propague con mayor facilidad y afecte un gran número de personas por año.<sup>(4)</sup>

Según marca la tendencia actual, no está muy clara la erradicación de este viejo pero actual virus, y por tanto, la medida de protección más eficaz sigue siendo la de evitar las picaduras de mosquitos. Las medidas estratégicas de los Ministerios de Salud de los países de la América tropical deberían continuar encaminadas a la educación ambiental de la población y propiciar una participación más dinámica de las autoridades regionales de Salud. En ambos casos, las actividades primordiales deben estar orientadas a controlar o eliminar los principales criaderos de los vectores, en especial aquellos que están directamente relacionados con actividades antropogénicas. <sup>(14,15)</sup>

La emergencia o reemergencia del dengue obedece a la combinación de micro y macrofactores determinantes, que favorecen la presencia del insecto vector en el entorno, tales como el cambio climático, la escasa disponibilidad de agua para el consumo, el crecimiento poblacional sostenido, las intensas migraciones de áreas endémicas a zonas que no lo son, la persistencia de actividad epidémica en el interior del país y territorios limítrofes, la urbanización no controlada ni planificada, las viviendas inapropiadas en centros urbanos, la globalización (aumento del transporte de pasajeros y mercancías en viajes internacionales), el abandono o incumplimiento de programas de control vectorial, la incorrecta eliminación de residuos sólidos y líquidos, el uso creciente de envases no biodegradables en el medio y el inadecuado saneamiento ambiental, unidos a la todavía deficiente coordinación intersectorial y la escasa participación de organizaciones y pobladores, por considerar que todo lo relacionado con ese arbovirus constituye un problema a resolver por el sector de la salud. <sup>(5)</sup>

Como se ha descrito, el dengue está asociado con factores de riesgo sociales y ambientales más que por el comportamiento de los factores biológicos involucrados en su patogenia. En este sentido resalta la recolección de residuos sólidos, debido a que las comunidades sin este servicio suelen acumular en sus patios los materiales inservibles como latas, botellas y llantas, los cuales pueden ser potenciales criaderos del vector. <sup>(16,17)</sup> Esto a su vez crea las condiciones favorables para el surgimiento de

micro vertederos, ya que la población también arroja sus materiales de desuso en las calles, solares o terrenos baldíos. Los micro vertederos a menos de 100 metros de las viviendas se han asociado significativamente como un factor de riesgo para contraer el dengue. <sup>(18)</sup>

El abastecimiento de agua por pozo, río, lluvia o camión cisterna es otro factor de riesgo importante para enfermarse de dengue. Varios estudios indican que el agua almacenada durante más de una semana, así como el uso de tanques y reservorios de agua son focos de proliferación del vector; sumado a sistemas de abastecimiento de agua escasos o con un servicio intermitente. Cuando estos reservorios de agua no se protegen adecuadamente mediante una cubierta hermética, se incrementa el riesgo de criaderos de *Aedes aegypti*. Reservorios de agua de menor tamaño como floreros, vasos espirituales, bebederos de aves y mascotas, baldes, entre otros, también se deben tener en cuenta como potenciales lugares para el depósito de los huevecillos del vector; por lo que deben ser cambiados y limpiados con una frecuencia semanal, para así disminuir el riesgo. <sup>(16,18,19)</sup>

La relevancia de los desechos sólidos acumulados en patios y micro vertederos, así como de los reservorios de agua en condiciones de almacenamiento y limpieza inadecuadas como factor de riesgo de infección por dengue, es que son potenciales fuentes de focos de *Aedes aegypti*. Este vector inicialmente tenía su hábitat en la selva, específicamente en los huecos de los árboles. Con el transcurso del tiempo se ha convertido en un insecto urbano que prefiere vivir dentro de las casas, especialmente en sitios oscuros como debajo o detrás de los muebles y en los armarios; por lo que busca depósitos de agua en el domicilio o peridomilios para depositar sus huevos. La existencia de terrenos bajos de difícil drenaje que acumulan agua, también se pueden convertir en potenciales criaderos de mosquitos. <sup>(20)</sup>

Se plantea que las familias con recipientes positivos a larvas de *Aedes aegypti* tienen un riesgo casi dos veces mayor de enfermarse de dengue en relación a las que sus recipientes son negativos. Esto puede significar que el no tener recipientes positivos protege poco contra la infección, pues en muchas ocasiones hay vecinos que sí los

tienen. Al respecto se debe recordar que el radio de vuelo del mosquito es de 50-100 metros, distancia suficiente para picar varias personas en el perímetro de una manzana, sobre todo cuando la densidad de población es muy alta. <sup>(21)</sup>

Se describe también que el adecuado conocimiento y realización del autofocal de forma sistemática por cada familia es de gran importancia para disminuir el riesgo de infección por dengue, pues se evita que las viviendas sean sitios de criadero de mosquitos. Se deben inspeccionar todas las habitaciones de la casa en busca de posibles criaderos de *Aedes aegypti* para su eliminación o tratamiento, incluyendo la cocina, dormitorios, el baño, barbacoa, entrepisos, pisos superiores, cuartos de desahogo, entre otros y en el exterior todo el patio, tubos de cerca, techos, árboles y plantas. Esta inspección debe hacerse semanalmente de manera que no exceda nunca los siete días, en correspondencia con el ciclo evolutivo del insecto, ya que al octavo día de puestos los huevos pueden salir mosquitos adultos volando. Se ha demostrado que el desconocimiento del autofocal incrementa el riesgo para contraer el dengue hasta 10 veces. <sup>(18,22)</sup>

Por otro lado, es ampliamente conocido que el factor climático, incluyendo la temperatura, condiciona de manera directa la reproducción y vitalidad del vector del dengue; por lo que cuando se acerca el período de altas temperaturas y lluvias en Cuba, la población debe incrementar todas las medidas de prevención y autocuidado para evitar los criaderos de mosquitos y las picaduras de estos. <sup>(23)</sup> Estas medidas incluyen, además, el uso de mosquiteros y de insecticida. <sup>(21)</sup>

Alvarado-Prado y Cols. <sup>(16)</sup> en su investigación sobre factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue en Costa Rica, identificaron que los mayores niveles de escolaridad promedio y de alfabetización representan un factor protector, es decir estos influyen en la conducta de prevención y control del dengue. Entre tanto, las malas condiciones de vivienda mostraron una tendencia de riesgo, específicamente la precariedad de paredes, techo y piso.

En Cuba todas las medidas de control del vector del dengue son orientadas y supervisadas por el Programa Nacional para la Erradicación del Mosquito *Aedes aegypti*, lo cual ofrece una garantía de cumplimiento y calidad en las acciones a nivel municipal, provincial y central. El objetivo fundamental de este programa es la destrucción y el tratamiento de los focos de *Aedes aegypti* detectados en cualquier actividad de la vigilancia y lucha antivectorial; por lo que la población debe ser consciente de la importancia de las actividades que realizan los operarios de vectores. Una actitud cooperativa hacia las acciones del Programa Nacional para la Erradicación del Mosquito *Aedes aegypti* en la comunidad garantizan una mayor calidad en las acciones y, por tanto, un menor riesgo de infección por dengue. <sup>(24)</sup>

Si bien todos estos factores que favorecen la infección por dengue son ampliamente conocidos, y hacia su control se dirigen las acciones del Programa Nacional para la Erradicación del Mosquito *Aedes aegypti*, se puede plantear que de cierta forma estas campañas preventivas tradicionales no son del todo efectivas, lo que ha obligado a plantear nuevas perspectivas de posible solución para el problema. La participación comunitaria se plantea como la alternativa más eficaz para el control. Esta se concibe como el proceso por el cual los habitantes de las comunidades, individual o colectiva, asumen responsabilidades para identificar necesidades, perfilar potenciales soluciones y planificar las estrategias de resolución ante los problemas de salud. <sup>(3)</sup>

De gran importancia es la familia como entorno constructor de capacidades en la prevención y control del dengue, pues es el primer espacio donde se generan acciones de cuidado de la salud, a partir de implementar procesos de participación, asumir responsabilidades y empoderar a sus miembros, y, por otro lado, son entornos generadores de aprendizajes para el mantenimiento de la vida, con capacidad de agencia para transformar los factores perjudiciales de la salud y participar en los procesos de salud enfermedad. <sup>(25)</sup>

Realmente es muy necesario una mayor participación comunitaria en la prevención del dengue pues, según Tamayo Escobar y Cols. <sup>(5)</sup> persiste en muchos escenarios

una falta de empoderamiento de los habitantes en zonas de riesgo y, por otro, una insuficiente realización de actividades educativas comunicacionales para el control vectorial, toda vez que constantemente se observan criaderos de mosquitos en las viviendas y alrededores de estas, pues sus moradores aguardan "con paciencia" por el personal sanitario para que se ocupe de erradicarlos.

