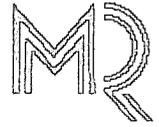




P 1644  
D/R 75

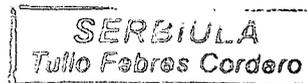


**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NUCLEO UNIVERSITARIO "RAFAEL RANGEL"  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO, EDO. TRUJILLO**

**PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN DEL  
DENGUE A LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA TRES ESQUINAS,  
TRUJILLO, VENEZUELA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Autora: Lcda. Arelis Briceño Azuaje**



Trujillo, Octubre 2012

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NUCLEO UNIVERSITARIO "RAFAEL RANGEL"  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO, EDO.TRUJILLO**

**PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN DEL  
DENGUE A LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA TRES ESQUINAS,  
TRUJILLO, VENEZUELA**

Realizado por:  
Lcda. Arelis Briceño Azuaje

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Trabajo especial de grado presentado a la Ilustre Universidad de Los Andes como  
requisito parcial para optar al título de Magister Scientiae en  
**Desarrollo Regional**

Dra. Elci Villegas  
**Tutora**

Trujillo, Octubre 2012

- A mis hermanas Katy, Elena, Ana y Marina, gracias por estar a mi lado brindándome su apoyo, las quiero.
- A mis hermanos, Rafael (+), Darío (+) y Gregorio (+) cariñosamente “borgollo”, cada uno contribuyó con un granito de arena para que lograra cumplir esta meta, los recuerdo a cada instante. Así mismo está Manuel y Alberto, este nuevo logro lo comparto con ustedes.
- A mis sobrinos: Eduardo, Daniel (gracias por hacer los mapas), Arianna, Aurimar y Alberto, gracias por estar a mi lado en los buenos y malos momentos, que este triunfo les motive para seguir adelante.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **AGRADECIMIENTO**

- **A Dios Todo Poderoso y a la virgencita, quienes me han iluminado y guiado para poder continuar y lograr la meta que me había propuesto al realizar esta maestría; a su vez, por darme valor, perseverancia y fuerza para afrontarlo en los momentos difíciles, y capacidad para disfrutarlo en los momentos felices.**
- **A la Ilustre Universidad de Los Andes, el Núcleo Universitario “Rafael Rangel”, por ser el centro de formación académica en Pregrado y Postgrado, y a quien le entrego mis esfuerzos día a día, por fungir como fuente de trabajo.**
- **A mis amigos, Celennys, Yolanda, Laura, Sonia, Nelly y Jorge gracias por su amistad incondicional, por acompañarme en este largo camino.**
- **A la Doctora. Elci Villegas por aceptar ser mi tutora, gracias por el tiempo que me dedicó para obtener este triunfo.**
- **A las Doctoras Milagros Oviedo, Eva Pasek, Elina Rojas y Elsy Urdaneta por sus asesorías.**
- **A todas aquellas personas que de alguna manera estuvieron brindándome su apoyo.**

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NÚCLEO UNIVERSITARIO "RAFAEL RANGEL"  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO, EDO.TRUJILLO**

**Propuesta de Participación Comunitaria en la Prevención del Dengue a  
los Habitantes de la Parroquia Tres Esquina, Trujillo, Venezuela**

**Autora: Lcda. Arelis Briceño**

**RESUMEN**

El objetivo de esta investigación consistió en identificar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que tienen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue, sus medidas de prevención y control en la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela. La metodología consistió en una investigación descriptiva con un diseño de campo, modalidad proyecto factible. La muestra fue de doscientos (200) jefes de familia seleccionados del total de las familias de la comunidad (469). Para este estudio, fue diseñado un instrumento tipo cuestionario con un total de treinta y un (31) preguntas; dicho cuestionario fue elaborado con preguntas cerradas con alternativas de respuesta múltiple. La validez del mismo, se determinó a través del juicio de tres (3) expertos. Los resultados de esta investigación fueron una media de 46 años, 43% son amas de casa, el tipo de vivienda consiste tipo casa 95,5%, donde predomina techo de platabanda con un 60,5%, el piso es de cemento con un 60,5%, material predominante en las paredes exteriores un 95,5%, el agua potable llega por medio de acueducto 93% y contando con servicios básicos el 100%. Conclusiones: Se presenta un escenario en el cual existen conocimientos adecuados en torno a la enfermedad y al vector, buenas actitudes y prácticas de prevención adecuadas.

Palabras claves: Dengue, participación, CAP, prevención, control.

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NÚCLEO UNIVERSITARIO "RAFAEL RANGEL"  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO, EDO. TRUJILLO**

**Comunita's Participation Proposal focused on Dengue's prevention for  
Parroquia Tres Esquinas inhabitants, Trujillo, Venezuela**

**Autora: Lcda. Arelis Briceño**

**SUMMARY**

The objective of this investigation consisted in identifying the knowledge, attitudes and practices (KAP) that the community's inhabitants have about the dengue's disease, their measures to prevent and control, in "La Parroquia Tres Esquinas, Trujillo, Venezuela". The methodology was based on, in a **descriptived investigation with a testing ground design**. The sample was 200 family leaders chosen from the whole families from the community (469). For this survey, an instrument like a questionnaire was designed, including (31) items; such questionnaire was made with closed questions with the choice of multiple answers. The validity itself, was induced through the 3 expert's judgement. The investigation's results gave a average of 46 years age, 43% are housewives, the habitat, mostly houses 95,5% where cement flats are predominant with 60,5%, cement floors with 60,5%, cement also like predominant material over the walls with 95,5%, potable water through aqueduct and general basic services in 100%. **Conclusions: a stage is present in which there is the right knowledge about the disease and vector, high attitudes and good practices, this is evident as a result of being an affected area by two different kinds of dengue. It is recommended to design an educational plan within the active participation of health institutions and investigation groups.**

**key words: dengue, participation, kap, prevention, control.**

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>VEREDICTO</b>	
<b>DEDICATORIA.</b>	i
<b>AGRADECIMIENTO..</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>SUMMARY</b>	v
<b>INDICE GENERAL</b>	vi
<b>INDICE DE TABLAS</b>	vii
<b>INDICE DE GRAFICOS</b>	ix
<b>INDICE DE ANEXOS</b>	x
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. El problema	5
1.2. Objetivos de la investigación	11
1.2.1. Objetivo General	11
1.2.2. Objetivos Específicos	12
1.3 Justificación	12
1.4 Delimitación	14
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes de la Investigación.	16
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1 Comunidad	23
2.2.2 Participación comunitaria	26
2.2.3 Salud	29
2.2.4 Promoción de la salud	30
2.2.5 Educación para la salud	32
2.2.6 Participación comunitaria en salud	34
2.2.7 El dengue	38
2.2.8 Agente etiológico	39
2.2.9 El Vector	39
2.2.10 Ciclo biológico del <i>Aedes aegypti</i>	40
2.2.11 Reemergencia de la enfermedad	42
2.2.12 Cuadro clínico	42
2.2.13 Vigilancia Epidemiológica	46
2.2.14 Programas de control	46
2.2.15 La fumigación como estrategia de control	48
2.2.16 Estrategia Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada (PL y CAA)	50
2.2.17 Desarrollo Sostenible	53

2.3	Bases Legales	55
2.3.1	Participación en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).	55
2.3.2	Principios y mecanismos de la participación en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).	58
2.4.	Los Consejos Comunales	63
2.4.1	Estructura de los Consejos Comunales	66
2.4.2	Funcionamiento de los Consejos Comunales	68
2.5.	Definición de términos básicos	71
<b>CAPITULO III</b>		
<b>MARCO METODOLOGICO</b>		
3.1	Tipo de investigación	73
3.2	Diseño de la investigación	73
3.3	Población	74
3.4	Muestra	75
3.5	Técnicas e Instrumento de Recolección de información	75
3.6	Validez del instrumento	76
3.7	Presentación de los resultados	76
<b>CAPITULO IV</b>		
<b>PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
4.1	Información socio económica	79
4.2	Conocimiento de la enfermedad	86
4.3	Conocimiento del vector del dengue	97
4.4	Actitudes	104
4.5.	Prácticas	108
<b>CAPITULO V</b>		
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
		122
<b>CAPITULO VI</b>		
<b>FORMULACION DE LA PROPUESTA</b>		
5.1	Justificación	129
5.2	Fundamentos teóricos	130
5.3	Objetivo general	133
5.4	Objetivos específicos	133
5.5	Diseño de la propuesta	134
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>		<b>138</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>154</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
1	Ocupación	80
2	Tipo de vivienda	80
3	Material predominante en las paredes exteriores	81
4	Material predominante en el techo	82
5	Material predominante en el piso	83
6	El agua potable llega a esta vivienda por	84
7	Servicios básicos	85
8	Conocimiento de la enfermedad del dengue	86
9	Medio por el cual se ha obtenido información sobre el dengue	87
10	Padecimiento de la enfermedad	88
11	Gravedad de la enfermedad	90
12	Transmisor del dengue	91
13	Forma de transmitir el dengue	93
14	Quien es el que causa el dengue	94
15	Síntomas del dengue	95
16	Nombre del mosquito transmisor del dengue	97
17	Características del mosquito transmisor del dengue	98
18	Hora en que se alimenta el mosquito	99
19	Reproducción del mosquito que transmite el dengue	101
20	Sitio donde se reproduce el mosquito que transmite el dengue	102
21	Lugar donde dirigirse al enfermarse de dengue	104
22	Responsable de controlar los mosquitos en su vecindario	105
23	¿Está de acuerdo que le fumiguen su casa?	107
24	Medidas para eliminar los zancudos adultos	108
25	Medidas para eliminar las larvas de los depósitos de agua	110
26	Método utilizado para proteger el agua acumulada	112
27	Acciones ejecutadas para limpiar los depósitos de agua	114
28	Práctica ejercida para eliminar agua acumulada por las lluvias	115
29	Actividades realizadas al limpiar su estacionamiento, garaje, azotea y patio	116
30	Participación en algún grupo organizado	118
31	Tipo de organización o grupo organizado	120

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráficos</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
1	Edad	79
2	Ocupación	80
3	Tipo de vivienda	81
4	Material predominante en las paredes exteriores	82
5	Material predominante en el techo	83
6	Material predominante en el piso	84
7	El agua potable llega a esta vivienda por	84
8	Servicios básicos	85
9	Conocimiento de la enfermedad del Dengue	86
10	Medio por el cual se ha obtenido información sobre el dengue	87
11	Padecimiento de la enfermedad	89
12	Gravedad de la enfermedad	90
13	Transmisor del dengue	92
14	Forma de transmitir el dengue	93
15	Quien es el que causa el dengue	94
16	Síntomas del dengue	95
17	Nombre del mosquito transmisor del dengue	97
18	Características del mosquito transmisor del dengue	98
19	Hora en que se alimenta el mosquito	99
20	Reproducción del mosquito que transmite el dengue	101
21	Sitio donde se reproduce el mosquito que transmite el dengue	102
22	Lugar donde dirigirse al enfermarse de dengue	104
23	Responsable de controlar los mosquitos en su vecindario	105
24	¿Está de acuerdo que le fumiguen su casa?	107
25	Medidas para eliminar los zancudos adultos	109
26	Medidas para eliminar las larvas de los depósitos de agua	111
27	Método utilizado para proteger el agua acumulada	112
28	Acciones ejecutadas para limpiar los depósitos de agua	114
29	Práctica ejercida para eliminar agua acumulada por las lluvias	115
30	Actividades realizadas al limpiar su estacionamiento, garaje, azotea y patio	117
31	Participación en algún grupo organizado	118
32	Tipo de organización o grupo organizado	120

## INDICE DE ANEXOS

<b>Anexos</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	<b>Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación</b>	<b>155</b>
<b>2</b>	<b>Encuesta aplicada</b>	<b>156</b>
<b>3</b>	<b>Sector Tucutucu</b>	<b>162</b>
<b>4</b>	<b>Sector Tres Esquinas</b>	<b>163</b>
<b>5</b>	<b>Sector Bucare</b>	<b>164</b>
<b>6</b>	<b>Sector Esnugue 1</b>	<b>165</b>
<b>7</b>	<b>Sector Esnugue 2</b>	<b>166</b>

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## INTRODUCCION

Desde el nacimiento de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la salud se ha convertido en el pilar fundamental dentro del proceso de cambio que se está produciendo en el país, asumiéndose ésta como un fenómeno social, y un derecho esencial como está señalado en su capítulo V, artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999.

El Dengue es una enfermedad que se ha transformado en un problema creciente de salud pública, actualmente es la enfermedad vírica más importante transmitida por artrópodos. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores (Benítez et al. 2002). La infección causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado Dengue grave, se caracteriza por estar presente en todas las regiones tropicales y subtropicales del planeta (OMS 2012)

El Dengue clásico, junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de shock del Dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. La primera epidemia de Dengue clásico de las Américas documentada en laboratorios estaba relacionada con el serotipo de Dengue 3 y afectó a la cuenca del Caribe y a Venezuela en 1963-1964 (Benítez et al. 2002).

Los factores comprometidos en el resurgimiento del Dengue como un problema de salud pública son complicados encontrándose asociados a

cambios sociales y demográficos. El crecimiento de la población asociada a la urbanización no planificada y descontrolada en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos. Otro factor importante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico.

El rociado con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo, ya que ha dado una sensación de falsa seguridad. Igualmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al aumento del hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico. Actualmente el saneamiento ambiental es la forma más sencilla para eliminar los criaderos de los mosquitos, ya que mientras no haya vacunas ni tratamiento específico contra el dengue estas medidas son asociadas con prácticas específicas de saneamiento doméstico, traduciéndose en conocimientos que la comunidad posee respecto a la prevención del dengue. (Benítez et al. 2002)

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las poblaciones bajo riesgo e incorporar al individuo y a las comunidades como elementos interactuantes en la resolución del problema, se propone la participación comunitaria como estrategia fundamental que orienten el trabajo en este sentido, en la medida en que las personas se organicen y asuman el mejoramiento de sus condiciones ambientales, se podrán aplicar medidas permanentes y sostenibles para el control de las situaciones endémicas y epidémicas que constituyen el problema, (OMS, OPS, 1997).

La participación comunitaria en los programas de salud no es una práctica novedosa, ésta incluye a la población o sectores de ella, a alguna actividad específica relacionada con la salud. (Romaní et al. 2006). Al hacer

la revisión de la literatura observamos que la gran mayoría de autores como Rifkin (1996), Kourí (2006) y Bisset (2007), concuerdan en que el protagonismo y participación de los miembros de la comunidad en los diferentes programas de salud es la pieza fundamental para una efectiva ejecución, como es el caso de las enfermedades transmitidas por insectos como la leishmaniasis, la malaria, la enfermedad de Chagas y el Dengue, siendo esta última la que mayor impacto social ha tenido en Venezuela y el mundo, por lo cual es urgente y necesaria la incorporación y protagonismo de las comunidades para su control.

En Venezuela a partir de 1977 se inició un programa de control del vector y de vigilancia, que entre sus actividades fundamentales contemplaba la educación de toda la población para que tomara parte en la eliminación y el tratamiento de los criaderos del mosquito. La participación comunitaria fue fundamental en todas las fases de este programa. (Vivas et al. 2003).

Para que este cambio sea favorable y sostenible con el tiempo, es necesario que las comunidades entren a formar parte en la toma de decisiones en la gestión pública y en el área de salud; en este sentido, la participación es fortalecida cuando los individuos contribuyen conscientemente y constructivamente en su proceso de desarrollo.

Esta investigación está estructurada en seis capítulos:

- 1.1. Capítulo I: **Planteamiento del problema**, contiene los objetivos generales, específicos, la delimitación y la justificación.
- 1.2. Capítulo II **Marco Teórico** fundamentado por los antecedentes de la investigación y otras informaciones que sirven de soporte al estudio
- 1.3. Capítulo III: **Marco Metodológico** hace referencia al tipo de investigación, diseño, población, muestra, instrumento de recolección, validación, consentimiento informado y presentación de los resultados.

- 1.4. **Capítulo IV: Presentación y Análisis de resultados**
- 1.5. **Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones**
- 1.6. **Capítulo VI: Formulación de la Propuesta**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. El problema

El Dengue es una enfermedad viral transmitida por vectores, principalmente el *Aedes aegypti*, (Guzmán y Kouri 2003), es considerado un problema de salud pública creciente en el mundo especialmente en las Américas (Kouri, 2006). Es importante señalar que la enfermedad nunca se presenta como un caso aislado, normalmente se detectan brotes, afectando alrededor de la cuarta parte de la población en la localidad donde aparece. Es primordialmente una enfermedad urbana. Esta enfermedad es endémica en más de 100 países de las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, tiene una incidencia en el mundo que supera los 2500 millones de personas, y 40% de la población mundial están en riesgo de contraerla ya que cada año se producen entre 50 millones y 100 millones de infecciones por el virus del Dengue. (OMS nota de prensa, 2012).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004), el Continente Americano, específicamente en Latinoamérica tres países acumulan el 87% de los casos registrados en el 2002, liderizando Brasil en el grupo con un 75,7%, siguiéndole Colombia con 7,9% y finalmente Venezuela con un 3,7%. Igualmente para el año 2003, estos mismos países

acumularon el 82,41% de los casos registrados, otra vez Brasil con 66,8%, Colombia con 9,6 y Venezuela con 5,6%.

De todas las especies de mosquitos conocidos con importancia en salud pública, *Aedes aegypti* Linnaeus, (1762) es considerada la más peligrosa por tener la capacidad de transmitir el mayor número de enfermedades arbovirales al hombre. Se cree que esta especie se introdujo al Continente Americano desde que se dieron las primeras incursiones colonizadoras, llegando a establecerse principalmente en los trópicos y subtrópicos, su distribución se limitaba por las latitudes 45° N y 35° S, se le ha encontrado en sitios más altos y fríos de los inicialmente reconocidos (Thirión, 2003).

Por sus hábitos se considera *Aedes aegypti* doméstico, ya que está estrechamente relacionado con el humano, se encuentra en áreas urbanas, suburbanas y ha colonizado sustancialmente el medio rural. Los recipientes artificiales como jarrones, floreros, y tanques, son los lugares más comunes para su cría, así como también aquellos que tienen la capacidad de retener agua de lluvia principalmente, las llantas, envases desechados y canales de techo, entre otros, además los de tipo natural como conchas de moluscos, cáscaras de frutos, huecos en los árboles, axilas de plantas y otras cavidades naturales, es prácticamente cualquier objeto que retenga agua, (Thirión, 2003)

Dada la importancia de la enfermedad, se han estudiado aspectos que contribuyen a la presencia y diseminación de ésta. De un lado los asociados a la conducta humana entre los que se encuentra el almacenamiento de agua en forma inadecuada, de conservar recipientes inservibles o a cielo abierto y la falta de compromiso de la comunidad en las prevención de las enfermedades (Londoño et al. 2009).

Por otra parte es de gran importancia mencionar que los factores que determinan la reemergencia global del Dengue como un problema latente de salud, son complejos, pero se puede señalar entre otros: los grandes cambios demográficos y de urbanizaciones no controladas, resultando en viviendas inadecuadas, sistemas de abastecimiento de agua y manejo de desechos ausentes o deficientes.

No obstante, para lograr el control selectivo e integrado del vector del Dengue a través del saneamiento del medio es necesario que se incorpore la participación comunitaria, impartiendo conocimientos por medio de la educación para la salud. De ahí la necesidad de considerar la participación comunitaria junto a la educación en la promoción de la salud como componentes esenciales en la implementación y sostenibilidad de los métodos de control del vector (Gubler y Clark, 1994).

En general para aumentar la participación comunitaria, Sánchez et al, (2008) aplicaron una estrategia en Cuba dirigida a la lucha contra el mosquito vector del Dengue, dando como resultado que el trabajo comunitario avanzó de acuerdo con las capacidades y los intereses de cada comunidad, encontrándose cambios positivos en el concepto de participación y disminuyéndose los índices de depósitos con larvas o pupas en un 79% de 100 viviendas inspeccionadas.

Chavarría y García (2000), exponen que el empleo conjunto de todas las alternativas, es decir, el manejo integral, girando en torno a la participación comunitaria y la educación han rendido los frutos más alentadores en la lucha contra el mosquito, como lo reflejan las experiencias en Vietnam donde las acciones llevaron a la erradicación de *Aedes aegypti* en una comunidad en la cual se había establecido desde hacía 20 años.

En la comunidad intervenida se explicó a los líderes la importancia de emplear copépodos como control biológico, haciéndose demostraciones en vivo de su capacidad depredadora contra las larvas de mosquitos, igualmente se enseñó su cultivo incluyendo a las amas de casa. Como resultado en el primer año de estudio, el número de larvas de *Aedes aegypti* en la comunidad intervenida se redujo entre un 30 y un 97% y en los siguientes 5 meses, cuando se acentuó la participación comunal, esa reducción fue del 87 al 99%, para llegar a desaparecer totalmente de agosto de 1994 a octubre de 1996, cuando se hizo la última encuesta.

También es importante señalar que en esa comunidad la fumigación no fue incluida. Esta experiencia representa un hito en la lucha contra *Aedes aegypti*, pues prueba que su erradicación es posible, lo cual es un buen modelo para el diseño de medidas contra el Dengue.

En lo que refiere a Venezuela en el 2010, se reportaron 124.931 casos, con una tasa nacional acumulada de 433,3 por cada 100.000 habitantes, de los cuales 10.278 de casos fueron hemorrágicos, con un número de fallecidos que se estima superior a 100. Comparando las cifras de Venezuela, con las publicadas por la OPS para todo el Continente y para la Región Andina, encontramos que Venezuela en el primer escenario, aportó 6,74% de los casos, con una tasa de incidencia de 79,5 puntos mayor que la media del Continente (353,8/100.000 habitantes), y contribuyó con el 23,01% de los casos hemorrágicos y severos y 9,40% de las tasa de mortalidad, siendo el grupo de 10-11 años el que presenta la mayor tasa acumulada de 29,4 por 100.000 habitantes. Los menores de 1 año, la mayor tasa acumulada de Dengue hemorrágico 2,9 por 100.000 habitantes. (Boletín Epidemiológico No 3 del MPPS, 2011).

El mismo autor señaló que en cuanto a los Índices aélicos a casa, la primera semana de enero de 2011, se observó que estos se han elevado aún más, a 17,56 % a nivel nacional, según reporte de 14 de los 24 estados. 6 estados presentaron Índices aélicos superiores a 20 %: Trujillo (63,05%), Lara (27%), Yaracuy (26,88%), Miranda (33,33%), Anzoátegui (23,43%), Nueva Esparta (20%). Mientras que Táchira (14,60%) y Portuguesa (19,09%) Delta Amacuro (15,10%) tenían índices cercanos o mayores de 15 %. El riesgo de persistencia de la epidemia de Dengue continuó en los próximos meses por la densidad muy elevada de vectores en todo el país y en especial en los estados antes mencionados.

Como se puede observar el Estado Trujillo no escapa de esta problemática en cuanto a los casos del Dengue. Así tenemos que para los años 2005, 2006 y 2007 se registraron 671 casos de Dengue, con un significativo aumento en este último quinquenio (2006-2011) acumulando un total 8.484 casos de Dengue de ambos tipos de los cuales 7.814 de los casos correspondieron a Dengue clásico y 670 casos de hemorrágico, considerándose los años 2008, 2009 y 2010 como años en epidemia y alarma (MPPS, 2011).

Sumándosele a esto los índices aélicos del 63,05%, en estudios realizados a poblaciones de insectos con insecticidas, encontraron diferencias en la respuesta al Temephos, así, que para la cepa Paramito (PTO) procedente de un área altamente urbanizada, sujeta a constante presión con insecticidas y con altos índices de infestación del vector y procedencia de la mayoría de los casos de Dengue en el estado, mostró resistencia, mientras que la población San Martín, procedente de un área rural, con grandes problemas sanitarios, de poco o ningún acceso a las medidas de control, mostró susceptibilidad al insecticida. Probablemente esta

diferencia pueda asociarse a la ausencia de presión de selección ejercida sobre la población de San Martín (Álvarez et al 2006).

Los autores op. cit en otro trabajo realizado en el 2008 determinaron la susceptibilidad a la deltametrina en el estado Trujillo a poblaciones de *Aedes aegypti* procedentes de Pampán, Pampanito, Flor de Patria, Motatán, Tres Esquinas y Cubita, los cuales mostraron valores de mortalidades comprendidas entre 89% y 97%, sugiriendo la posibilidad de resistencia la cual debe ser confirmada. Las poblaciones Monay y Filo de Carvajal, fueron susceptibles, con mortalidades a las 24 horas de 99 y 98%. Concluyendo, que de nueve poblaciones de *Aedes aegypti*, siete fueron categorizadas como poblaciones resistentes.

En vista de esto es factible aclarar que los focos de *Aedes sp.* han mantenido una tendencia creciente y actualmente el vector se encuentra en todos los estados que conforman la República Bolivariana de Venezuela. La sola presencia de estos mosquitos constituyen un factor de riesgo importante en la aparición de brotes, por esto es necesario la implementación de estrategias comunitarias, basadas en la educación para la salud, especialmente a la población y a los líderes comunitarios, ya que ellos como promotores de la participación deban saber cómo reconocer y controlar dichos mosquitos.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario mencionar la necesidad de intervenir la problemática de salud de una manera integral, vinculando los diferentes sectores y promoviendo la participación por intermedio de la promoción de la salud utilizando la educación como una herramienta más en el control y prevención del Dengue.

Sobre la base de las ideas expuestas se considera de gran importancia realizar una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue y de este modo formular una propuesta de participación comunitaria que permita prevenir y controlar la enfermedad del Dengue.

Seguidamente nos planteamos las siguientes preguntas de investigación. ¿Tienen los habitantes de la Parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad del Dengue, sus medidas de prevención y control? ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes que tienen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue, su transmisión, síntomas y vector? ¿Cuáles prácticas de prevención utilizan con respecto al agua almacenada como estrategia para prevención y control del Dengue por los habitantes? ¿Cuál es la participación y aceptación de la población encuestada en las actividades de prevención y control del Dengue? Esto nos permitió plantearnos los siguientes objetivos.