Para el logro de estos objetivos de participación comunitaria para la prevención del dengue, son indispensables las labores de educación para la salud desde la Atención Primaria de la Salud, entendidas como aquellos procesos educativos que buscan cambiar los comportamientos y las actitudes de los individuos frente a las enfermedades y las causas que las generan. Esta educación se caracteriza, entre otros aspectos, por ser de corte preventivo y centrada en la transmisión de información, donde se instaura la verticalidad en la relación entre los agentes de salud y los pacientes. <sup>(26)</sup>

Los objetivos de la educación para la salud son: favorecer conductas positivas que dirijan a una vida saludable, lograr cambios medioambientales que ayuden a mejorar el entorno en el que se vive y hacer partícipes y corresponsables a los individuos de su proceso del autocuidado de su salud, a partir de una correcta información acerca de la vía de transmisión de la enfermedad en cuestión, las manifestaciones clínicas que provoca y las correctas medidas de prevención <sup>(27)</sup>

Las actividades para lograr lo anterior tienen fundamento científico y metodologías, técnicas y herramientas didácticas específicas para generar un proceso educativo, algunas de ellas son mediante una educación personalizada de forma individual, o bien de manera grupal y para abarcar a un mayor número de individuos generando procesos educativos para grupos poblacionales, algunas de ellas son: sesiones educativas, talleres, orientación, consejería, actividades lúdicas, grupos de autoayuda, entre otras. <sup>(27)</sup>

Las intervenciones educativas son un ejemplo de actividades de educación para la salud de manera grupal, las cuales constan de tres etapas: diagnóstica, de

intervención y de evaluación; en las que se pretende, por parte del personal de salud, promover un cambio en los pacientes, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando el nivel de conocimiento de interés, antes y después de la intervención. <sup>(28)</sup>

En la etapa diagnóstica se pueden determinar cuáles son las necesidades o problemáticas y los recursos con los que se cuenta para solucionarlas. Posteriormente se realiza la planeación, considerando la selección del caso y su delimitación. Una vez determinadas las necesidades, es pertinente plantearse cuáles serán los objetivos que se quieren lograr. En la fase de intervención se llevan a cabo las acciones educativas divididas por sesiones de trabajo y temáticas a tratar. Finalmente es necesario dar seguimiento y, sobre todo, evaluar el proceso, antes, durante y después, para ayudar a definir qué tanto han servido las acciones planeadas para la mejora de la comunidad o del individuo. <sup>(28,29)</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que las intervenciones educativas son de gran ayuda para lograr una mayor participación comunitaria en la prevención del dengue, sobre todo desde el ámbito familiar. En la Atención Primaria de Salud, el Equipo Básico de Salud, sin dudas, es el ente ideal para las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dentro de la sistematización del programa de las enfermedades transmisibles, ya que mantiene el trabajo interdisciplinario y con ello logra un control de las enfermedades, así como una comunidad saludable. <sup>(30)</sup>

Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> demostraron con su intervención de enfermería sobre conocimientos de dengue, que las intervenciones educativas son efectivas en este sentido, pues estos autores lograron elevar el nivel de conocimientos de los pacientes de un municipio de Sancti Spíritus sobre qué es el dengue, la vía de transmisión de la enfermedad, los síntomas y signos que presenta una persona enferma, las medidas necesarias para evitar contraer la arbovirosis y la conducta a seguir en caso de presentar algún síntoma o signo de la enfermedad.

Ortíz Agui y Cols. <sup>(1)</sup> en el departamento de Huánuco, Perú, con su intervención educativa orientada a la reducción de la exposición a factores de riesgo de arbovirosis, igualmente lograron elevar de forma significativa el conocimiento en la población sobre la epidemiología de las arbovirosis (de 46 % a 89 %) y las actitudes para cumplir con las recomendaciones de protección personal (de 18,5 % a 84,6 %).

Es importante tener en cuenta también, que las intervenciones educativas para el cambio de prácticas y comportamientos para la eliminación de criaderos, bajo el paradigma de que las personas son las responsables de los reservorios del vector y, por ende, de la enfermedad, deben ir acompañadas de la generación de políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas, por ejemplo, abastecimiento de agua regular y de calidad, y red de cobertura de recolección de residuos sólidos. <sup>(16)</sup>

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Aspectos generales del estudio.**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después sin grupo de control, para determinar la efectividad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre Dengue en la población pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, desde abril de 2020 hasta marzo de 2022.

### **Universo y muestra.**

El universo fue constituido por todos los pacientes entre 18 y 70 años pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, en el periodo enmarcado anteriormente. Se realizó un muestreo intencional no probabilístico. Se aplicaron diferentes criterios de inclusión, exclusión y salida para controlar los sesgos.

#### *Criterios de inclusión.*

- Pacientes con edad > 18 años.
- Pacientes que accedan a participar en el estudio previo consentimiento informado de los tutores (anexo 2).

#### *Criterios de exclusión.*

- Pacientes con patología psiquiátricas.
- Pacientes con déficit cognitivo.
- Pacientes con limitaciones auditivas y/o visuales.

#### *Criterios de salida.*

- Pacientes que dejaron en blanco la totalidad de alguno de los cuestionarios.
- Pacientes a los cuales no se les pudo aplicar la post-prueba por cualquier motivo.

Finalmente, el universo fue conformado por 135 pacientes, de los cuales se trabajó con 44 sujetos, seleccionados mediante un muestreo intencional no probabilístico entre aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y ninguno de exclusión y/o salida.

#### **Técnicas para obtención de la información.**

##### **Métodos teóricos.**

- El método histórico-lógico: Mediante este se identificaron los antecedentes históricos de las intervenciones educativas realizadas en la atención primaria sobre dengue, así como su efectividad.
- El método analítico-sintético: Se llevó a cabo la revisión bibliográfica correspondiente al tema en cuestión. Se consultó literatura nacional e internacional, en español e inglés, con actualización de los últimos cinco años; siempre abordando la temática desde lo general a lo particular.
- El método inductivo-deductivo: Permitió interpretar la información recogida mediante los métodos empíricos, así como su comparación con los resultados publicados por otros autores, lo que fue necesario para arribar a conclusiones.

##### **Métodos empíricos.**

- Observación científica: Se llevó a cabo una observación continua del fenómeno estudiado, así como, un seguimiento estricto de la adquisición de conocimientos durante el periodo de duración del estudio. Se elaboró una planilla de recolección de datos (anexo 1) que se llenó a partir de las historias clínicas de los pacientes, así como de su documentación oficial, entrevista individual y los cuestionarios de evaluación aplicados.
- Charla educativa: Se utilizó para implementar en los sujetos la intervención diseñada, teniendo en cuenta los elementos básicos de la didáctica para una mejor comprensión y aceptación del tema.
- El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos, el procesamiento se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 26.0

para Windows. Como medida de resumen de la información se construyeron tablas con la distribución de frecuencia absoluta (número) y relativa (%) y se utilizó la prueba de ji-cuadrado de McNemar.

Todas las variables fueron recogidas por el autor de la investigación, los cuestionarios fueron diseñados por la tutora y aprobados por un grupo de expertos en el consejo científico del Policlínico de Baraguá.

#### **Operacionalización de las variables.**

*Variable dependiente.*

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Escala</b>	<b>Descripción</b>	<b>Indicadores</b>
Conocimiento sobre el agente transmisor de dengue.	Cualitativa Ordinal	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: responder correctamente la pregunta 1.1 del cuestionario  Inadecuado: responder incorrectamente la pregunta 1.1 del cuestionario.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Conocimientos sobre el modo de transmisión.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 1.2 del cuestionario.  Inadecuado:	Frecuencia absoluta y Porcientos.

			respondió incorrectamente la pregunta 1.2 del cuestionario.	
Conocimientos sobre factores de riesgo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 2 del cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 2 del cuestionario.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Conocimientos sobre las acciones que se realizan en el autofocal.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 3.1 del cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 3.2 del cuestionario.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Conocimientos sobre la frecuencia con que se realiza el	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 3.2 del	Frecuencia absoluta y Porcientos.

autofocal.			cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 3.2 del cuestionario.	
Conocimientos sobre los síntomas y signos del Dengue.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 4.1 del cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 4.1 del cuestionario.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Conocimiento sobre signos de alarma del dengue.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Adecuado  Inadecuado	Adecuado: respondió correctamente la pregunta 4.2 del cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 4.2 del cuestionario.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Conocimientos	Cualitativa	Adecuado	Adecuado:	Frecuencia

sobre las medidas para prevenir la transmisión del Dengue.	Nominal Dicotómica.	Inadecuado	respondió correctamente la pregunta 5 del cuestionario.  Inadecuado: respondió incorrectamente la pregunta 5 del cuestionario.	absoluta y Porcientos.
--	------------------------	------------	--	------------------------

*Co-variables*

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Escala</b>	<b>Descripción</b>	<b>Indicadores</b>
Edad.	Cuantitativa Continua.	Menor de 20 años  20 a 29 años  30 a 39 años  40 a 49 años  50 a 59 años  60 años o más	Según años cumplidos por carné de identidad.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Femenino  Masculino	Según fenotipo biológico.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal.	Primario  Secundario	Según enseñanza escolar vencida.	Frecuencia absoluta y Porcientos.

		Politécnica Preuniversitaria Universitario		
Frecuencia de recogida de desechos sólidos.	Cualitativa Ordinal	Diario Días alternos Semanal Quincenal Mensual	Según frecuencia con la que los servicios comunales recogen los desechos sólidos.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Frecuencia de visitas de los operarios de vectores.	Cualitativa Ordinal	Semanal Quincenal Mensual No se visita	Según frecuencia con la que los operarios de vectores visitan la vivienda.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Frecuencia de fumigación en la vivienda.	Cualitativa Ordinal	Semanal Quincenal Mensual No se fumiga	Según frecuencia con la que se fumiga la vivienda por parte de salud pública.	Frecuencia absoluta y Porcientos.
Microvertederos en zonas aledañas a la vivienda.	Cualitativo Nominal Dicotómica	Sí No	Según presencia de microvertederos aledaños a la vivienda.	Valor absoluto y porcentaje
Casos febriles en el área de	Cualitativo Nominal	Sí No	Según presencia de casos febriles	Valor absoluto y

salud.	Dicotómica		en el área de salud.	porcentaje
Duerme bajo mosquitero	Cualitativo Nominal Politómica	Nunca. Cuando hay casos conocidos de dengue. Siempre.	Si el sujeto duerme bajo mosquitero.	Valor absoluto y porcentaje
Práctica del autofocal en la vivienda.	Cualitativa Ordinal	Semanal Quincenal Mensual No se realiza	Si practica el autofocal en la vivienda.	Frecuencia absoluta y Porcientos.

#### **Procedimientos para implementar la intervención educativa.**

La intervención se realizó en tres fases:

1. Diagnóstico inicial de los participantes.
2. Aplicación de la intervención educativa.
3. Evaluación final de los participantes.

##### *1. Diagnóstico inicial de las participantes.*

Se realizaron entrevistas a los participantes, en las cuales se llenaron las Planillas de recolección de datos y el investigador, mediante el cuestionario inicial (anexo 3), determinó el nivel de conocimiento de los sujetos sobre el tema (el cuestionario inicial se aplicó en 10 minutos). Fue evaluado por la tutora de la investigación y se asignó a cada pregunta una calificación de "adecuado" o "inadecuado".

## *2. Aplicación de la intervención educativa.*

Se llevaron a cabo actividades con carácter semanal (durante cuatro semanas) como parte de la intervención educativa (anexo 4), apoyadas en materiales didácticos y medios audiovisuales para una mejor comprensión de los participantes, el tiempo de duración de cada sección dependió del tipo de actividad desarrollada, las cuales se llevaron a cabo en el Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá, con un máximo de ocho sujetos.

En el local donde se realizaron las actividades educativas, se tuvieron en cuenta en todo momento las medidas higiénico-sanitarias, así como la correcta ventilación y distanciamiento social inherentes a la Covid-19.

## *3. Evaluación final de las participantes.*

Se realizó otra ronda de cuestionarios (anexo 3) que se aplicó igualmente en 10 minutos y pasada una semana de la cuarta actividad educativa. Mediante estos cuestionarios se re-evaluó el nivel de conocimiento de los participantes mediante preguntas de selección y respuestas rápidas. Datos que fueron comparados con los tomados antes de la intervención.

Los cuestionarios (inicial y final) fueron diseñados por la tutora del estudio y se presentaron y aprobaron por un grupo de expertos en el consejo científico del Policlínico de Baraguá.

## **Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.**

Se elaboró un fichero con la utilización del programa Microsoft Excel para la recogida de los datos y su posterior procesamiento con el programa SPSS® versión 26.0. Se emplearon métodos de estadísticas descriptivas y medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos (cifras absolutas y por ciento).

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado;

posteriormente, se analizó el fenómeno estudiado, lo que permitió, a través de los procesos de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

En el ritual de significancia estadística se plantearon las siguientes hipótesis:

$H_0$ : El nivel de conocimiento sobre Dengue luego de aplicada la intervención educativa no es superior al inicial.

$H_1$ : El nivel de conocimiento sobre Dengue luego de aplicada la intervención educativa es superior al inicial.

Se utilizó la prueba de Ji-cuadrado de McNemar para evaluar si existió modificaciones en el nivel de conocimiento a través del tiempo. Se consideró una  $p < 0,05$  como estadísticamente significativa y se trabajó con una confiabilidad del 95%.

#### **Aspectos Éticos.**

Se respetaron los principios básicos de la bioética: la autonomía, la justicia, la beneficencia y no maleficencia. <sup>(31)</sup> Se acordó la no divulgación de la información recolectada de forma individual, solo se popularizaron los resultados globales. El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Policlínico de Baraguá.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1:** Participantes según la edad y sexo. Consultorio del Médico de Familia # 6 del Policlínico de Baraguá; Ciego de Ávila, desde abril de 2020 hasta marzo de 2022.

Variable	Número (n = 44)	%
<b>Edad</b>		
Menor de 20 años	5	11,4
20 a 29 años	14	31,8
30 a 39 años	11	25,0
40 a 49 años	9	20,4
50 a 59 años	3	6,8
60 años o más	2	4,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	43,2
Femenino	25	56,8

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

En la tabla 1 se muestra que el grupo etario más representativo fue el de 20 a 29 años de edad con 14 pacientes, el equivalente al 31,8% de los participantes en la intervención. Le siguieron en frecuencia los sujetos con 30 a 39 años y los que tuvieron de 40 a 49 años, con el 25% y 20,4% respectivamente. El sexo más común entre los participantes fue el femenino, en el 56,8% de los casos.

Rodríguez Quiñones <sup>(32)</sup> reportaron que 53 de los 78 participantes de su intervención para aumentar los conocimientos sobre el dengue y sus medidas de prevención, fueron mujeres, lo cual representó el 67,9%. El 32,1% restante fueron del sexo masculino.

En la investigación de Benítez Díaz y Cols. <sup>(9)</sup> participaron 206 familias del municipio de Riohacha, Colombia. La mayoría de los participantes fueron mujeres (80%) y solo el 20% hombres. Mientras que casi la mitad de los encuestados (47%) se encontraban en el grupo etario entre 30 y 49 años.

Según Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> el grupo de edad más representativo lo constituyó el de 45 a 54 años con 72 pacientes 35,82%, de ellos el 24,11% perteneciente al sexo femenino y el 11,55% al sexo masculino.

Pacora Millones y Santillana Bocanegra <sup>(33)</sup> observaron que la mitad de sus pacientes tuvieron entre 18 y 32 años, entre 33 y 47 años tuvo el 38,9% de los encuestados y el 11,1% restante entre 48 y 62 años. Predominaron las participantes femeninas, ya que representaron el 83,3% de la muestra, y los hombres fueron el 16,7% restante.

Acosta Chozo <sup>(34)</sup> reportó que en su estudio el 50,5% de los participantes fueron hombres y el 49,5% restante mujeres. En cuanto a la edad, predominaron los adultos en el 32,4% de los casos, seguido por los niños en el 29 y los jóvenes en el 19,8%. El grupo menos representativo fue el de los adolescentes, quienes fueron el 8,5% de la muestra.

En el estudio de Barrientos Pozo y Cols. <sup>(18)</sup> del total de casos, el sexo masculino representó el 43,1% (28 personas) y el sexo femenino, el 56,9% (37 personas). Se presentó una  $p=0,850$  que demostró que no hubo relación significativa de dependencia entre el sexo y los grupos de estudio. Por lo tanto, el género no fue un factor de riesgo para contraer el dengue.

Al analizar la edad en dicho estudio <sup>(18)</sup>, del total de casos, las personas con edades entre 0 y 11 años representaron el 6,2%, con edades entre 12 y 17 años representaron el 12,3%, entre 18 y 29 años, el 32,3%; entre 30 y 59 años, el 44,6%, y mayores de 60 años, el 4,6%. Se calculó una  $p=0,986$  que demostró la no existencia de relación significativa de dependencia entre la edad y los grupos de estudio.

**Tabla 2.** Participantes según nivel escolar.

Nivel escolar	Número (n = 44)	%
Primaria	1	2,3
Secundaria	16	36,4
Técnico Medio	11	25,0

Preuniversitario	9	20,4
Universitario	7	15,9

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

La tabla 2 muestra la distribución de los participantes según el nivel educacional. Se puede apreciar que predominaron los que ya completaron la secundaria básica, con el 36,4%. Los participantes con el nivel de técnico medio representaron un cuarto de la muestra, mientras que quienes completaron el preuniversitario fueron el 20,4% del total.

Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> reportaron que, respecto al nivel de escolaridad, se apreció la mayor cantidad de participantes en el grupo de secundaria terminada con 90 personas 44,77% seguido del grupo con preuniversitario terminado con 55 personas para un 27,36%.

Según Pacora Millones y Santillana Bocanegra <sup>(33)</sup> el grado de instrucción más frecuente fue el de secundaria que se presentó en el 66,7% de los participantes de su estudio. Le siguieron en frecuencia los grados de educación superior y primaria en el 16,7% y 11,1% respectivamente. Solo el 5,6% de los participantes no tuvo instrucción. Dicha situación no se encontró en la presente investigación, gracias al programa educacional del país.