## **1.2. Objetivos de la Investigación:**

### **1.2.1 Objetivo General:**

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue, sus medidas de prevención y control en la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.
- Formular una propuesta de participación comunitaria para los habitantes que permita prevenir y controlar la enfermedad del Dengue en la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.

### **1.2.2 Objetivos Específicos:**

- Determinar el conocimiento que tienen los habitantes de la parroquia Tres Esquinas sobre la enfermedad del Dengue, su transmisión, vector, y síntomas, Trujillo Venezuela.
- Identificar las actitudes de los entrevistados que facilitan o limitan la prevención y control del Dengue de la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.
- Describir las prácticas relacionadas con el agua almacenada como estrategia para prevención y control del Dengue por parte de los habitantes de la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.
- Verificar la participación de los habitantes de la parroquia Tres Esquinas en las actividades de prevención y control del Dengue de la población encuestada en las actividades de prevención y control del Dengue de la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.
- Diseñar una propuesta de participación comunitaria dirigida a los habitantes para reforzar conocimientos adquiridos sobre la enfermedad de Dengue y consolidar los principios de participación en la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela.

### **1.3 Justificación**

El Dengue es descrito, según Sáenz, et al, (2001), como una enfermedad viral producida por alguno de los cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4) de la familia Flaviviridae.

Este virus mantiene su circulación a través del ciclo mosquito-humano-mosquito, y su principal vector es el *Aedes aegypti*. La enfermedad se presenta con un cuadro clínico variable y un amplio espectro de manifestaciones que va desde el Dengue clásico (DC) hasta la forma hemorrágica. El Dengue clásico se caracteriza por presentar síntomas y signos inespecíficos como fiebre, dolores musculares, erupción cutánea, cefalea, dolor retroorbital, anorexia y problemas digestivos como náuseas, vómito y diarrea. Ocasionalmente se presentan hemorragias menores como sangramiento por la nariz, hematuria, hipermenorrea, hematemesis, y casos más severos potencialmente letales como la fiebre hemorrágica del Dengue (FHD) y el síndrome de choque por Dengue (SCD).

Según (OPS/OMS) (1997), actualmente el Dengue es la arbovirosis de mayor importancia que padece la población humana, constituyendo una de las principales causas de hospitalización y muerte en el mundo, debido a que una gran proporción de la población mundial vive en áreas en riesgo de contraer esta enfermedad, al igual que en las Américas, el Dengue circula desde hace más de 200 años. A partir de la década de 1960, los casos de Dengue fueron aumentando y empezaron a producirse brotes con cada vez más frecuencia.

El Estado Trujillo, al igual que el resto del país no escapa a esta problemática, sí se analiza el aumento proporcional de la población hasta el presente, se observa cómo la ciudad de Trujillo con relación al resto de los municipios ha incrementado su población urbana, lo que evidencia una acentuada concentración a nivel urbano, unido a un incremento de la demanda de servicios básicos (agua, recolección y disposición final de residuos sólidos y cloacas), los cuales al no ser cubiertos, crean los problemas de salud, entre otros como el Dengue.

Si lo analizamos por Municipio, el estado Trujillo aportó para el año 2005 el 13,5% de casos/10.000 hab. y la Parroquia Tres Esquinas el 1,5 %. Seguidamente en el año 2006 se alcanzaron para el Municipio Trujillo el 16,8%, y la Parroquia Tres Esquinas el 2,2%, ubicándose el 2007 con el 5,8%, y la Parroquia Tres Esquinas con el 1,1%, de los casos reportados y, para el año 2009 refleja un 2,5 % del total del municipio.

Este trabajo, tiene relevancia e importancia, ya que pretende incorporar a todos los miembros de comunidad, incluyendo a los miembros de los Consejos Comunales ya, que estos son instancias de participación protagónica que tienen la función de integrar a los ciudadanos y ciudadanas en la identificación y solución de los problemas de sus comunidades a través de la gestión directa de las políticas públicas generando así una mejor participación en la prevención y control del Dengue, adquiriendo conocimientos, percepción de riesgo en relación con esta enfermedad.

La propuesta se encuentra fundamentada en el desarrollo de acciones de educación, información, cultura y capacitación dirigida a favorecer e incorporar en los hábitos poblacionales, entre otras cosas, acciones en el domicilio y peri-domicilio para prevenir y controlar el transmisor del Dengue y otras enfermedades relacionadas al saneamiento básico de la vivienda.

#### **1.4 Delimitación**

Esta investigación se realizó en la Parroquia Tres Esquinas perteneciente al municipio Trujillo, con una superficie de 78 Km.<sup>2</sup> y en la cual presentó una casuística importante de Dengue y resistencia del transmisor a insecticidas convencionales.

Sus límites son: por el Norte la Parroquia Pampán del Municipio Pampán; por el Este la Parroquia Cruz Carrillo del Municipio Trujillo, por el Sur el Municipio Pampanito y por el Oeste la Parroquia La Concepción del Municipio Pampanito. Los Sectores que integran la Parroquia son: Sector I, II, III, Alí Primera I y II, El Bucare, Esnugué, General Cruz Carrillo y el sector La Tucutucu. (Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables, 2002))

Para esta investigación se tomó como referencia los reportes de casos de Dengue, tanto clásico como hemorrágico registrados por la Dirección Regional de Malariología y Salud Vital de los últimos siete años. Entre el año 2005 y 2011 en el Edo. Trujillo, se reportó un total de 13.543 casos de Dengue ambos tipos por cada 100.000 habitantes. La parroquia Tres Esquinas aportó el 4,8% a esta casuística. Para el período que va desde el 2008 al 2011 se acumuló un total 8.484 casos de Dengue ambos tipos de los cuales 7.484 casos correspondieron a Dengue clásico y 670 casos de hemorrágico, considerándose los años 2008-2009-2010 como años en epidemia y alarma. (MPPS, 2011).

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

Hernández et al. (2007), en su trabajo titulado: **Diagnóstico participativo para la prevención y control del *Aedes aegypti* en una zona de riesgo. Municipio Sancti Spíritus**, realizaron una investigación consistente en una estrategia educativa con participación comunitaria en una zona de riesgo del Consejo Popular Colón, municipio Sancti Spíritus. Organizaron en dos fases el desarrollo de la investigación, siendo la primera, la elaboración de la estrategia donde se identificaron los factores ambientales y sociales que influyen en la aparición de criaderos de *Aedes aegypti*, y la segunda fase, validación de la estrategia a partir del criterio de expertos. El estudio incluyó los líderes comunitarios de la zona de riesgo que pertenecen a los consultorios médicos de la familia.

La muestra estuvo conformada por 12 participantes entre ellos, médicos y enfermeras de la familia, trabajadores de la "campana", representantes del gobierno local, de los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación de Mujeres Cubanas, presidente del Consejo de Defensa y educador para la salud del área. Como resultado se diseñó una estrategia educativa de información, educación y comunicación con participación comunitaria, sobre la base de los principales problemas sociales y ambientales identificados, tomando en consideración las necesidades de

aprendizaje detectadas en la exploración de conocimientos y prácticas de la población estudiada.

La totalidad de los expertos coincidieron en que la estrategia diseñada tiene amplias posibilidades y probabilidades de éxito en su aplicación y consideraron que el enfoque educativo propuesto permitirá que la comunidad potencialice la responsabilidad individual, familiar y comunitaria con su salud.

Rojas y Brochero (2008), en su estudio titulado: **Hallazgo de *Aedes aegypti* (Linnaeus 1762), en el casco urbano del corregimiento de La Pedrera, Amazonas, Colombia** se plantearon como objetivo Registrar el hallazgo de *Aedes aegypti* en el departamento de Amazonas, utilizando como método la realización de levantamientos de índices de infestación larvaria para *Aedes aegypti* calculándose los valores clásicos de índice de vivienda, (porcentaje de casas que presentaron criaderos con larvas), índice de depósito, (porcentaje de depósitos con larvas con respecto al total de depósitos inspeccionados) y el índice de Breteau (número de depósitos con larvas de la especie en 100 viviendas inspeccionadas). Se indagó a la comunidad sobre la percepción de la presencia del insecto en sus viviendas, realizándose actividades de control tendientes a reducir la infestación del mosquito. Como resultado se registró *Aedes Aegypti* en el casco urbano del corregimiento de La Pedrera, igualmente la comunidad reconoce las larvas del mosquito en los recipientes de su domicilio y, en general, lo asocia como transmisor de diversas enfermedades.

En investigación realizada por Sánchez et al. (2008), en su trabajo titulado: **Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del Dengue en Cuba**, incluyeron como objetivo: Documentar el proceso y analizar los resultados de la aplicación de una estrategia dirigida a aumentar la participación comunitaria en la lucha contra el mosquito vector del Dengue. Metodológicamente fue una

intervención para transformar la acción social contra el Dengue en tres circunscripciones del municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. Se conformó un grupo de aprendizaje y grupos de trabajo comunitario (GTC) en las localidades aplicándose un modelo de educación popular que relacionaba la puesta en práctica de las acciones previstas con sesiones de reflexión y aprendizaje a partir de los resultados y la reformulación del trabajo para las etapas subsiguientes, igualmente se desarrollaron diagnósticos comunitarios, acciones preventivas, de comunicación, vigilancia y evaluación. Los cambios en la participación se identificaron mediante la técnica de análisis de contenido de documentos y entrevistas a informantes clave.

Finalmente en los resultados se verificaron cambios positivos en el concepto de participación según las cinco dimensiones evaluadas como liderazgo, identificación de necesidades, organización, gestión y movilización de recursos; concluyéndose que al finalizar los dos años del estudio, la estrategia empleada permitió reducir el nivel de infestación con el mosquito vector mediante el aumento de la participación de la comunidad en la toma de decisiones, el fortalecimiento de las competencias de los equipos médicos y de los GTC para liderar procesos participativos en sus comunidades y la elevación de la confianza de los miembros de la comunidad en sus posibilidades de llevar a cabo transformaciones con recursos propios y apoyo intersectorial.

Castro et al. (2008), en el trabajo titulado: **Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del Dengue** plantean como objetivo describir el proceso de adaptación de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del Dengue en condiciones específicas de una localidad, la cual fue, implementada en la Lisa, incluyendo la organización, capacitación, vigilancia integrada, trabajo comunitario y evaluación de acciones. Se aplicaron entrevistas a informantes claves y una

encuesta poblacional de conocimientos, percepciones y prácticas, obteniendo como resultado que en la localidad de Versalles-Coronela, Alturas de la Lisa y Balcón Arimao resultaron los consejos populares de alto riesgo de transmisión, siendo estos seleccionados para implementar la estrategia.

Igualmente se identificaron necesidades de aprendizaje tanto para el grupo coordinador municipal como para los grupos de trabajo comunitario en las circunscripciones para los cuales se desarrollaron talleres de capacitación y asesoría directa al personal involucrado. Los grupos de trabajo comunitario estuvieron integrados por las organizaciones y actores con mayor influencia en la población. En conclusión la implementación de la estrategia fue diferente en cada consejo popular teniendo en cuenta las características y capacidades existentes ya que estas requieren ser contextualizadas a las condiciones locales. Es de hacer notar que la participación de los actores en su adaptación es clave para la aceptabilidad, factibilidad, la apropiación y para asumir responsabilidades en su ejecución.

Hernández et al. (2009), en su investigación titulada: **Conocimientos y prácticas sobre prevención y control del *Aedes aegypti* en una zona de riesgo en Cuba**. Se formularon como objetivo; caracterizar, según los factores de riesgo sociales y ambientales que influyen en la aparición de criaderos de *Aedes aegypti*, la zona de riesgo Terminal de Ferrocarriles, perteneciente al Consejo Popular Colón, del municipio Sancti Spíritus, así como identificar los conocimientos y prácticas de la población con relación a la prevención y control del vector. Emplearon como método un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra por conglomerados estratificados, cuya variable de estratificación fueron los Consultorios del Médico de la Familia 7, 13 y 25 del Área de Salud Sur; se seleccionaron aleatoriamente 305 encuestados.

Para estudiar la situación ambiental, identificar los conocimientos en niños y niñas de la zona de riesgo, y comprobar el saneamiento básico ambiental intra y peri domiciliario, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección de información: encuesta, grupo focal y observación participante. Sus resultados fueron los siguientes: existen conocimientos insuficientes con relación a la prevención y control del *Aedes aegypti*, específicamente en la identificación del término autofocal y las enfermedades transmitidas por el vector. Persisten prácticas inadecuadas en los encuestados para el control del mosquito, particularmente en la realización de acciones para prevenir los criaderos. Concluyendo que en la zona de riesgo estudiada existen condiciones ambientales y sociales que posibilitan la proliferación del vector, lo que denota una baja percepción del riesgo de la población.

Castañeda et al. (2010), en su trabajo titulado: **Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia** se plantearon como objetivo determinar los conocimientos actitudes-prácticas (CAP) comunitarias frente a un brote de Dengue para fortalecer acciones municipales de promoción-prevención-control del *Aedes aegypti*. Usaron como método un estudio descriptivo de investigación de brote: a) Búsqueda activa de casos con cuadro clínico de Dengue, según definición del protocolo; b) Encuesta entomológica; y, c) Encuesta CAP a 47 personas seleccionadas con muestreo aleatorio-simple.