Barrientos Pozo y Cols. <sup>(18)</sup> observaron que, del total de casos, las personas con primaria incompleta representaron el 4,6% de sus pacientes. Con primaria completa representaron el 1,5%, con secundaria incompleta representan el 23,1%, con secundaria completa representan el 53,8%, con superior representaron el 6,2%, y superior universitario representaron el 10,8%. Se presenta una  $p=0,210$  la cual demuestro que no existió relación significativa de dependencia entre el grado de instrucción y los grupos de estudio.

**Tabla 3.** Participantes según factores de riesgo inherentes a los servicios públicos.

<b>Factores de riesgo inherentes a los servicios públicos</b>	<b>Número (n=44)</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia de recogida de los desechos sólidos</b>		
En días alternos	7	15,6
Semanal	23	52,3
Quincenal	14	31,8
Mensual	0	0
<b>Frecuencia de visita de los operarios de vectores</b>		
Semanal	0	0
Quincenal	5	11,4
Mensual	33	75,0
No se visita	6	13,6
<b>Frecuencia de fumigación de la vivienda</b>		
Semanal	1	2,3
Quincenal	3	6,8
Mensual	19	43,2
No se fumiga	21	47,8

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

En la tabla 3 se observa que predominaron los participantes a quienes se les realizaba recogida semanal de los desechos sólidos (23 personas, 52,3%). La visita de los operarios de vectores fue mensual en tres cuartas partes de la muestra (33 personas) y la fumigación no se realizó en el 47,8% de las viviendas de los participantes y fue mensual en el 43,2%.

García Maldonado y Cols. <sup>(17)</sup> reportaron que en relación a los determinantes de la salud que influyen en la proliferación de los vectores del dengue, el 83% de las calles se encuentran asfaltadas, el 98% de las calles poseen alcantarillado, el 96% de

hogares tienen servicio de recolección de residuos sólidos, el 66% de hogares tienen a su alrededor solares vacíos con depósitos de agua y el 62% solares vacíos con maleza y basura.

Barrientos Pozo y Cols. <sup>(18)</sup> reportaron que, del total de casos, las personas que manifestaron la existencia de focos de riesgo de dengue al interior y exterior de su hogar en el distrito de La Tinguiña representaron el 70,8% (46 personas), en comparación con los controles: 34,1% (45 personas). De los casos, el 29,2% (19 personas) negaron la presencia de focos; mientras que, en los controles, el 65,9% (87 personas), también lo negaron.

En la misma investigación <sup>(18)</sup> las personas que refirieron no tener servicio permanente de agua representaron el 84,6% (55 personas), en comparación con 58,3% (77 personas) de los controles. Además, las personas que no recibieron el servicio de recolección de materiales de desuso representaron el 93,8% (61 personas), en comparación con los controles quienes fueron el 93,2% (123 personas). Por otra parte, hubo presencia de micro vertederos en un radio de 100 metros de su domicilio en el 84,6% (55 personas) de los casos y en el 62,1% (82 personas) de los controles.

**Tabla 4.** Participantes según factores de riesgo inherentes a la familia y la comunidad.

<b>Factores de riesgo inherentes a la familia y la comunidad.</b>	<b>Número (n = 44)</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia de realización del autofocal</b>		
Semanal	3	6,8
Quincenal	7	15,1
Mensual	9	20,5
No se practica	25	56,8
<b>Microvertederos en las zonas aledañas</b>		
Sí	31	70,4
No	13	29,6

Casos febriles en el área de salud		
Sí	100	100
No	0	0,0
Duermen bajo mosquitero		
Nunca	29	65,9
Cuando hay casos conocidos de dengue	13	29,6
Siempre	2	4,5

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

En la tabla 4 se observa como predominan los participantes que nunca realizaron el autofocal quienes representaron el 56,8% del total. Hubo vertederos cerca de la vivienda del 70,4% de los participantes, el 100% de los mismo refirió conocer sobre casos febriles en el área de salud y predominaron los que nunca duermen bajo mosquitero, quienes representaron el 65,9% de los sujetos del estudio.

Martínez y Cols. <sup>(35)</sup> reportaron que sus participantes realizaban la limpieza y la eliminación de los criaderos del mosquito transmisor del dengue siempre en el 47,04% (143/304) de las ocasiones, 33,22% (101/304) a veces, 12,50% (38/304) rara vez y 7,24% (22/304) nunca respectivamente.

Vázquez Castellanos y Cols. <sup>(21)</sup> reportaron que los factores de riesgo que se encontraron más asociados a tener enfermos de dengue en la familia fueron botellas positivas a larvas (RR=3,2), botes positivos (RR=2,7), cacharros positivos (RR=2,5), piletas positivas (RR=2,2) y tambos de 200 litros positivos (RR=2,1).

Las viviendas con recipientes positivos a larvas de *A. aegypti* tuvieron un riesgo dos veces mayor de tener por lo menos un caso en relación a las que no se les encontró recipientes positivos (RR=2,2, IC<sub>95%</sub>=1,21-2,33). Asimismo, la presencia de más de tres criaderos fue un factor fuertemente asociado a la presencia de dengue en la familia (RR=4,3) <sup>(21)</sup>.

Por su parte García-Maldonado y Cols. <sup>(17)</sup> reportaron que En relación a las actitudes de los habitantes del Barrio El Bosque, el 75% consideran útil la fumigación, el 79% considera útil la abatización, como estrategia para el control vectorial; el 86% de jefe

de familias conocen sobre las enfermedades vectoriales, el 74% conocen sobre la posibilidad de contraer una enfermedad vectorial. El 90% manifiesta que posee agua entubada dentro de la vivienda, el 86% tiene depósitos de agua con tapa dentro de la vivienda; y el 73% de usan de malla y mosquiteros.

Barrientos Pozo y Cols. <sup>(18)</sup> reportaron que las personas que dijeron tener reservorios de acumulación de agua potable en los domicilios representaron el 86,2% (56 personas), en comparación con los controles quienes fueron el 56,8% (75 personas). Además, quienes no lavaban sus depósitos de acumulación de agua potable fueron el 78,5% (51 personas), en comparación con los controles los cuales representaron 62,1% (82 personas).

**Tabla 5.** Participantes según conocimientos sobre el agente causal y el modo de transmisión de la enfermedad.

Conocimientos sobre	Antes n=44 (%)		Después n=44 (%)		p
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	
Agente transmisor	39 (88,6)	5 (11,4)	50 (100)	0 (0,0)	-
Modo de transmisión	31 (70,5)	13 (29,5)	43 (97,7)	1 (2,3)	<0,001*

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

**Prueba:** Ji-cuadrado de McNemar. \*Estadísticamente significativo.

En la tabla 5 se muestra como solo cinco pacientes no presentaron un conocimiento adecuado sobre el agente causal antes de la intervención, mientras que luego de la misma esta cifra disminuyó a cero, por lo que no se pudo realizar el ji-cuadrado de McNemar. En cuanto al modo de transmisión, el 70,5% de los sujetos presentó un conocimiento adecuado, el cual ascendió al 97,7% luego de la intervención, lo cual fue un aumento significativo ( $p < 0,001$ ).

Rodríguez Quiñones <sup>(32)</sup> el nivel de conocimiento antes de la educación virtual fue deficiente con un 69,2%, sin embargo, posterior a la intervención el nivel fue bueno en un 98,7% de la población. De acuerdo del valor obtenido mediante la prueba T de

Student para muestras relacionadas al nivel de conocimiento para cada uno de los análisis. En la pre-prueba se obtuvo una media de 9,38, lo que significa que es Deficiente y en la pos-prueba de 17,94 (Bueno) lo que indica una mejora luego de haber aplicado el programa educativo virtual. La diferencia fue significativa.

Según Benítez Díaz y Cols. <sup>(9)</sup> en cuanto a los conocimientos sobre dengue, la mayoría de los participantes de su estudio (75%) lo definió como una enfermedad y el 7% lo relacionó con un virus. La fiebre fue el síntoma más referido (95%), pero cada uno de los demás síntomas cuestionados fueron reconocidos por menos de 50% de los encuestados.

En relación a los conocimientos sobre el vector en la misma investigación <sup>(9)</sup> se observó que, menos del 40% de los encuestados sabía que el nombre del mosquito es *Aedes aegypti* y que se identifica por las franjas blancas en sus patas. La mayoría indicó conocer que el dengue se transmite por la picadura de un mosquito, que éste se reproduce en aguas estancadas, limpias o lluvias y conocían las larvas del mosquito.

Además, al evaluar las variables asociadas en modelos múltiples, se identificó que el conocimiento general sobre el dengue (cómo se transmite, nombre y apariencia del vector) estuvo positivamente asociado con la percepción del riesgo (RR 3,32 IC95% 1,06–10,36), así como con el nivel de escolaridad <sup>(9)</sup>.

Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> analizaron el nivel de conocimientos de las personas encuestadas antes y después de la intervención sobre qué es el dengue. El 87,56% de la población encuestada antes de la intervención mostró niveles de conocimientos adecuados, una vez concluida las actividades educativas el porcentaje de individuos con niveles de conocimientos adecuados que se incrementaron al 97,51%.

En el mismo estudio <sup>(3)</sup> se evaluó el nivel de conocimientos de las personas encuestadas antes y después de la intervención sobre cómo se trasmite el dengue. Antes de la intervención solo el 57,71% de las personas incluidas en el estudio alcanzaron niveles de conocimientos adecuados. Después de las actividades de capacitación esta cifra se incrementó al 100%.

Pacora Millones y Santillana Bocanegra <sup>(33)</sup> evidenciaron un cambio notoriamente significativo hubo en los pobladores de Túpac Amaru II, después de recibir la intervención educativa, notándose un aumento en el porcentaje de nivel de conocimiento preventivo sobre el dengue de regular a bueno, dentro de las comparaciones sufrió un cambio de un 11,1% (4 participantes) bueno (pre-prueba), al incremento del 97,2% (35 participantes) bueno luego de la intervención.

En la encuesta realizada por Martínez y Cols. <sup>(35)</sup> a los 304 jefes de familia en el Cantón Durán en la Provincia de Guayas, se evidenció que antes de la intervención comunitaria el 53,62% (163/304 participantes) tenían conocimiento que de la enfermedad del dengue era transmitida por la picadura de un mosquito, el 25,66% (78/304) desconocían totalmente el modo de transmisión, el 13,16% (40/304) creían que era por la contaminación del agua, y 6,58% (20/304) indicaron que la transmisión era por contacto de persona a persona y 0,99% (3/3074) respectivamente.

Después de la intervención comunitaria, a través de la sesión educativa dictada referente al dengue, agente etiológico, síntomas, transmisión, control y prevención, 98,68% (300/304) conocían que la transmisión era por la picadura del mosquito hembra de *Aedes aegypti*, 0,66% (2/304) personas a persona y 0,33% (1/304) por agua contaminada y 0,33% (1/304) sin conocimiento, por no poder asistir el día de la sesión educativa <sup>(35)</sup>.

**Tabla 6.** Participantes según conocimiento sobre factores de riesgo del dengue.

	Antes n=44 (%)		Después n=44 (%)		p
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	
<b>Conocimientos</b>					
<b>sobre factores de riesgo</b>	18 (40,9)	26 (59,1)	35 (79,5)	9 (20,5)	<0,001*

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

**Prueba:** Ji-cuadrado de McNemar. \*Estadísticamente significativo.

En la tabla 6 se puede apreciar que antes de la intervención educativa, los factores de riesgo fueron conocidos de forma adecuada por solo 18 pacientes, lo cual representó el 40,9% de los encuestados. Dicha cifra casi se duplicó, ya que ascendió 36 pacientes, el 79,5% de los mismos, luego de la intervención. Dicho aumento resultó significativo, con  $p < 0,001$ .

Benítez Díaz y Cols. <sup>(9)</sup> reportaron que, en cuanto a la percepción del riesgo de dengue, el 99% de los encuestados lo consideró una enfermedad seria, tanto para los adultos como para los niños. Igualmente, la mayoría de los encuestados consideraron probable contraer dengue, ellos mismos (80%) o sus hijos (73%) en los próximos cinco años.

Por otra parte, en el mismo estudio <sup>(9)</sup>, en cuanto a la experiencia con dengue, más del 20% de los encuestados refieren antecedentes de la enfermedad en familiares y vecinos, incluyendo la experiencia de haber tenido el diagnóstico (23%) y la hospitalización (21%).

Pacora Millones y Santillana Bocanegra <sup>(33)</sup> evidenciaron un cambio significativo en los pobladores de su comunidad peruana, después de recibir la intervención educativa, notándose un aumento en el porcentaje de práctica preventiva gracias al mejor conocimiento sobre los factores de riesgo del dengue de regular a bueno, asimismo después de la comparación la práctica estaba en un 5,6% (2 participantes) bueno (antes), incrementándose al 97,2% (35 participantes) bueno (después).

Para Martínez y Cols. <sup>(35)</sup> respecto al conocimiento de los síntomas de la enfermedad del dengue, antes de la intervención comunitaria, el 53,95% (164/304) tenían muchos conocimientos, el 31,25% (95/304) poco conocimiento y el 14,80% (45/304) nada de conocimiento, asociaban la fiebre y dolores musculares solo con gripe.

Después de la intervención comunitaria, a través de la sesión educativa dictada referente al dengue, agente etiológico, síntomas, transmisión, control y prevención, 98,03% conocían mucho sobre los síntomas del dengue, 1,65% (5/304) poco, se justificaron en decir que no tenían buena memoria para recordar todo lo que se dijo

en la sesión educativa y finalmente 0,33% (1/304) sin conocimientos, por no poder asistir el día de la sesión educativa <sup>(35)</sup>.

**Tabla 7.** Participantes según conocimiento sobre síntomas y signos de alarma.

Conocimientos sobre	Antes n = 44 (%)		Después n = 44 (%)		p
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	
<b>Síntomas y signos</b>	26 (59,1)	18 (40,9)	40 (90,9)	4 (9,1)	<0,001*
<b>Signos de alarma</b>	12 (27,3)	32 (72,7)	36 (81,8)	8 (18,2)	<0,001*

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

**Prueba:** Ji-cuadrado de McNemar. \*Estadísticamente significativo.

En la tabla 6 se observa como el nivel de conocimiento (adecuado) sobre los síntomas y signos del Dengue, pasó de ser de un 32,3% a un 90,8%, luego de haber aplicado la intervención, con valor de "p" significativo.

En un estudio desarrollado en Bayamo, <sup>(36)</sup> resultó significativo que el nivel de conocimientos adecuado sobre cuáles son los síntomas y signos presentes en el dengue, se incrementó de 34,88% antes de la intervención educativa a 96,28% después de realizada la actividad. Lo anterior coincide con el estudio en cuestión donde se logró un incremento significativo.

Sánchez Ruiz en su trabajo <sup>(37)</sup> considera que las personas no conocen correctamente las manifestaciones clínicas de la enfermedad, por lo que no asisten inmediatamente al médico impidiendo la toma de medidas para evitar la propagación y modificando la evolución de la enfermedad, hacia un diagnóstico tardío y mayor aparición de complicaciones.

En el trabajo de Morales Mayo y Cols., <sup>(38)</sup> de forma general el 4,3% del grupo identificó correctamente los síntomas del dengue en la primera etapa de la investigación y en la segunda etapa, después de aplicado el programa educativo,

esta cifra se incrementó a un 98,6 %, se recordó que estos síntomas no son exclusivos de la enfermedad.

**Tabla 8.** Participantes según conocimiento sobre el autofocal.

Conocimientos sobre	Antes n = 44 (%)		Después n = 44 (%)		p
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	
<b>Acciones que se realizan en el autofocal</b>	20 (45,5)	24 (54,5)	41 (93,2)	3 (6,8)	< 0,001*
<b>Frecuencia con que se realiza el autofocal</b>	8 (18,2)	36 (81,8)	42 (95,5)	2 (4,5)	< 0,001*

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

**Prueba:** Ji-cuadrado de McNemar. \*Estadísticamente significativo.

Como se muestra en la tabla 8 menos de la mitad (45,5%) de los pacientes presentaron conocimientos adecuados sobre el método correcto de aplicación del autofocal, antes de la intervención educativa. Dicho resultado se vio revertido luego de la aplicación de las medidas educativas, entonces el conocimiento adecuado lo presentaron el 93,2% de los participantes. En el caso de la frecuencia de aplicación, fue un nivel adecuado en solo el 18,2% de los sujetos, que ascendió a 95,5% luego de la misma. En ambos casos el aumento fue significativo ( $p < 0,001$ ).

Benítez-Díaz y Cols. <sup>(9)</sup> observaron que acerca de las prácticas, el 97% indicó buscar atención médica si un miembro de la familia presenta dengue. Adicionalmente, para evitar el dengue, las prácticas más prevalentes fueron, eliminar criaderos y fumigar, cada una con un 31% de frecuencia. En cuanto a las medidas para evitar la picadura del mosquito, el 58% mencionó fumigar y menos del 15% referenció otras prácticas.

Martínez y Cols. <sup>(8)</sup> observaron que después de la intervención comunitaria, a través de la sesión educativa dictada referente al dengue, agente etiológico, síntomas,

transmisión, control y prevención, el 99,01% (301/304) realizabron siempre la limpieza y eliminación de los criaderos, 0,66% (2/304) a veces por falta de tiempo y finalmente 0,33% (1/304) rara vez.

Barrientos Pozo y Cols. <sup>(18)</sup> reportaron las personas que manifestaron no tener conocimiento familiar sobre el autocal en el distrito de La Tinguña representaron el 80% (52 personas), en comparación con los controles quienes fueron el 49,2% (65 personas).

**Tabla 9.** Participantes según conocimiento sobre medidas para prevenir la transmisión del dengue.

	Antes n=44 (%)		Después n=44 (%)		p
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	
<b>Medidas de prevención</b>	17 (38,6)	27 (61,4)	37 (84,1)	7 (15,6)	<0,001*

**Fuente:** Planilla de recolección de datos.

**Prueba:** Ji-cuadrado de McNemar. \*Estadísticamente significativo.

Como se aprecia en la tabla 9, los conocimientos sobre las medidas de prevención del dengue fueron pobres en general. Solo el 38,6% de los participantes presentaron un conocimiento de nivel adecuado antes de la intervención. Dicho valor fue significativamente mayor luego de la intervención ( $p < 0,001$ ), ya que llegó a 84,1%.