Dando como resultado lo siguiente: a) Registros Individuales de Prestadores de Servicios con diagnósticos diferenciales para Dengue 67/4 774; notificados 24 (75% municipio/25% departamento); mujeres 15 (63 %), hombres 9 (38 %); urbanos 20 (83 %), rurales 4 (17%). Tasa de ataque/incidencia acumulada: inicial=0,3% (17/6 303), final= 0,4% (24/6 303), RM=1:5; b) Depósitos inspeccionados 142; positividad/tipo de criadero: tanques-bajos=8,7% (4/46), llantas=8,3% (1/12), diversos=4,4% (2/45) y

plantas=2,9% (1/34); IVAe=5%, Idp=6%, IB=17%; determinación taxonómica 15% (7/47); c) Encuesta-CAP, mujeres 36 (77%), hombres 11 (23%); conocían el Dengue/signos/síntomas 44 (94%); eliminó criaderos 32 (68%); consultó por Dengue 3 (6%); opinó "todos somos responsables del control" 25 (53%). Concluyendo que se evidenció una comunidad conocedora de factores de riesgo y consciente de su responsabilidad para el control del vector. Se propone promover la participación comunitaria en función del ecosistema como herramienta para controlar el mosquito y la transmisión del Dengue.

González e Ibarra (2011), en su investigación titulada: **Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti* en comunidades del municipio Diez de Octubre, La Habana Cuba**, efectuaron un estudio descriptivo observacional de corte transversal, cuyo objetivo fue describir estos aspectos en beneficio de la lucha contra el vector y la enfermedad. Se diseñó un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), el cual se aplicó a personas mayores de 17 años, previamente seleccionadas en el muestreo. Se realizaron grupos focales con los moradores y entrevistas a profundidad con los trabajadores de la salud.

Como resultado sobre el conocimiento del lugar de reproducción del mosquito *Aedes aegypti* observamos que el 71% de la población tiene identificados los salideros y el 58% los matorrales. Solo el 29% señaló el agua limpia. No existe percepción de riesgo para cualquier depósito de agua sin proteger y los vertederos de desechos sólidos. Los factores que favorecen la presencia de criaderos de mosquitos *Aedes aegypti*, señalados por el 100% de los entrevistados, fueron: tanques con agua destapada y matorrales, más del 95% considera pomos destapados, gomas viejas y plantas en agua, el 78% mencionó huecos con agua y más del 50% refirió los floreros y vasos espirituales con agua más de 7 días.

El 69 y el 54%, no consideran a la basura y los bebederos de animales como favorecedores de esta situación; con respecto a las actitudes solo el 71% de los entrevistados tuvo disposición para tapar siempre los depósitos de agua y más del 50% aceptaba la visita del campañista para el tratamiento focal; posteriormente en la práctica el 60% de los entrevistados refirió que revisaba los depósitos con agua (floreros, vasos espirituales, tanques u otros) dentro de las viviendas, el 52% expresó que no realizaba la revisión de los alrededores de la vivienda para buscar lugares donde se podía acumular agua.

Observamos que los consultados solo referían realizar tres actividades para prevenir los mosquitos que consistían en revisar los depósitos con agua (80%), tapar los tanques con agua (79%) y facilitar la visita del campañista (56%). Estos autores concluyen que en los lugares de reproducción del mosquito *Aedes aegypti* identificados como más frecuentes por esta población son los salideros y matorrales, tanto por hombres como por mujeres, de los tres niveles educacionales. Existe bajo conocimiento sobre el riesgo que representa cualquier depósito de agua sin proteger y los vertederos de desechos sólidos.

Asimismo dentro de los factores que favorecen los criaderos de mosquito fueron verificados: tanques de agua destapados, salideros y matorrales, frascos destapados a la intemperie, gomas viejas al descubierto, plantas en agua y huecos con agua. Se evidenció que las mujeres y los entrevistados de preuniversitario mostraron un conocimiento superior al señalar, además, floreros y vasos espirituales con agua y bebederos de animales sin limpiar. Dentro de las actividades preventivas de la población se asientan en la revisión y tapado de los depósitos de agua y en facilitar la visita del campañista. La población estudiada tiene conocimientos, pero las actitudes y prácticas son insuficientes para la erradicación del vector y la prevención de la enfermedad.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Comunidad**

Antes de abordar la participación comunitaria, se hace necesario conocer definiciones sobre comunidad.

Al respecto Turabian (1991), expresa que la comunidad, es un número de personas viviendo en una misma zona geográfica, relacionándose entre sí, poseen la misma tradición e intereses, así como la conciencia de la participación en ideales y valores comunes. Este mismo autor afirma que la comunidad es un sistema de relaciones de poder en el que los individuos se agrupan en distintas categorías, en la cual la clase social es la más importante. En el mismo sentido señala a la comunidad como un grupo social o un número de personas que hacen vida activa en una determinada localidad, caracterizándose por tener los mismos intereses y seguir un proceso de transformación y evolución.

Ander-Egg (2005), en su investigación concluye que la comunidad es un grupo o conjunto de personas habitando un espacio geográfico delimitado y delimitable, en donde los miembros tienen conciencia de pertenencia con algún símbolo local, operando redes de comunicación con el propósito de satisfacer necesidades, alcanzar objetivos comunes, resolver problemas y desempeñar funciones importantes a nivel local. Igualmente Robertis (2007), expresan que el concepto de comunidad es utilizado con dos significaciones las cuales son: Está desarrollada en un espacio delimitado existiendo organizaciones de vida social parcial (barrio o aldea); y la otra hace referencia a la calidad de las relaciones entretajadas entre las personas y los grupos.

Montero (2007), define a la comunidad, como “un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los inventores sociales, que comparten intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un aspecto y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines.

Esta misma autora describe los aspectos constitutivos al concepto de comunidad como son:

- a. Aspectos comunes compartidos tales como la historia y la cultura.
- b. Intereses, necesidades, problemas, expectativas construidas socialmente por los miembros del grupo.
- c. Comparten un espacio y tiempo.
- d. Relaciones sociales habituales y frecuentes.
- e. Identidad social y sentido de pertenencia a la comunidad y vinculación emocional compartida.

Del mismo modo Montero, hace un análisis sobre la comunidad colocándola como “un conjunto de relaciones sociales que se encuentran vinculadas por un sentido de comunidad” afirmando que se comparten “expectativas socialmente construidas necesidades o problemas que crean un sentido de grupo más o menos grande según circunstancias compartidas, y de esa interacción surge un sentido de comunidad ligado íntimamente a la identidad social comunitaria”. En conclusión la autora señala a la comunidad como un conjunto de relaciones entre personas y en un lugar, que junto con las acciones compartidas, unidas a los miedos, alegrías, fracasos y triunfos vividos, otorgan un asiento al recuerdo y a la memoria colectiva e individual.

Carvajal (2011), señala que como parte de la dinámica de la comunidad, en las relaciones internas puede llegar a situaciones de conflicto, que conduciría a su división, disgregación y por consiguiente la pérdida de identidad. Igualmente Carvajal afirma que la idea unificadora y homogeneizante de la comunidad, se ha generado por parte del imaginario popular. Ya que las comunidades tienen sus propios ritmos, tiempo, lenguaje, sus flujos y reflujos de acción y de pasividad; “que las cosas no suceden cuando los agentes externos las planifican, sino cuando la comunidad considera y siente que debe, quiere y puede hacerlo”.

Las condiciones internas e intrínsecas a la comunidad y a la manera que se tienen que asimilar los factores externos hacen que el tiempo de latencia, el de preparación y el de actuar, respondan a éstas. Coincidiendo con el autor afirmamos que es por esto que la participación de una comunidad aumenta o disminuye según cómo sean las actividades de los grupos y personas dirigentes.

En conclusión para Zárate (2007), menciona que “las comunidades existen antes de nuestra llegada y permanecerán después de nuestra partida, son un sistema sociocultural, teniendo vida propia que las diferencia de las demás”. Añade igualmente que la comunidad es integralidad totalidad, heterogeneidad, donde algunas veces existen conflictos, es un ente donde los sujetos encuentran, reciben y toman lo necesario para desarrollarse.

García (2001), Barcellona (1996), y Bauman (2006), consideran y concluyen que “la comunidad es la tradición más porfiada, la más obstinadamente viva a pesar de la persecución incesante que sufre en la actual organización social, la comunidad en este sentido está caracterizada por principios de solidaridad, igualdad y comunicación como base para la formación y confirmación de la identidad”. La comunidad, sus lazos,

relaciones, no existen por sí solo, es importante construirlos colectivamente. En esta misma línea afirmamos que la comunidad para ser comunidad debe reunir una serie de condiciones o requisitos que la definan como tal, dentro de estos mencionamos algunos coincidiendo con los distintos autores citados.

La comunidad debe estar constituida por un grupo de personas, que comparten intereses, afectos, sentimientos entre los miembros que la constituyen, deben tener principios de solidaridad, es decir que no exista la condición, debe haber relación de identidad entre el hombre y la naturaleza, se requiere de comunicación y sentido de pertenencia. Una comunidad es, pues, un escenario donde encontramos relaciones, actitudes, comportamientos intereses, recursos y necesidades que hacen que esta se mantenga a través del tiempo, igualmente los actores de una comunidad fomenta la participación, integrando tanto a discapacitados, tercera edad, infancia, jóvenes hombres y mujeres.

### **2.2.2. Participación comunitaria**

Antes de hacer un análisis sobre los conceptos de participación comunitaria es importante señalar que esta ha tenido variedad de interpretaciones, todavía no se ha llegado a un acuerdo de cómo entenderse ni como ésta debe llevarse a cabo, no obstante su utilización se ha apreciado en los distintos programas dirigidos a las comunidades.

Turabian (1991), menciona que la Organización de las Naciones Unidas, de 1981 define a la participación comunitaria como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad, y en conjunto a toda la sociedad para contribuir activamente e influenciar el

proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”

Sanabria (2001), considera a la participación como un proceso social en el que las organizaciones, grupos, instituciones y comunidades en general, intervienen en la identificación de sus problemas, uniéndose para diseñar y poner en práctica posibles soluciones. Señala que participar significa que las personas integrantes de una comunidad estrechamente vinculada en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus ideas.

Cummings (1997), citado por Pérez (2007), señala que durante los años setenta los primeros adeptos de la participaciones fueron las organizaciones no gubernamentales, y posteriormente para los noventa este enfoque fue adoptado por los gobiernos nacionales, utilizándola como una herramienta para alcanzar el desarrollo. Igualmente señala que un verdadero proceso participativo es aquel iniciado y poseído por sus propios beneficiarios, es decir la misma comunidad.

El Troundi et al. (2005), la definen como “un conjunto de condiciones y mecanismos a través de los cuales los individuos o grupos en su calidad ciudadana y en forma organizada ejercen la corresponsabilidad participando en la planificación, control, vigilancia y ejecución de proyectos en beneficio de ellos mismos”

Sánchez (1991), citado por Pérez (2007), describe que la participación es un proceso a través del cual las personas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio sobre asuntos que les conciernen.

Analizando las concepciones que poseen los autores mencionados sobre la participación nos pone de manifiesto que ésta es entendida como la

cooperación directa de madres, padres de familia, jóvenes, ancianos, profesionales, trabajadores y comunidad en general en el mejoramiento de la propia comunidad, a través de las acciones que integran a las instituciones y organizaciones de la sociedad civil, teniendo como elementos importantes la ejecución de proyectos relacionados directamente con las necesidades de la comunidad. Igualmente expresan que la participación se da desde un nivel individual hasta un colectivo, debido a que la comunidad es la primera instancia detectora de necesidades, haciéndose escuchar por organismos públicos o privados, siendo el soporte la propia comunidad y el pedestal quien puede resolverlas.

De lo autores anteriores podemos resumir que la participación es un poder fortalecedor del régimen democrático, contribuyendo a generar la conciencia ciudadana, elevando la calidad de vida, permitiendo la integración de grupos de personas, estimulándolas a establecer acciones que promuevan su desarrollo. Igualmente coincidiendo con los autores citados anteriormente la participación ha sido un mecanismo en el que se expresan las potencialidades que poseen los individuos, comunidades o grupos para darle solución a sus problemas.

Asimismo Méndez (2009), cataloga la participación como un proceso social, dinámico y continuo en el cual los miembros de una comunidad deciden, participan y aportan ideas en la realización del bien común. Es de hacer notar que estos autores coinciden en que la participación comunitaria es una herramienta que fortalece el desarrollo de los principios de solidaridad, trabajo y responsabilidad. Igualmente la participación propicia la aparición de actores con capacidades de autodiagnosticar problemas y buscar soluciones en la comunidad o entorno donde convive. Así mismo a la participación se le ha dado la importancia de ser el pilar fundamental de la

democracia, porque es tomada como promotora de cambios sociales como la equidad y la igualdad social.

Para finalizar Montero (2007), define a la participación como: un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores con grado de compromiso y objetivos compartidos, en los cuales se producen transformaciones comunitarias e individuales”. La autora resume el alcance y los efectos positivos de la participación comunitaria afirmando que es un proceso donde existen enseñanzas y aprendizajes, con un efecto concientizador, desarrolla la colaboración y la solidaridad, fortalece el compromiso y la comunidad produce intercambio y generación de conocimiento haciendo cambiar la dirección y el control de las tareas que se ejecutan.

### **2.2.3. Salud**

La Organización Mundial de la Salud de 1948 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Dentro del contenido de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto sino un medio para llegar a un fin, y un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios,

vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS infiere que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que manejan las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y agrupado.

#### **2.2.4. Promoción de la salud**

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

Kickbusch (1986), afirma que el concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad, es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la escuela y los lugares de trabajo, que promueve el alcance al máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La Carta de Ottawa OMS (1986), identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud, estas son: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Las estrategias mencionadas anteriormente están apoyadas en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en esta Carta, donde promueven el concepto de salud, el cual establece una política pública saludable, creando entornos que apoyen la salud, fortaleciendo la acción comunitaria para la salud, desarrollando las habilidades personales, y reorientando los servicios sanitarios.

Según la Declaración de Yakarta OMS (1997), nos confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países como una manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, existiendo además una evidencia clara de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces, reiterando que los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.

Sin embargo es de hacer notar que las personas, los individuos o las comunidades deben ser el centro de la acción de la promoción de la salud y

de los procesos de toma de decisiones; no obstante para conseguir una participación efectiva, un empoderamiento de las personas y las comunidades es necesario la alfabetización sanitaria, el aprendizaje sanitario y el acceso a la educación e información. La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades en la promoción de la salud en el siglo XXI a saber:

- Promueve la responsabilidad social para la salud.
- Incrementa las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expande la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementa la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantiza una infraestructura para la promoción de la salud

#### **2.2.5. Educación para la salud**

La Atención Primaria en Salud pretende que el individuo y la comunidad, participen, conozcan y tomen decisiones sobre su propia salud, obteniendo así responsabilidades sobre ella. Es necesario que la comunidad con la unión de todos los individuos tomen conciencia de su situación, de los problemas que deben, resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tiene derecho a exigir a otros niveles. Esta razón no surge espontáneamente en las personas; sino que debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan. Por lo tanto, la misión de la Educación para la Salud es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud.

Redondo (2004), define a la Educación para la Salud como un plan de comunicación interpersonal encaminado a favorecer las informaciones

necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a las personas y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1998), nos aclara que la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

En el último siglo numerosos autores le han dado a la educación para la salud, diferentes conceptos y en todas ellas se puede igualar un objetivo común el cual consiste en la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y comunidades. La educación para la salud permite la transmisión de información, y estimula a la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva.

Redondo (2004), define a la Educación para la salud como proceso de comunicación señalando que esta implica la transmisión de un mensaje entre emisor y receptor, son elementos claves de este proceso: el educador en salud, quien es toda aquella persona que contribuye de forma consciente o inconsciente a que los individuos adopten una conducta en beneficio de su salud. En este sentido es importante rescatar el papel de la familia, el personal de salud y los docentes de los centros educativos, el mensaje debe estar basado en la evidencia científica adecuada a la capacidad de aprendizaje del que lo recibe, es transmitido directamente a través de la

palabra oral o escrita, o por medio de la imagen, e indirectamente a través del ejemplo que se deriva de las conductas y actitudes del educador en salud por último el Receptor quien es el individuo o grupo de personas a la que se dirige la Educación para la salud

Seguidamente esta misma autora define a la Educación para la salud como un proceso educativo cuando implica la existencia de un proceso de enseñanza aprendizaje. La metodología educativa debe estar relacionada con las características particulares de los receptores, pues en todos los casos se deben realizar actividades orientadas a construir y debe estar basado en la evidencia científica adecuada a la capacidad de aprendizaje del que lo recibe. Es transmitida directamente a través de la palabra oral o escrita, o por medio de la imagen, e indirectamente a través del ejemplo que se deriva de las conductas y actitudes del educador en salud.

En este contexto la educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a las personas a adoptar, y mantener prácticas y estilos de vida saludables; generando el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino y constructores de alternativas y soluciones. En conclusión la educación para la salud está orientada a la modificación de conductas, hábitos y actitudes de los individuos y la colectividad, contribuyendo a autorresponsabilizar a las personas y las comunidades de su propia salud.

#### **2.2.6. Participación comunitaria en salud**

La Asamblea Mundial de la Salud (1977), mencionó que la meta social de la Organización Mundial de la Salud sería alcanzar un nivel de salud aceptable permitiendo una vida social económicamente productiva para la

población mundial en el año 2000. Dicha organización convocó a todos los países nacionales para el logro de esta meta, esta problemática fue abordada un año más tarde, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se efectuó en Alma-Ata/ URSS, cuya Declaración procuró influenciar estrategias, políticas y programas globales y nacionales en las décadas venideras Espino (2004), citado por Pérez (2007).

La participación comunitaria se exhibió como el principal proceso para garantizar la Atención Primaria de Salud, ya que era la única forma de superar la desigual distribución de recursos para garantizar la “Salud para Todos”; no obstante es a través del involucramiento de las comunidades en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los enfermos; y que sin participación y responsabilidad de las comunidades los programas de salud están destinados al fracaso. Sería necesario entonces desarrollar una adecuada educación de las habilidades de la comunidad para la participación (Organización Mundial de la Salud 1978).

La participación comunitaria es el “proceso por el cual los habitantes de las comunidades de manera individual o colectivamente asumen responsabilidades para identificar necesidades, perfilan soluciones potenciales y planifican las estrategias de resolución antes los problemas de salud.” Bermejo et al. (1993).

Rifkin (1996), resume que la participación comunitaria es un proceso social inseparable de los grupos humanos, los cuales identifican y comparten las mismas necesidades tratando de implementar estrategias para solucionarlas.

La razón más obvia de la participación comunitaria en la prevención y control de enfermedades transmisibles, es la financiera. Con el deterioro de

las condiciones socioeconómicas en muchos países no hubo recursos disponibles en la década de los 80s para el desarrollo de programas de control gubernamentales estructurados verticalmente. Así, los programas basados en la participación de las comunidades, fueron la solución encontrada para el logro de estrategias más costo-efectivas y sostenibles (Gubler y Clarck 1996).

“La importancia de la participación de la comunidad en los programas de lucha contra el vector, puede mejorar el apoyo a las actividades de los programas, generar cambios de conducta y conducir a una reducción en los índices larvales. También se ha señalado que para que sea costo-eficiente y sostenible, el programa de control debe incluir a todos los individuos en la participación activa ” (De la Cruz et al. 2001).

Igualmente Kourí (2006), señala que la participación comunitaria es un componente en los programas de combate al *Aedes aegypti* integrándose con las actividades de saneamiento ambiental y control químico. Esta no puede ser una actividad aislada y específica, sino un proceso continuo y permanente que se puede usar para desarrollar un programa integrado requiriéndose una discusión continua entre las comunidades y el personal del programa para producir actividades capaces de modificar prácticas y comportamientos humanos, que propicien la proliferación y el mantenimiento de criaderos potenciales de *Aedes Aegypti*.

Liborio et al. (2004), sostienen que para lograr un declinación significativa y continuada en el tiempo, de las infestaciones domésticas, es vital alcanzar una participación efectiva de la población en la disminución de los criaderos. Este autor explica que la participación comunitaria incluye a las comunidades en los planes de lucha contra el mosquito, creando conciencia en la población inculcándole valores como participar activamente

y no solo esperar que las autoridades de salud les hagan el trabajo comportándose la misma comunidad como participantes pasivos.

San Martín y Prado (2004), exponen que para lograr el sostenimiento de los programas y controlar el Dengue, es necesario que la comunidad se sensibilice con esta tarea, usando sus propios recursos e ideas, asumiendo el liderazgo en el diseño y la implementación de planes de acción

Cummings (1997), menciona que los primeros seguidores de la participación fueron las organizaciones no gubernamentales, pero ya en los años 90 este enfoque también fue popularmente adoptado por los gobiernos nacionales. La sociedad en su totalidad tomó la participación como una meta relacionada con un derecho fundamental de los individuos y como una herramienta importante para alcanzar el desarrollo.

Pérez (2007), plantea que para que se dé la participación, el poder como bien simbólico debe traducirse en valores y actitudes de las personas hacia la participación. Esto es, un cambio cualitativo de autovaloración de las personas y de revalorización del otro; sentirse con poder de hacer y dejar que los demás también hagan. Igualmente coincide con autores que plantean que una concepción integral de la participación debe contener al menos tres sentidos claves: formar parte, tener parte y tomar parte. Participar antes que todo es pertenecer, sentirse incluido. El segundo elemento es la asunción de responsabilidades y roles. Y por último, corona la idea de lo participativo el estar involucrado en la toma de decisiones, el sentir que se puede incidir en el curso de los acontecimientos

En el contexto del control de enfermedades transmisibles, la participación comunitaria fue conceptualizada como el empoderamiento de los individuos; y como un medio para incrementar la autonomía de las

personas sobre el cuidado de su salud (Espino et. al. 2004). Desafortunadamente, poca atención se brindó a explorar los intereses de la comunidad con relación a su participación en estos programas. Desde la perspectiva de sus beneficiarios, todo lo que se requiere para lograr un cuidado de salud efectivo con participación comunitaria es proporcionarle a la población el conocimiento técnico apropiado sobre las enfermedades y las estrategias para controlarlas y/o prevenirlas (Rifkin 1985; Manderson, et. al. 1991).

Según opinión de Bisset (2007), el control actual está basado principalmente en la reducción de los criaderos, mediante control físico, aplicación química, legislación y participación de la comunidad en la limpieza ambiental.

#### **2.2.7. . El Dengue**

Hoyos y Pérez (2010), consideran que el Dengue es una enfermedad viral transmitida por artrópodos causando gran morbilidad y mortalidad, es considerada una enfermedad infecciosa emergente y un problema de salud pública global. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, por lo que es considerada hoy en día como una enfermedad infecciosa emergente y un problema de salud pública global. Es la arbovirosis humana más importante en el mundo.

En los últimos años la diseminación geográfica de los mosquitos vectores como de los virus ha conducido a un resurgimiento de las epidemias de fiebre del Dengue y del Dengue hemorrágico. Alrededor de dos quintas partes de la población mundial está en riesgo y más de 100 países han sufrido brotes de Dengue o de fiebre hemorrágica del Dengue. La incidencia anual de la enfermedad alcanza hasta 50 millones de casos por año, de los cuales 500 000 personas son hospitalizadas y 20 000 mueren. La mayoría de

los casos de Dengue hemorrágico ocurre en niños menores de 15 años de edad, y el riesgo de contraer Dengue supera los dos mil millones de personas.

### **2.2.8 Agente etiológico**

El virus del Dengue es un arbovirus y pertenece al género de Flavivirus familia Flaviviridae que agrupa virus ARN de cadena simple en sentido positivo que se multiplican en células de vertebrados y de insectos vectores. El grupo virus Dengue está representado por 4 serotipos (o subespecies): Virus Dengue 1, Virus Dengue 2, Virus Dengue 3 y Virus Dengue 4; los cuales presentan características antigénicas y serología diferentes, presentando variantes genéticas (genotipos y topotipos) dentro de un mismo serotipo relacionadas con la virulencia y la procedencia geográfica de la cepa.

Es importante resaltar que el virus del Dengue tiene cercanía filogenética con otros flavivirus que causan la fiebre amarilla, la Encefalitis de San Luis, la Encefalitis Japonesa y la Fiebre del Virus del Oeste del Nilo.(Hoyos y Pérez 2010).

### **2.2.9. Vector**

El *Aedes aegypti* es el principal vector transmisor del Dengue, caracterizándose éste por ser de color oscuro, presentando manchas blancas en forma de anillos alrededor de sus patas y en forma de lira en su parte dorsal; igualmente el abdomen de la hembra es puntiagudo. La distribución de este insecto se ubica en las latitudes 40° N y 40° S, pudiendo ser susceptible a temperaturas extremas y climas cálidos secos. Inicialmente el hábitat del insecto siempre ha sido selvático, viviendo en huecos de árboles y en las bromelias. Sin embargo, con el transcurso del tiempo

cambió sus hábitos, siendo un mosquito de hábitos urbanos, es decir, viviendo dentro de las casas, específicamente en armarios, debajo de los muebles, caracterizándose estos lugares por ser oscuros. (Hoyos y Pérez 2010).

La hembra de este mosquito presenta una actividad de picadura en primeras horas del día y las últimas de la tarde, pudiendo alimentarse de uno o varios hospedadores, siendo esta la condición necesaria para causar la enfermedad del Dengue. Una vez alimentada la hembra deposita sus huevos en lugares donde exista agua, bien sea natural o artificial como pipas, pipotes, cavidades de arboles, tapas, y cualquier otro objeto que pueda almacenar agua. (Hoyos y Pérez 2010).