Rodríguez Quiñones <sup>(32)</sup> reportó que el nivel de conocimiento en relación a las medidas preventivas del dengue, antes de la aplicación de la intervención fue adecuada en un 76,9% e inadecuada en un 23,1%; mientras que en la posprueba se presentó un nivel de conocimiento adecuado del 98,7%. Al realizar los análisis estadísticos se encontró que el aumento en el conocimiento fue estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

En la investigación de Benítez-Díaz y Cols. <sup>(9)</sup> la actitud frente al control del dengue, manifestada en la participación en acciones de tipo comunitario, mostró una frecuencia menor del 40% en la mayoría de ellas. Adicionalmente, el 56% de los

encuestados consideró que la falta de información dificulta la realización de medidas contra el dengue. En relación a las medidas de prevención del dengue, el 62% estimó que el gobierno municipal es el responsable de realizarlas y menos del 50% señaló que lo es cada una de las personas de la comunidad.

Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> mostró el nivel de conocimientos de las personas encuestadas antes y después de la intervención sobre cuáles son los síntomas y signos que presenta una persona con dengue. Resultó significativo que el nivel de conocimientos adecuado se incrementó de 37,31% antes de la intervención de enfermería a 96,01% después de la intervención.

Además, Naranjo Hernández y Cols. <sup>(3)</sup> observaron el nivel de conocimientos de las personas encuestadas antes y después de la intervención educativa sobre qué medidas son necesarias para evitar el dengue. Se encontró que solo el 53,02% de la población encuestada mostró niveles de conocimientos adecuados antes de la intervención. Una vez desarrolladas las actividades educativas este valor se incrementó al 92,09%.

Otro aspecto del estudio fue el nivel de conocimientos de las personas encuestadas antes y después de la intervención de enfermería sobre la conducta a seguir en caso de presentar algún síntoma o signo de la enfermedad, se evidenció que el nivel de conocimientos adecuado antes de la intervención de 92,56% se incrementó al 100% una vez concluidas las actividades educativas. Los cambios observados fueron significativos ( $p=0,000$ ) <sup>(3)</sup>.

Son varias las intervenciones de tipo educativas que se citan en la región de Latinoamérica <sup>(39-45)</sup> y que muestran resultados similares a los evidenciados en el presente estudio, lográndose en todos los casos un incremento significativo ( $p<0,05$ ) del nivel del conocimiento de los participantes, lo que habla de su efectividad.

## CONCLUSIONES

Predominaron los participantes con la edad entre 20 y 39 años, del sexo femenino, así como los de nivel secundario y técnicos medios. La mayor parte refirió que en los lugares donde residían la recogida de los desechos sólidos se hacía semanal. La mayoría de los sujetos no practicaba el autofocal en sus hogares, de igual forma las visitas de los operarios de vectores se realizaban mensualmente en gran parte de los casos y en casi la mitad de las viviendas no se fumigaba. Un porcentaje elevado presentaba microvertederos en zonas aledañas a sus viviendas. La totalidad de los participantes refirió casos febriles en su área de salud.

La intervención educativa sobre Dengue fue efectiva, en tanto que incrementó el nivel de conocimiento de los participantes y reveló una diferencia significativa entre las notas antes y después de la intervención en relación al dominio de la transmisión, los factores de riesgo, la forma adecuada de practicar el autofocal, el cuadro clínico de la enfermedad y las medidas para prevenir la transmisión.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda reevaluar a los participantes luego de transcurridos tres meses de implementada la intervención con la finalidad de determinar el nivel de permanencia del conocimiento con el paso del tiempo.

Se recomienda implementar la intervención educativa en otros Consultorios del Médico de Familia del municipio y la provincia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortíz Agui M, Villar Carbajal EI, Llanos de Tarazona MI. Estrategia comunicativa orientada a la reducción de la exposición a factores de riesgo de arbovirosis. Medisur [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2022]; 18(2): 161-170. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000200161&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200161&lng=es).
2. Garelli F, Dumrauf A. Educación en Salud desde la Educación Popular: propuestas para el abordaje del dengue/chikungunya/zika. Pro-Posições [Internet]. 2022 [citado 15 Oct 2022]; 33: e20200127ES. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0127ES>
3. Naranjo-Hernández Y, Morel-León L, Macías-Hernández E, Méndez Adrian G. Intervención de enfermería sobre conocimientos de dengue sustentada en la teoría de Swanson. AMC [Internet]. 2021 [citado 15 Oct 2022]; 25(2): e7998. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552021000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200009&lng=es).
4. Aparicio-Meneses LM, Hernández-Méndez O, Igarza-Varona R, Rafael-Cruz YM. Evaluación de una estrategia de intervención comunitaria para reducir el dengue. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2022 [citado 15 Oct 2022]; 44(1): 56-68. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242022000100056&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000100056&lng=es).
5. Tamayo Escobar OE, García Olivera TM, Escobar Yéndez NV, González Rubio D, Castro Peraza O. La reemergencia del dengue: un gran desafío para el sistema sanitario latinoamericano y caribeño en pleno siglo XXI. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 23(2): 308-324. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000200308&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000200308&lng=es).
6. Wilder-Smith A, Ooi EE, Horstick O, Wills B. Dengue. Lancet [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 393(10169): 350-363. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32560-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32560-1)

7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Dengue, chikunguña y Zika en el contexto de COVID-19. 23 de diciembre de 2021. [Internet]. 2021 [citado 15 Oct 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55639/EpiUpdate23Dec2021\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55639/EpiUpdate23Dec2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
8. Redacción MINSAP. Evitar la propagación de focos: la mejor forma de prevenir el dengue. Ministerio de Salud Pública de Cuba. [Internet]. 2022 [citado 15 Oct 2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/evitar-la-propagacion-de-focos-la-mejor-forma-de-prevenir-el-dengue/>
9. Benítez-Díaz L, Díaz-Quijano FA, Martínez-Vega RA. Experiencia y percepción del riesgo asociados a conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en Riohacha, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2022]; 25(3): 1137-1146. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8YPD5jSZPHsg5XNh9CqnWP/?lang=es>
10. Baldi Mata G, Hernández Redondo S, Gómez López R. Actualización de la fiebre del Dengue. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2022]; 5(1): e341. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.341>
11. Harapan H, Michie A, Sasmono RT, Imrie A. Dengue: A Minireview. *Viruses* [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2022]; 12(8): 829. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/v12080829>
12. Burgos Sojos BY, Loaiza Montalvo GD, Solórzano Gorozabel MS, Váscquez Moreno LG. Fisiopatología del dengue. *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 3(3 Esp): 622-642. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.622-642](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.622-642)
13. Peláez Sánchez Otto, Tejera Díaz Juan F, Ayllón Catañeda Milidza, del Risco León José L, Guzmán Tirado María G, Mas Bermejo Pedro. La vigilancia clínico seroepidemiológica del dengue en La Habana, 1997-2016. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2018 [citado 15 Oct 2022]; 70(2): 1-17. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602018000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602018000200005&lng=es).

14. Mattar S, Montero AJ, González TM. La historia del dengue aún no termina. Rev. MVZ Cordoba [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 24(2): 7177-7179. Disponible en: <https://doi.org/10.21897/rmvz.1597>
15. Álvarez Escobar MC, Torres Álvarez A, Torres Álvarez A, Semper AI, Romeo Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 [citado 15 Oct 2022]; 40(1): 120-128. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000100013&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013&lng=pt).
16. Alvarado-Prado R, Nieto López E. Factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue: estudio ecológico en Costa Rica, 2016. Rev. Costarricense de Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 28(2): 227-238. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v28n2/1409-1429-rcsp-28-02-227.pdf>
17. García-Maldonado JA, González-Méndez LC, Reyes-Rueda EY, Arévalo-Córdova TD, García-Bastidas LB. Factores de riesgo asociados al Dengue, en el Barrio El Bosque, Machala–Ecuador, 2019. Pol. Con. [Internet]. 2021 [citado 15 Oct 2022]; 6(3): 1883-1891. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23857/p.c.v6i3.2479>
18. Barrientos Pozo JW, Campos Luyo MC, Garayar Huancahuari CH. Factores de riesgos asociados al brote epidémico de dengue en el distrito de La Tinguña- Ica de enero a diciembre 2020. [tesis]. Huancayo: Universidad Continental; 2021.
19. Pincay Pin VE, Lucas Tumbaco IJ, Jaime Hernández NK, Cáceres Palma SG. Factores de riesgos que influyen en las enfermedades vectoriales. Revista Sinapsis. [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2022]; 2(15): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.37117/s.v2i15.214>
20. Duany-Badell L, Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Llanes-Cartaya M, González-León L, Castro-Morejón L. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes confirmados de dengue. Cumanayagua, Cuba. 2019. Medisur [Internet]. 2021 [citado 15 Oct 2022]; 19(3): 429-437. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5011>

21. Vázquez-Castellanos JL, Canales-Muñoz JL, Nápoles-Camacho MA, Castillo-Morán MA, Ureña-Carrillo LE. Factores de riesgo a nivel familiar e individual durante la transmisión epidémica de dengue en Guadalajara, Jalisco, México. RevSalJal [Internet]. 2018 [citado 15 Oct 2022]; 5(Esp): 28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj18Ee.pdf>
22. Chillón Huamán E. Factores de riesgo asociados al brote epidémico de Dengue en el Centro Poblado Menor El Salitre - Cajamarca 2017. [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
23. Zamora-Ramírez MG, Espínola Latournerie-Cerino ME, Sánchez-López AR, González-Ramos IA, Bustamante-Montes LP. El impacto del cambio climático en la prevalencia del Dengue en México. RevSalJal [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2022]; 7(3): 156-163. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203e.pdf>
24. Zayas Vinent M, Torres Sarmiento A, Cabrera Junco PM. Propuesta metodológica para la implementación de la Brigada de control de focos de Aedes aegypti. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 15 Oct 2022]; 17(12): 9169-9176. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013001200019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200019&lng=es).
25. Valencia-Jiménez NN, Rodríguez-Triana ZE, Vélez-Álvarez C. Familia y empoderamiento. Una revisión desde la mirada social del dengue. Univ. Salud [Internet]. 2021 [citado 17 Oct 2022]; 23(3): 272-283. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072021000300272&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300272&lng=en).
26. Zea-Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 17 Oct 2022]; 37(2): 61-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2019000200061&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000200061&lng=en).
27. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR

- [Internet]. 2020 [citado 17 Oct 2022]; 5(1): 81-90. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
28. Burgo Bencomo OB, León González JL, Cáceres Mesa ML, Pérez Maya CJ, Espinoza Freire EE. Algunas reflexiones sobre investigación e intervención educativa. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2019 [citado 17 Oct 2022]; 48(Suppl 1): e383. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572019000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500003&lng=es).
29. Jordán Padrón M, Pachón González, L, Blanco Pereira ME, Achiong Alemañy M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 [citado 17 Oct 2022]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
30. Serrano Díaz CA, Robles Mirabal V, Estrada García A. La prevención de la fiebre del dengue, reto y desafío en la Atención Primaria de Salud. Medicentro Electrónica [Internet]. 2022 [citado 17 Oct 2022]; 26(3): 764-770. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432022000300764&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000300764&lng=es).
31. Asociación Médica Mundial. Unidad de Ética: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2004 [citado 10 May 2021]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
32. Rodríguez Quiñones F. Educación Sanitaria virtual para la Prevención del Dengue en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Santa Lucía, Ferreñafe, 2021 [Internet]. Perú: Universidad Particular de Chiclayo; 2021 [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/1101>
33. Pacora Millones J, Santillana Bocanegra J. Intervención educativa en el conocimiento y práctica preventiva sobre el dengue en los pobladores de Tupac Amaru II – primavera 2022 [Internet]. Perú: Universidad Nacional José

- Faustino Sánchez Carrión; 2022 [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unifsc.edu.pe/handle/20.500.14067/6340>
34. Acosta Chozo W E. Factores de riesgo asociados a contraer dengue en pacientes atendidos en el Hospital Regional Lambayeque. Periodo 2014 – 2017. [Internet]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019 [citado 21 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5429>
35. Martínez RM, Cepeda M de LL, Aldaz ECM, Noboa MFO. Intervenciones comunitarias integradas en el manejo, control y prevención del dengue en la provincia de Guayas-Ecuador 2020. Bol Malariol Salud Ambient [Internet]. 2021 [citado 20 de octubre de 2022];61(2):285-91. Disponible en: <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/289>
36. Morales-Cordoví L, Pérez-González O, Pérez-Rodríguez W. Intervención educativa sobre dengue en pacientes del consultorio médico Isert. Policlínico 13 de marzo. Bayamo, 2013. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 10 Mar 2022];19(5):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/448>
37. Sánchez Ruiz A, Pérez Valdés MC, Rodríguez Hernández A, Pérez Salazar RM, Hidalgo Ávila M. Conocimientos sobre dengue antes y después de una intervención educativa Plan Piña Ciego de Ávila. [Internet]. 2012 [citado 2 Mar 2022]; Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/184/272>.
38. Morales Mayo M de J, Rodríguez Hernández CZ, Casanova Moreno M de la C, Trasancos Delgado M, Corvea Collazo Y, Martínez Porras M. Estrategia educativa sobre dengue en estudiantes de la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Pinar del Río. AMC [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2022];19(4):331-340. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552015000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000400004&lng=es)

39. Curo P, Del Pilar M. Nivel de conocimiento y práctica sobre dengue; Asentamiento Humano Seis de Setiembre Sector Sur-Piura: abril-julio: 2016. Perú: Universidad de San Pedro [Internet]; 2018 [Citado 28 Feb 2022]. [aprox. 39p]. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.pe/handle/USANPEDRO/4509>
40. Paredes ME. Conocimientos y actitudes sobre dengue en pacientes del Centro de Salud Rio Seco-Porvenir, 2017. Perú: Universidad de San Pedro [Internet]; 2018 [Citado 22 Feb 2022]. [aprox. 40p]. Disponible en: <http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4466>.
41. Flores F, Margot E, Santos N. Nivel de conocimiento y prácticas sobre la prevención de dengue en los habitantes de la primera etapa del Asentamiento Humano Tacala. Piura. 2018. Perú: Universidad Autónoma [Internet]; 2018 [Citado 27 Feb 2022]. [aprox. 36p]. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3722/FLORES%20Y%20SANTOS\\_TESIS2DAESP\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3722/FLORES%20Y%20SANTOS_TESIS2DAESP_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
42. Seminario Acosta MB. Eficacia de la intervención educativa sobre prácticas de prevención de dengue en adolescentes del Colegio Nacional "Santa Lucía" Ferreñafe, 2019 [Internet]. Universidad Señor de Sipán. Perú; 2021. [citado 11 Mar 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8770/Seminario%20Acosta%20Maria%20Beatriz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Escudero-Támara Ena, Villareal-Amaris Gloria. Educational intervention for the control of dengue in family environments in a community in colombia. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2022];32(1):19-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000100004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100004&lng=es)
44. Rodríguez Heredia OI, Abregu Sarmiento CA, Espindola Artola A, Castañeda Souza Adalis. Intervention strategy on dengue. AMC [Internet]. 2010 [citado 10 Mar 2022];14(3). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-)

[02552010000300014&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300014&lng=es)

45. Sotelo Nestarez G J, Delgado Romero EE, Marin Sinarahua H. Grado de conocimiento sobre dengue y medidas preventivas en el distrito de San Clemente, Pisco - octubre 2020. [Internet]. Universidad Autónoma de ICA. 2021. [citado 11 Mar 2022]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/983/1/Elizabeta%20Elizabeth%20Delgado%20Romero.pdf>

**ANEXOS****Anexo 1.** Planilla de recolección de datos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel escolar: \_\_\_\_\_

Frecuencia de recogida de desechos sólidos: \_\_\_\_\_

Microvertederos en zonas aledañas a la vivienda: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Casos febriles en el área de salud: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Duerme bajo mosquitero: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Práctica del autofocal en la vivienda: \_\_\_\_\_

Frecuencia de visitas de los operarios de vectores: \_\_\_\_\_

Frecuencia de fumigación en la vivienda: \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre el agente transmisor de la enfermedad: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre el modo de transmisión: antes \_\_\_\_\_ después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre los factores de riesgo del Dengue: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre las acciones que se realizan en el autofocal: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre la frecuencia con que se realiza el autofocal: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre los síntomas y signos del Dengue: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre los signos de alarma del Dengue: antes \_\_\_\_\_  
después \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre las formas de prevenir la transmisión del Dengue:  
antes \_\_\_\_\_ después \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Modelo de consentimiento informado.**

Por medio del presente documento emito mi consentimiento para participar en la comprobación de una intervención educativa sobre Dengue. Expreso mi aprobación con el estudio, próximo de haber escuchado la descripción detallada de la investigación. Así, comprendo la importancia de mi contribución para su desarrollo y me reservo el derecho de apartarme del mismo, cuando así lo considere pertinente. Que sea mi asentimiento, garantía de la confidencialidad de la información obtenida en caso de publicación de los datos.

---

Nombre(s) y apellidos del participante

---

Firma

---

Nombre(s) y apellidos del investigador

---

Firma

responsable

---

Nombre(s) y apellidos del testigo

---

Firma

**Anexo 3. Cuestionario.**

1. En correspondencia con la transmisión de la enfermedad del Dengue responda.

1.1 El agente transmisor de la enfermedad es:

- a) \_\_\_ Macho del Aedes aegypti.
- b) \_\_\_ Hembra del Aedes aegypti.
- c) \_\_\_ Macho del Anopheles darlingi.
- d) \_\_\_ Hembra del Culex nigripalpus.

1.2 La vía por la que se transmite la enfermedad es:

- a) \_\_\_ Por la saliva de personas enfermas.
- b) \_\_\_ Por el contacto físico con personas enfermas.
- c) \_\_\_ Por la picadura del mosquito.