#### **2.2.10. Ciclo biológico del *Aedes aegypti***

**Huevos:** Estos pueden medir un milímetro de longitud, presentando forma ovalada y alargada, cuando están recién puestos son de color blanco y a las pocas horas se oscurecen hasta obtener un color negro. Luego estos huevos se convierten en larvas, teniendo lugar en los recipientes de agua que sirven como criaderos, éstas presentan 4 fases o estadios inmaduras, conocidas como estadio I, II, III y IV, iniciándose éstas cuando eclosionan los huevos y finalizando al transformarse en pupas y su tiempo de duración aproximadamente es de tres días en condiciones óptimas con presencia de una temperatura de 34°C; entre cada fase la larva realiza una muda desprendiendo el exoesqueleto o exuvia y lo realiza cada dos días, dependiendo de la alimentación al ingerir protozoarios, sedimentos y microorganismos (Hoyos y Pérez 2010).

**Larvas:** Se caracterizan por ser muy activas, con movimiento serpenteantes y prefieren estar en áreas sombreadas; sin embargo no

pueden recibir movimientos bruscos, ya que las perturba, haciendo que permanezcan escondidas hasta por varios minutos. Ellas necesitan aire atmosférico para respirar, el cual lo hace por medio del sifón que está ubicado en el último segmento abdominal, por lo cual es común encontrarlas justo por debajo de la superficie del agua (MSDS 2005). Cuando la larva se encuentra en estadio IV, última fase evolutiva acuática, se transforma en pupa.

**Pupa:** Es la última fase acuática del insecto, presentando una forma de coma, envuelta en un exoesqueleto queratinoso impermeable; siendo al principio de color blanco y al transcurso de 2 a 3 días se torna de un color negro, correspondiendo a la maduración del nuevo adulto o mosquito. Durante esta etapa la pupa no se alimenta y permanece en la superficie del agua respirando. En esta fase la taxonomía es muy complicada para su identificación, siendo recomendable recolectarla y criarla hasta dejar emerger el imago o adulto, para proceder a su identificación. (Thirion 2003)

**Adulto ó imago:** El adulto cuando emerger de la pupa, inmediatamente se posa sobre las paredes del recipiente por varias horas hasta lograr el endurecimiento de sus alas y su exoesqueleto. Luego de transcurrido las 24 horas la emergencia del adulto, el macho es atraído por el sonido emitido por el batir de las alas de la hembra durante el vuelo, ocurriendo el apareamiento, diferenciándose la hembra del macho por presentar palpos cortos y su tamaño es más mayor que éste. Pasados 2 días de emergida, la hembra está lista para alimentarse, ya que su proboscis ha madurado y tiende a preferir a los vertebrados, especialmente los humanos. Los insectos vuelan en sentido contrario al viento y son atraídas por los olores y gases del hombre. La sangre sirve para el desarrollo de los huevos. (Thirion 2003).

### **2.2.11 Reemergencia de la enfermedad.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 1997) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2000), mencionan que dos terceras partes de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores del Dengue, principalmente el *Aedes aegypti*, en donde pueden estar circulando simultáneamente los cuatro serotipos conocidos de este virus estimándose anualmente de 50 a 100 millones de casos por Dengue clásico (DC) y de 250 000 a 500 000 casos de Dengue hemorrágico (DH) en el mundo.

Esta enfermedad se ha extendido a varios países alrededor del mundo, en especial a los de las regiones tropicales y subtropicales en donde es una amenaza para más de 2500 millones de personas, por lo que en la actualidad se le considera como una de las principales enfermedades virales reemergentes y emergentes a escala mundial

Según Pimentel et al. (1999), el Dengue, al igual que las otras enfermedades transmitidas por vectores, es una condición emergente, producto de la compleja participación de numerosos factores que incluyen: cambios en la política de Salud Pública, énfasis en los programas de emergencia, abandono de políticas de erradicación de vectores, disminución de recursos económicos para mantener muchos programas de salud, cambios demográficos, asentamientos humanos descontrolados, cambios sociales y la falta de percepción de que, la enfermedad constituye un gran peligro para la salud.

### **2.2.12 Cuadro clínico.**

Por sus manifestaciones clínicas el Dengue ha sido descrito popularmente como “quebradora”, “trancazo” y “quebrantahuesos” entre

otros nombres (Thirión 2003), el período de incubación va de los tres a los catorce días, lo común es de cuatro a seis días (OPS 1995).

La infección con un serotipo del Dengue virus puede cursar en forma asintomática, se estima que esto ocurre en cuatro de cada diez casos; o bien produce un amplio espectro clínico, que va desde un síndrome viral no específico hasta una enfermedad hemorrágica severa y fatal, (Thirión 2003).

Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, aunque puede ser antecedida por diversos síntomas. La fiebre se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como Dengue sin signos de alarma. En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre este asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos. Puede existir dolor abdominal discreto y diarreas, esto último más frecuente en los pacientes menores de dos años y en los adultos. (OPS/OMS 2010)

Según los lineamientos del manejo clínico de pacientes con Dengue de la OPS/OMS (2011). El Dengue es considerado una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica, que puede aparecer sin síntomas o con un amplio espectro clínico que incluye expresiones graves y no graves. Posterior al período de incubación (de 7-14 días), la enfermedad comienza repentinamente y es seguida por tres fases: Fase Febril, Fase Crítica y Fase de Recuperación.

Fase Febril del Dengue: en esta fase los pacientes presentan fiebre alta y repentina, perdurando de 2 a 7 días, acompañándose de enrojecimiento de la piel, dolores de cuerpo, mialgias, artralgias, cefalea, y dolor retro-ocular, la anorexia, náuseas y vómitos son comunes. Durante la

Fase Febril es frecuente que ocurra bradicardia relativa; pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores en la piel (petequias y equimosis). La primera anomalía en el hemograma es una disminución progresiva del recuento total de glóbulos blancos; siendo este hallazgo importante para alertar al médico ante una alta probabilidad de Dengue.

Es importante considerar que las manifestaciones clínicas en esta fase son iguales en los pacientes que presentaran las formas graves y no graves de la enfermedad, por lo tanto, cuando el paciente se muestra en esta fase, es decisiva la vigilancia de signos de alarma, clínicos y de laboratorio que nos indiquen la ascensión hacia la Fase crítica.

Fase crítica del Dengue: Aproximadamente en el momento de la defervescencia, la cual se produce cuando la temperatura desciende a 37.5-38 °C ó se mantiene por debajo de este nivel, puede ocurrir un aumento de la permeabilidad capilar en paralelo con el aumento de los niveles de hematocrito, considerándose este momento como el inicio de la Fase Crítica del Dengue, el período de fuga de plasma clínicamente significativa por lo general dura de 24 a 48 horas y frecuentemente se presenta entre el 3ro y 7mo día de la enfermedad. En este punto los pacientes sin un aumento de la permeabilidad capilar mejorarán, mientras que aquellos con mayor permeabilidad capilar pueden empeorar como resultado de grandes reducciones en el volumen plasmático.

El grado de extravasación del plasma es variable, siendo el derrame pleural y la ascitis clínicamente detectables en función de la cantidad de plasma fugado y del volumen de líquidos administrados. La magnitud de la caída de la presión arterial media (PAM), del aumento del hematocrito y del estrechamiento de la presión de pulso (PP) refleja puntualmente la fuerza de la extravasación de plasma. Es recomendable una radiografía de tórax o ecografía abdominal para el diagnóstico de la extravasación de plasma. El

choque ocurre cuando se fuga una gran cantidad del volumen plasmático (igual o mayor al 40 % del volumen circulante). Casi siempre es precedido por la aparición de Signos de Alarma y se acompaña por una temperatura corporal inferior a la normal.

En algunos pacientes, el deterioro severo de órganos (hepatitis, encefalitis, miocarditis, sangrados importantes), puede desarrollarse sin evidente extravasación del plasma o choque. También puede haber afectación de otros órganos como riñones, pulmones, páncreas e intestinos. Es de vital importancia aclarar que los pacientes que presentan mejoría al descender la fiebre son clasificados dentro de los llamados Dengue Sin Signos de Alarma y los que se debilitan más y presentan signos de alarma, se clasifican como Dengue Con Signos de Alarma. Dentro de la nueva clasificación del Dengue es necesario mencionar que el Dengue está clasificado en Dengue grave y Dengue no grave, siendo dividido el Dengue no grave en dos grupos: Dengue con Signos de Alarma y Dengue sin Signos de Alarma.

Fase de Recuperación del Dengue: en esta fase el paciente se recupera de la Fase Crítica, manifestándose una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular al intravascular alrededor de las 24 a 48 horas, hay una mejoría del estado general, retorna el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, estabilizándose la condición hemodinámica, se aumenta la diuresis del paciente, algunas veces aparece una erupción cutánea con apariencia de "islas blancas en un mar rojo, coincidiendo o no con prurito generalizado, es común la bradicardia y alteraciones electrocardiográficas leves, el hematocrito se estabiliza, los leucocitos y los neutrófilos comienzan a subir e igualmente las plaquetas.

Debemos tener presente que la dificultad respiratoria, el derrame pleural y la ascitis pueden perdurar o agravarse si la administración de

líquidos parenterales es excesiva o prolongada durante la Fase Crítica o la Fase de Recuperación.

### **2.2.13 Vigilancia Epidemiológica**

La vigilancia epidemiológica es definida por la Guía de manejo clínico de pacientes con Dengue de la OPS/OMS (2011), como el estudio permanente y dinámico del estado de salud en la población, y tiene como propósito presentar opciones para la toma de decisiones. Desde el nivel operativo incluye la recopilación, procesamiento y análisis de los datos y riesgos en salud. La vigilancia del Dengue ofrece la oportunidad de utilizar el enfoque de riesgo en epidemiología desde el contexto de la historia natural de la enfermedad, pues su frecuencia, distribución y características están condicionadas por la participación de factores de riesgo específicos en la comunidad. Con el propósito de coordinar estos componentes y facilitar su estudio, se puede clasificar como factores clínicos, entomológicos, virológicos y factores de riesgo.

Es bueno comentar que para cada uno de estos componentes se han diseñado y desarrollado procedimientos concretos que, analizados de manera general permiten establecer el riesgo global de la enfermedad. Por otro lado, ya que el control del padecimiento se basa en el control del vector, la medición y estratificación del riesgo entomológico da la pauta para dicho control y a su vez sirve como parámetro fundamental para la evaluación de las acciones y de su impacto en la población.

### **2.2.14 Programas de control.**

Ya es conocido que durante años los insecticidas han sido usados para el control del *Aedes aegypti*, los cuales traen como consecuencia el

deterioro al medio ambiente, la resistencia de estos insectos y el alto costo que genera el uso de los mismos. Según Rodríguez et al. (2003), tanto en Cuba como en el resto de América el uso de insecticidas juega un papel importante en los programas de control de *Aedes aegypti*. La alta resistencia a DDT y otros insecticidas organoclorados llevó al comienzo del uso de insecticidas organofosforados

Además de los controles químicos antes mencionados, existen otros métodos de control como lo son, los biológicos; tales como el uso de peces, larvas de insectos acuáticos o depredadores. Asimismo Montenegro (2008), afirma que a pesar de los avances en el estudio de agentes potenciales, se debe tomar en cuenta que debido a la diversidad de enfermedades vectoriales y los hábitos naturales de los vectores, el control biológico puede representar sólo una parte de un programa de control, que para poder llegar a tener éxito, debe combinarse con métodos químicos, así como tomar en cuenta el manejo ambiental y la participación comunitaria, para formar parte de un programa integrado.

Para la (OPS 1999), es probable que la magnitud del problema del Dengue/Dengue hemorrágico en las Américas siga aumentando, debido a un aumento alarmante de la población de *Aedes aegypti*, la urbanización rápida y desorganizada, así como la proliferación de los barrios pobres en la mayoría de las ciudades de América. Es por esto que los programas de control con base local pueden hacerse sostenibles mediante cambios de comportamiento, aumentando su relación costo-eficacia con el transcurso del tiempo. Para que sean eficaces, los programas individuales, familiares y comunitarios deberán diseñarse usando el conocimiento local sobre la distribución del agua, la eliminación de desechos y el saneamiento básico.

También se necesita conocimiento de las organizaciones comunitarias y la función de los miembros dentro de la familia, sobre la base de este conocimiento se logran estrategias eficaces de cambios de comportamiento, aplicables a diferentes hogares y tipos de comunidad. Estos tipos de comunidad pueden agruparse alrededor de una combinación de factores como: disponibilidad y accesibilidad de agua y electricidad, densidad de la población, tipos de criaderos de *Aedes aegypti*, recolección de desechos, ingresos y educación, así como edificios y áreas de uso comunal.

Los cambios en el comportamiento que afecten a los factores determinantes y los riesgos solo pueden ocurrir mediante intervenciones educativas bien establecidas, las cuales son acciones en el largo plazo, y éstas se iniciarán desde el mismo comienzo del programa de prevención y control.

#### **2.2.15 La fumigación como estrategia de control.**

La totalidad de programas nacionales de prevención y control del Dengue se basan en el uso de diversos insecticidas para controlar las larvas y mosquitos adultos de *Aedes aegypti*. Normalmente los presupuestos de programas asignan la mayor parte de los fondos a los salarios del personal, la adquisición de químicos y la compra de equipo para aplicar los químicos.