2. Marque con una X cuáles de los siguientes constituyen factores de riesgo para la transmisión del dengue.

- a) \_\_\_ Vivir cerca de vertederos de desechos.
- b) \_\_\_ Edad  $\geq$  45 años.
- c) \_\_\_ Vivir cerca de áreas malchapeadas y en las que se acumule agua.
- d) \_\_\_ No realizar el autofocal en la vivienda y centros de trabajo o estudio
- e) \_\_\_ Sexo masculino.

3. Teniendo en cuenta sus conocimientos sobre el autofocal, responda las siguientes interrogantes.

3.1 Menciones cinco (5) acciones que usted puede realizar durante el autofocal.

3.2 ¿Cuál es la frecuencia con la que debe realizarse el autofocal?

- a) \_\_\_ Diario
- b) \_\_\_ Mensual
- c) \_\_\_ Semanal
- d) \_\_\_ Solo si hay algún caso de dengue en la comunidad.

4. Sobre el cuadro clínico del dengue responda.

4.1 ¿Cuáles de los siguientes constituyen los síntomas que con mayor frecuencia se presentan?

- a) \_\_\_ Fiebre.
- b) \_\_\_ Tos húmeda.
- c) \_\_\_ Dolor retroorbitario que aumenta con los movimientos de los ojos.
- d) \_\_\_ Dolores musculares y en las articulaciones.
- e) \_\_\_ Pérdida del olfato.

4.2 Enuncie cinco (5) signos de alarma de la enfermedad.

5. Mencione cinco (5) medidas para prevenir la transmisión de Dengue.

**Clave de evaluación**

*Pregunta 1.1:*

Inciso correcto: b.

Adecuado: contestar inciso correcto

Inadecuado: no contestar inciso correcto

*Pregunta 1.2:*

Inciso correcto: c.

Adecuado: contestar inciso correcto

Inadecuado: no contestar inciso correcto

*Pregunta 2:*

Incisos correctos: a,c,d.

Adecuado: contestar más de 3 incisos correctos

Inadecuado: contestar menos de 3 inciso correcto

*Pregunta 3.1:*

Cambiar el agua de los floreros y/o vasos espirituales, lavar los recipientes de agua de las mascotas, tapar los tanques y/o las cisternas, voltear los recipientes que puedan almacenar agua, revisar los depósitos de agua dentro de la vivienda, revisar

la bandeja del refrigerador y aire acondicionado, eliminar cascarones de huevo, agujerear las latas vacías y poner las botellas en desuso bajo techo, chapear los alrededores de la vivienda, eliminar los depósitos de desechos sólidos cerca de la vivienda.

Adecuado: contestar más de 3 incisos correctos

*Inadecuado: contestar menos de 3 inciso correcto*

*Pregunta 3.2:*

Inciso correcto: c.

Adecuado: contestar inciso correcto

Inadecuado: no contestar inciso correcto

*Pregunta 4.1:*

Incisos correctos: a,c,d.

Adecuado: contestar más de 3 incisos correctos

Inadecuado: contestar menos de 3 inciso correcto

*Pregunta 4.2:*

Dolor abdominal persistente, vómitos persistentes, diarrea, somnolencia, irritabilidad, hipotermia, lesiones hemorrágicas, sangramiento por las mucosas, dificultad respiratoria, palidez exagerada.

Adecuado: contestar 3 incisos correctos

Inadecuado: contestar menos de 3 incisos correctos

*Pregunta 5:*

Dormir con mosquitero, cumplir con el ingreso domiciliario, practicar el autofocal semanal, realizar adulticida mediante la fumigación, evitar el cúmulo de agua en lugares declives, realizar la poda en patios y alrededores de la vivienda y en zona comunes de la comunidad, usar sustancias repelentes.

Adecuado: contestar 3 incisos correctos

Inadecuado: contestar menos de 3 incisos correctos

**Anexo 4: Descripción del programa de la intervención educativa.**

La intervención educativa se compone de cuatro sesiones con frecuencia semanal que brindan información precisa y asequible sobre el dengue a los participantes.

Distribución del tiempo por formas de organización de la enseñanza.

Número	Sesión	Tipo de actividad	Tiempo
1	Agente transmisor, modo de transmisión y factores de riesgo del dengue.	Conferencia	45 minutos
2	Cuadro clínico y signos de alarma de dengue.	Conferencia	45 minutos
3	La práctica del autofocal, acciones que deben realizarse.	Taller	30 minutos
4	Medidas para prevenir la transmisión del dengue.	Taller	30 minutos

Antes de comenzar con las sesiones de la intervención, los participantes serán evaluadas para determinar su nivel de conocimiento sobre el dengue, dicha evaluación se realizará mediante un cuestionario conformado por cinco preguntas, tres de ellas incluyen dos incisos; el tiempo estimado para la aplicación del cuestionario será de 10 minutos. Cada respuesta será calificada como "adecuada" o "inadecuada".

Programa de la intervención educativa.

Tipo de actividad	Duración y lugar	Objetivos	Descripción	Responsable
<b>Sesión 1: Agente transmisor, modo de transmisión y factores de riesgo del dengue.</b>				
Conferencia	45 minutos CMF # 6 del Policlínico	- Identificar el agente transmisor y el	- Se buscará un ambiente relajado entre los participantes e iniciar una	Dr. Juan Carlos Saavedra

	de Baraguá	modo de transmisión del dengue teniendo en cuenta su epidemiología, mediante diapositivas. - Enunciar los principales factores de riesgo para el dengue, teniendo en cuenta la epidemiología, mediante diapositivas.	relación de confianza entre estos y el ponente de la conferencia antes de comenzar con el material educativo de la sesión. Se exhortará a los participantes a expresar las inquietudes respecto al tema. - Se imparte la actividad con apoyo de medios audiovisuales. - Se motiva a los participantes a identificar factores de riesgo presentes en su comunidad. - Planteamiento de dudas. - Se ofrecen documentos didácticos de apoyo al conocimiento en formato digital e impreso.	Torres.
--	------------	---	--	---------

**Sesión 2: Cuadro clínico y signos de alarma de dengue.**

Conferencia	45 minutos CMF # 6 del Policlínico de Baraguá	Identificar los síntomas del dengue, así como los signos de alarma,	- Antes de comenzar con la conferencia, se pedirá la intervención de aquellos que quieran comentar sobre lo	Dr. Juan Carlos Saavedra Torres
-------------	--	---	---	---------------------------------

		<p>teniendo en cuenta los diferentes aspectos del examen físico, mediante diapositivas.</p>	<p>aprendido en la sesión anterior, así como dudas surgidas en el estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se imparte la actividad con apoyo de medios audiovisuales.</li> <li>- Planteamiento de dudas.</li> <li>- Se exhorta a los participantes a identificar en los casos febriles conocidos los signos de alarma.</li> <li>- Se ofrecen documentos didácticos de apoyo al conocimiento en formato digital e impreso</li> </ul>	
--	--	---	--	--

**Sesión 3: La práctica del autofocal, acciones que deben realizarse.**

Taller	30 minutos	<p>Describir el autofocal, teniendo en cuenta las diferentes acciones que deben realizarse, mediante situaciones simuladas.</p>	<p>- Antes de comenzar con el taller, se pedirá la intervención de aquellos que quieran comentar sobre lo aprendido en la sesión anterior, así como dudas surgidas en el estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se imparte la actividad con apoyo de medios audiovisuales.</li> <li>- Planteamiento de</li> </ul>	Dr. Juan Carlos Saavedra Torres
--------	------------	---	--	---------------------------------

			<p>dudas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se exhorta a los participantes a practicar el autofocal semanal con sus familiares en sus viviendas y centros de trabajo.</li> <li>- Se ofrecen documentos didácticos de apoyo al conocimiento en formato digital e impreso.</li> </ul>	
<b>Sesión 4: Medidas para prevenir la transmisión del dengue.</b>				
Taller	30 minutos CMF # 6 del Policlínico de Baraguá	Enunciar las principales medidas para prevenir la transmisión del dengue, teniendo en cuenta los factores de riesgo, mediante situaciones simuladas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes de comenzar con el taller, se pedirá la intervención de aquellos que quieran comentar sobre lo aprendido en la sesión anterior, así como dudas surgidas en el estudio.</li> <li>- Se imparte la actividad con apoyo de medios audiovisuales.</li> <li>- Planteamiento de dudas.</li> <li>- Se exhorta a los participantes a modificar hábitos y estilos de vida para prevenir la transmisión de la</li> </ul>	Dr. Juan Carlos Saavedra Torres.

			enfermedad y a promover estos cambios en familiares y amigos.  - Se ofrecen documentos didácticos de apoyo al conocimiento en formato digital e impreso.	
--	--	--	--	--

#### Evaluación final.

Luego de finalizada la intervención y pasada una semana de la última actividad impartida, se procederá nuevamente a evaluar a los participantes con el uso del cuestionario. El tiempo estimado para la aplicación del cuestionario será de 10 minutos. Cada respuesta será calificada como "adecuada" o "inadecuada".