Es importante mencionar que debido al desconocimiento de los gastos que se hacen en la adquisición de los insecticidas como métodos de control se está creando una deficiencia de fondos que pudieran servir para la implementación de otros componentes del programa.

En cualquier programa integral de prevención y control del Dengue, el uso de químicos tiene una función importante, siendo necesario evaluar cómo, cuándo y dónde se utiliza cada tipo de químico antes de emplearlo,

haciendo cumplir rigurosamente las normas que guían su uso. Lloyd (2003). Debido a que existen muchos usos para el temefos granulado, que es el larvicida de uso más común en actividades rutinarias y de respuesta a emergencias para el control de *Aedes aegypti*; es necesario evaluar su eficacia en el nivel comunitario o de operación para cada uno de los depósitos de agua que actualmente se están tratando con .estos, igualmente estos temas son válidos para la fumigación ambiental, ya sea con atomizador a volumen ultra bajo, termonebulizador o tratamiento aéreo, pues los costos son elevados en cuanto a la adquisición de químicos, y la mano de obra para aplicarlos.

Lloyd (2003), en relación con lo expuesto sugiere que una actividad final que debería formar parte de las actividades de control químico es el monitoreo rutinario de la susceptibilidad de los insecticidas. En los programas nacionales en la región de las Américas el uso de temefos para prevenir el desarrollo de larvas de mosquitos en los depósitos de agua es un componente importante, siendo importante señalar que el uso indiscriminado de químicos ha llegado a causar la resistencia de las larvas. En algunos países, el personal de los programas menciona que existe una resistencia pasiva al temefos y relatan historias de personas que eliminan el químico una vez que los trabajadores de campo de control de vectores se retiran, y de personas que se resisten activamente al uso del químico prohibiendo su colocación en los depósitos de agua (Lloyd, datos inéditos 2003). Es de hacer notar que, la aplicación continua de químicos por parte del personal de control de vectores fortalece la percepción de los miembros de las comunidades de que el gobierno es responsable de hacerse cargo de todas las facetas del control de vectores y que los residentes tienen poca o ninguna responsabilidad.

En el control de mosquitos adultos, los estudios han demostrado que la fumigación ambiental es relativamente ineficaz como estrategia de control rutinario, siendo utilizada únicamente para uso en emergencias. La OMS y la OPS notan que las medidas de control de emergencia durante una epidemia pueden incluir la aplicación de insecticidas como fumigación ambiental para matar a los mosquitos adultos utilizando máquinas portátiles o montadas en un vehículo de transporte de carga pesada, sin embargo, estos procedimientos no son muy efectivos ya que se debe tener en cuenta que el efecto letal es transitorio y usualmente las poblaciones de mosquitos se recuperan en una o dos semanas. A manera de conclusión es obligatorio evaluar todos los métodos de fumigación ambiental para determinar su eficacia en el campo, sin importar si éstos se están utilizando para acciones rutinarias o de emergencia. Lloyd (2003).

#### **2.2.16 Estrategia Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada (PL y CAA)**

Dicha estrategia fue creada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México, así como también por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Esta dirigida a profesionales de la salud buscando crear conciencia y hacer más activa la participación de las comunidades en la aplicación de medidas preventivas y de control ante el vector *Aedes aegypti* transmisor del Dengue. (1943-2003).

La estrategia "Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada," tiene como finalidad concientizar y activar a la población, en un ambiente familiar como comunitario con el propósito de que se apliquen medidas preventivas que resultan vitales para la protección de la salud. Con su implementación, se previenen las enfermedades transmitidas por vectores como el Dengue,

chagas, paludismo, picaduras de alacrán, entre otras, y de igual forma se previenen y evitan accidentes domésticos.

Para efectos de la estrategia se contempla como Patio, a los espacios ubicados en la parte delantera (garaje, o jardín), superior (azotea), trasera (jardín o solar) y aquellos lugares externos a la casa donde existan grietas, bordes, esquinas, lugares naturales tales como axilas de las plantas, huecos en rocas o árboles, o cualquier otro orificio que pueda acumular agua. Asimismo el cuidado del agua almacenada hace referencia a la protección y cuidado del agua que es utilizada para uso y consumo humano. En consecuencia a lo anterior un Patio Limpio es aquel en donde se han realizado acciones dentro y fuera del domicilio de saneamiento básico y que cumple con las siguientes cuatro características:

**Barrido:** Sin papeles, basura, polvo, bolsas, envolturas, latas, botella, tapas y en general todos aquellos objetos que puedan acumular agua, y sin presencia de heces fecales.

**Desyerbado:** Sin presencia de maleza, sólo plantas de ornato, pasto y hortalizas.

**Ordenado:** Que todo objeto que se encuentre en el patio esté limpio y acomodado, y que todos aquellos objetos que puedan acumular agua se encuentren volteados, tapados o colocados bajo techo como son: cubetas, botes, botellas, llantas, trastos, recipientes, refacciones automotrices, entre otros. En el caso de la existencia de bebederos de animales y floreros, estos deben encontrarse limpios y con agua nueva cada tercer día, deben lavarse para evitar que se adhieran los huevecillos o larvas de mosquito.

**Recipientes controlados:** Son los recipientes que almacenan 200 lts o más de agua, que están tapados y se lavan y cepillan cada tercer día, es conveniente que a estos se les ponga Abate que es un químico en polvo para eliminar las larvas que puedan presentarse.

### **Beneficios de tener un Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada**

Disminuye la presencia de mosquitos dentro y fuera de la casa

- Reducen las molestias provocadas por mosquitos
- Disminuye el uso y aplicación de insecticidas y larvicida
- Reduce el riesgo de enfermar a nivel individual y colectivo
- Se logra un ahorro y aprovechamiento del agua almacenada
- Se crean y fortalecen hábitos higiénicos en la familia
- Se optimizan los espacios para la recreación y convivencia familiar
- Se mejora la imagen y el entorno social y la calidad del ambiente en la medida en que se hace el saneamiento de la vivienda
- Se fortalecen lazos de colaboración y participación entre las familias
- Se crean y fortalecen medidas de prevención para la salud
- Se disminuyen y previenen accidentes domésticos
- Evita la proliferación de fauna nociva
- Previene la presencia de vectores que transmiten enfermedades como Dengue, Chagas, Paludismo, picadura de alacrán, entre otras.
- Contribuye al ahorro en la economía familiar, por la reducción de gastos empleados en el tratamiento de enfermedades

**Cuidado del agua almacenada:** es la protección sanitaria que impide la presencia de larvas de mosquitos en todos los recipientes de almacenamiento de agua para uso y consumo humano, incluyendo los bebederos de animales domésticos; para ello se deben:

- Lavar y cepillar fuertemente (en especial el interior de los recipientes, tales como, tambos, piletas, pilas, tanques, tinajas una vez a la semana).
- Tapar o proteger.
- Voltear o mantener bajo techo recipientes de poca capacidad de almacenamiento de agua como botes y cubetas.
- Utilizar peces en los depósitos de almacenamiento de agua (mayores a 500 lt de capacidad) o,
- Utilizar larvicida.

### **2.2.17 Desarrollo Sostenible**

Reed (1996), define al desarrollo sostenible como aquel desarrollo que tiene como eje central el ser humano, afirmando que su objetivo es el mejoramiento de la calidad de vida del hombre, fomentado en la conservación, es decir respeta la capacidad de la naturaleza para el suministro de recursos y servicios para el mantenimiento de la vida.

Esta definición abarca comportamientos que deben respetarse en la medida que la población humana busca satisfacer sus necesidades de supervivencia y bienestar, igualmente esta incluye tres componentes básicos, como son el componente social, económico y ambiental.

Cuando hablamos del componente económico es necesario aclarar que la sustentabilidad exige que las sociedades se encaminen por rutas de crecimiento económico, generando un aumento del ingreso haciendo que las políticas a corto plazo no conduzcan al empobrecimiento a largo plazo, demandando además que las sociedades generen un flujo óptimo de ingresos a la vez que mantienen las exigencias básicas de capital, siendo este capital el de fabricación humana, capital humana y capital natural.

La economía sostenible requiere de un enfoque diferenciado respecto al crecimiento, ya que muchas áreas del mundo que están en desarrollo necesitan aumentar su capacidad productiva y reducir el consumo de recursos naturales de una forma urgente. Ahora bien en cuanto a la dimensión social de un desarrollo sostenible, la equidad y una comprensión de la interdependencia de las comunidades humanas son requisitos básicos para una aceptable calidad de vida, el cual es principal objetivo de desarrollo.

Para que esta trayectoria del desarrollo sea para un periodo largo es urgente y necesario que las riquezas, recursos y oportunidades deben compartirse de modo equitativo, es decir que todas las personas tengan acceso a la educación, salud, vivienda, seguridad y derechos humanos. Esta dimensión social exige la participación política de todos los sectores sociales y la rendición de cuentas de todos los gobiernos, exhortando igualmente a aprovechar el conocimiento y experiencia de las poblaciones o comunidades fortaleciendo la capacidad de los grupos sociales para manejar sus propias vidas.

El desarrollo sostenible en cuanto a su dimensión ambiental se fundamenta en el mantenimiento de la integridad y productividad a largo plazo de los sistemas que mantienen la infraestructura ambiental. Esta dimensión se caracteriza porque exige el uso de los bienes ambientales de una forma que no disminuya la productividad de la naturaleza, ni la contribución general de los bienes y servicios ambientales al bienestar humano. Estos tres componentes del desarrollo sostenible deben orientarse de tal forma que generen un flujo estable de ingresos, asegurando la equidad social.

## **2.3 Bases Legales**

### **2.3.1. Participación en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).**

La Participación Comunitaria en el marco de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela está basada principalmente en un protagonismo directo del ciudadano, como actores controladores, gestores, y transformadores de su propio proceso participativo en la solución de los problemas sociales. Es por ello que la Constitución en más de 50 artículos menciona la importancia de la participación ciudadana como ejecutora de las actividades que son impulsadas desde las instancias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de la población, igualmente se da la oportunidad de intervenir en las decisiones públicas entre otras.

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999, El termino de participación se hace presente desde el preámbulo de la misma, afirmando que el pueblo venezolano en ejercicio de sus poderes, establece una sociedad democrática, participativa y protagónica con el fin supremo de refundar la República consolidando los valores de libertad, solidaridad, convivencia y bien común, igualmente el llamado a la participación se hace presente en una gran variedad de artículos desde distintos puntos de vista, bien sea como un derecho, como un deber, un espacio y por ultimo un proceso sociopolítico. Seguidamente en el desarrollo de su articulado se menciona que “ El gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y de las entidades políticas que la componen es y será siempre democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, responsable, pluralista y de mandatos revocables” (Artículo 6).

Asimismo en el Capítulo IV De los Derechos Políticos y del Referendo Popular en la Sección Primera: de los Derechos Políticos, los Artículos 62 y 70, mencionan:

“Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas.

La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica” (Artículo 62).

Artículo 70 “Son medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía, en lo político: la elección de cargos públicos, el referendo, la consulta popular, la revocatoria del mandato, la iniciativa legislativa. Constitucional y constituyente, el cabildo abierto y la asamblea de ciudadanos y ciudadanas cuyas decisiones serán de carácter vinculante, entre otros; y en lo social y económico, las instancias de atención ciudadana, la autosugestión, la cogestión, las cooperativas en todas sus formas incluyendo las de carácter financiero, las cajas de ahorro, la empresa comunitaria y demás formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y la solidaridad”.

En cuanto a los deberes en el Capítulo X, el Artículo 132, nos hace referencia a que: “Toda persona tiene el deber de cumplir sus responsabilidades sociales y participar solidariamente en la vida política, civil y comunitaria del país, promoviendo y defendiendo los derechos humanos como fundamento de la convivencia democrática y de la paz social”.

## **Del Poder Público Municipal.**

### **Capítulo IV artículo 168, y 184.**

Los Municipios constituyen la unidad política primaria de la organización nacional, gozan de personalidad jurídica y autonomía dentro de los límites de la Constitución y de la ley. Las actuaciones del Municipio en el ámbito de sus competencias se cumplirán incorporando la participación ciudadana al proceso de definición y ejecución de la gestión pública y en el control y evaluación de sus resultados, en forma efectiva, suficiente y oportuna, conforme la ley. (Artículo168).

### **Artículo 184.**

La ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen en materia de salud, educación, vivienda, deporte, cultura, programas sociales, ambiente, mantenimiento de áreas industriales, mantenimiento y conservación de áreas urbanas, prevención y protección vecinal, construcción de obras y prestación de servicios públicos.

La participación de las comunidades y ciudadanos y ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales, en la formulación de propuestas de inversión ante las autoridades estatales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos en su jurisdicción.

La participación de los trabajadores y trabajadoras y comunidades en la gestión de las empresas públicas mediante mecanismos autogestionarios y cogestionarios.

La creación de nuevos sujetos de descentralización a nivel de las parroquias, las comunidades, los barrios y las vecindades a los fines de garantizar el principio de la corresponsabilidad en la gestión pública de los gobiernos locales y estatales y desarrollar procesos autogestionarios y cogestionarios en la administración y control de los servicios públicos estatales y municipales. La participación de las comunidades en actividades de acercamiento a los establecimientos penales y de vinculación de éstos con la población.

### **2.3.2. Principios y mecanismos de la participación en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.**

**Principios de la participación:** Se enmarca en los siguientes artículos:

Artículo 6. El gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y de las entidades políticas que la componen es y será siempre democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, responsable, pluralista y de mandatos revocables.

Artículo 62. Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas. La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. (...). La comunidad organizada tiene derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud (...). El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. (...). El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Artículo 102. La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria(...) es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes del pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio de su personalidad en una sociedad democrática basada en la valoración ética del trabajo y en la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social consustanciados con los valores de la identidad nacional, y con una visión latinoamericana y universal. El Estado, con la participación de las familias y la sociedad, promoverá el proceso de educación ciudadana de acuerdo con los principios contenidos de esta Constitución y en la ley.

## **Mecanismos**

### **Participación como derecho**

Artículo 62. Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidos...

Artículo 63. El sufragio es un derecho. Se ejercerá mediante votaciones libres, universales, directas y secretas. La ley garantizará el principio de la personalización del sufragio y la representación proporcional.

Artículo 67. Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de asociarse con fines políticos, mediante métodos democráticos de organización, funcionamiento y dirección. Sus organismos de dirección y sus candidatos o candidatas a cargos de elección popular serán seleccionados o seleccionadas en elecciones internas con la participación de sus integrantes. (...). Los ciudadanos y ciudadanas, por iniciativa propia, y las asociaciones con fines políticos, tienen derecho a concurrir a los procesos electorales postulando candidatos y candidatas...

### **Participación como deber y responsabilidad del Estado.**

En el sentido de deber ciudadano y en torno a la participación la constitución en su artículo 62 establece que, Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas. (...) Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica.

Artículo 79. Los jóvenes y las jóvenes tienen el derecho y el deber de ser sujetos activos del proceso de desarrollo. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, creará oportunidades para estimular su tránsito productivo hacia la vida adulta y, en particular, para la capacitación y el acceso al primer empleo, de conformidad con la ley.

Artículo 127. Es un derecho y un deber de cada generación proteger y mantener el ambiente en beneficio de sí misma y del mundo futuro. Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. El Estado protegerá el ambiente, la diversidad biológica, genética, los procesos ecológicos, los parques nacionales y monumentos naturales y demás áreas de especial importancia ecológica. El genoma de los seres vivos no podrá ser patentado, y la ley que refiera a los principios bioéticos regulará la materia.

Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se desenvuelva en un ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley.

Artículo 132. Toda persona tiene el deber de cumplir sus responsabilidades sociales y participar solidariamente en la vida política, civil y comunitaria del país, promoviendo y defendiendo los derechos humanos como fundamento de la convivencia democrática y de la paz social.

### **Canales de la participación (en qué etapas del proceso se participa)**

Artículo 62. ...La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el

protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo.

**Artículo 84.** En cuanto al derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, (...). La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

**Artículo 184.** La ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo: La transferencia de servicios en materia de salud, educación, vivienda, deporte, cultura, programas sociales, ambiente, mantenimiento de áreas industriales, mantenimiento y conservación de áreas urbanas, prevención y protección vecinal, construcción de obras y prestación de servicios públicos. A tan efecto, podrán establecer convenios cuyos contenidos estarán orientados por los principios de interdependencia, coordinación, cooperación y corresponsabilidad.

La participación de las comunidades y ciudadanos y ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales, en la formulación de propuestas de inversión ante las autoridades estatales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos en su jurisdicción (...)

## **2.4. Los Consejos Comunales**

Rengifo (1997), expone que un consejo comunal “es una instancia de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales, los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de políticas públicas y proyectos, orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de la comunidad en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social”.

Villegas (2006), explica que, un consejo comunal es una organización construida entre vecinos de una misma comunidad con el fin de afrontar problemas comunes de ese entorno, en lo que se refiere a lo social, económico, salud, político, y otros, apoyándose en los proyectos desarrollados y nacidos de esa misma comunidad.

Como producto del análisis de la reforma a la Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública, fue creada la ley de los Consejos Comunales consolidándose la conciencia de los ciudadanos y ciudadanas que a través de su participación con propuestas y observaciones a los instrumentos legislativos, se sentarían las bases que a través de esta forma de organización la comunidad manejara la solución de sus problemas.

Este instrumento jurídico llega en el año dos mil seis a la Dirección de Participación Ciudadana, teniendo como objeto, regular la constitución, conformación, organización y funcionamiento de los consejos comunales como una instancia de participación para el ejercicio directo de la soberanía popular y su relación con los órganos y entes del Poder Público para la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas, así como los planes y proyectos vinculados al desarrollo comunitario.

Es importante reseñar que esta ley fue derogada por la Ley Orgánica de los Consejos Comunales (LOCC) publicada en Gaceta Oficial No. 39.335 de fecha veintiocho de diciembre del dos mil nueve entrando en vigencia en este mismo año, teniendo por objeto ,”regular la constitución, conformación y funcionamiento de los consejos comunales como instancias de participación para el ejercicio directo de la soberanía popular y su relación con los órganos y entes del Poder Público para la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas, así como los planes y proyectos vinculados al desarrollo comunitario.(Capítulo I, Artículo 1. LOCC, 2009) Igualmente en su artículo dos, nos define a los consejos comunales como:

“Instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos, ciudadanas y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades, en la construcción del nuevo modelo de sociedad socialista de igualdad, equidad y justicia social”.

Existen procedimientos muy claros para la creación de los Consejos comunales, los cuales están contenidos en el Capítulo III de la Ley. Entre los pasos pertinentes para su conformación destacan los siguientes:

Para conformar un Consejo comunal los ciudadanos y ciudadanas de un determinado sector deberán convocar una Asamblea Constituyente Comunitaria a fin de elegir por primera vez a todos aquellos voceros y voceras que conformarán los distintos comités de trabajo y demás integrantes de los órganos económicos financieros y de control del Consejo comunal. Es necesario mencionar que la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas es la instancia primaria para el ejercicio del poder, la

participación y el protagonismo popular. Sus decisiones serán vinculantes para el Consejo comunal una vez establecidos los reglamentos correspondientes. Las convocatorias a las Asambleas de Ciudadanos y Ciudadanas de la comunidad deben ser públicas, y se debe informar previamente la fecha, hora, lugar y motivo de dicha convocatoria. Se considerará válidamente constituida con la participación mínima del veinte por ciento (20%) de los habitantes de la comunidad mayores de quince (15) años. (Artículo 19).

A los efectos de la primera elección de los voceros y voceras de los comités de trabajo e integrantes de los órganos contralor y económico-financiero, se debe organizar una Comisión Promotora Provisional que tendrá como función organizar la elección de la Comisión Promotora y de la Comisión Electoral (Artículo 15). Dicha Comisión Promotora Provisional estará integrada por ciudadanos y ciudadanas de la comunidad que asuman esta iniciativa, con la participación de una o un representante designado por la Comisión Presidencial del Poder Popular respectivo, dejando constancia escrita en el acta que se levante para tal fin. En un lapso no mayor a treinta (30) días se convocará a una Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas para la elección de los integrantes de la Comisión Promotora y la Comisión Electoral.

La Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas elegirá la Comisión Promotora y la Comisión Electoral con la participación mínima del diez por ciento (10%) de la población mayor de quince (15) años de la comunidad respectiva.

La Comisión Promotora es la instancia encargada de convocar, conducir y organizar la Asamblea Constituyente Comunitaria en un lapso no mayor a noventa (90) días. Por su parte, la Comisión Electoral, elegida en asamblea de ciudadanas y ciudadanos, estará integrada por cinco (5)

habitantes de esa comunidad y será la encargada de organizar y conducir el proceso de elección de los voceros o voceras y demás integrantes del Consejo Comunal.

Una vez elegido el Consejo Comunal, se deberá redactar el acta constitutiva del mismo reflejando el nombre del Consejo Comunal, área geográfica que ocupa, número de familias que lo integran, listado de asistentes a la Asamblea especificando nombre, apellido y cédula de identidad, lugar, fecha y hora de la Asamblea, acuerdos de la Asamblea, resultados de la elección de las y los voceros, y demás integrantes de los órganos del Consejo Comunal.

Los Consejos Comunales serán registrados ante la Comisión Presidencial del Poder Popular, para lo cual harán entrega de los estatutos y acta constitutiva aprobados por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas. (Artículo 20) En adelante de acuerdo a lo establecido en el artículo tercero de la Ley de los Consejos Comunales, la corresponsabilidad, cooperación, solidaridad, transparencia, rendición de cuentas, honestidad, eficacia, eficiencia, responsabilidad social, equidad, justicia e igualdad social y de género serán los principios rectores de todo Consejo Comunal.

#### **2.4.1. Estructura de los Consejos Comunales**

Para su funcionamiento, el Consejo Comunal está estructurado de la siguiente forma, según el Artículo 7 de la Ley de Consejos

El órgano ejecutivo está integrado por los voceros y voceras de cada comité de trabajo, es la instancia del Consejo Comunal encargada de promover y articular la participación organizada de las y los integrantes de la comunidad, los grupos sociales y organizaciones comunitarias en los

diferentes comités de trabajo; se reunirá a fin de planificar la ejecución de las decisiones de la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas, así como conocer las actividades de cada uno de los comités y de las áreas de trabajo. (Artículo 7 y 8).

El Artículo 9 de la misma Ley señala que la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas determina y elige el número de voceros o voceras de acuerdo a la cantidad de comités de trabajo que se conformen en la comunidad, tales como:

- Comité de Salud.
- Comité de Educación.
- Comité de Tierra Urbana o Rural.
- Comité de Vivienda y Hábitat.
- Comité de Protección e Igualdad Social.
- Comité de Economía Popular.
- Comité de Cultura.
- Comité de Seguridad Integral.
- Comité de Medios de Comunicación e Información.
- Comité de Recreación y Deportes.
- Comité de Alimentación.
- Mesa Técnica de Agua.
- Mesa Técnica de Energía y Gas.
- Comité de Servicios.
- Cualquier otro que considere la comunidad de acuerdo a sus necesidades.

**La Unidad de Gestión Financiera.** Es el órgano económico-financiero y está integrado por cinco (5) habitantes de la comunidad electos o electas por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas, que funciona como un ente de ejecución financiera de los Consejos Comunales para administrar

recursos financieros y no financieros, servir de ente de inversión y de crédito, y realizar intermediación financiera con los fondos generados, asignados o captados.

A los efectos de esta Ley, la unidad de gestión financiera se denominará Banco Comunal. El Banco Comunal pertenecerá a un Consejo Comunal o a una Mancomunidad de Consejos Comunales, de acuerdo con el desarrollo de las mismas y a las necesidades por ellos establecidas (Artículo 10).

**La Unidad de Contraloría Social.** Es el órgano de control y está conformado por cinco (5) habitantes de la comunidad, electos o electas por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas para realizar la contraloría social y la fiscalización, control y supervisión del manejo de los recursos asignados, recibidos o generados por el consejo comunal, así como sobre los programas y proyectos de inversión pública presupuestados y ejecutados por el gobierno nacional, regional o municipal (Artículo 11).

#### **2.4.2. Funcionamiento de los Consejos Comunales:**

La Ley de los Consejos Comunales establece las funciones que deben desarrollar los distintos órganos que integran esas organizaciones de participación popular.

**Funciones del órgano ejecutivo** El Artículo 21 señala las siguientes funciones para el órgano Ejecutivo:

- Ejecutar las decisiones de la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas.

- Articular con las organizaciones sociales presentes en la comunidad y promover la creación de nuevas organizaciones donde sea necesario, en defensa del interés colectivo y el desarrollo integral, sostenible y sustentable de las comunidades.
- Elaborar planes de trabajo para solventar los problemas que la comunidad pueda resolver con sus propios recursos y evaluar sus resultados.
- Organizar el voluntariado social en cada uno de los comités de trabajo.
- Formalizar su registro ante la respectiva Comisión

#### **Presidencial del Poder Popular.**

- Organizar el Sistema de Información Comunitaria.
- Promover la solicitud de transferencias de servicios, participación en los procesos económicos, gestión de empresas públicas y recuperación de empresas paralizadas mediante mecanismos autogestionarios y cogestionarios.
- Promover el ejercicio de la iniciativa legislativa y participar en los procesos de consulta en el marco del parlamentarismo social.
- Promover el ejercicio y defensa de la soberanía e integridad territorial de la nación.
- Elaborar el Plan de Desarrollo de la Comunidad a través del diagnóstico participativo, en el marco de la estrategia endógena.

- Las demás funciones establecidas el Reglamento de la presente Ley y las que sean aprobadas por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas

#### **Funciones de la Unidad de Gestión Financiera (Banco Comunal):**

En su Artículo 22, la citada Ley señala las funciones de la Unidad de Gestión Financiera o banco Comunal:

- Administrar los recursos asignados, generados o captados tanto financieros como no financieros.
- Promover la constitución de cooperativas para la elaboración de proyectos de desarrollo endógeno, sostenibles y sustentables.
- Promover formas alternativas de intercambio, que permitan fortalecer las economías locales.
- Promover el desarrollo local, los núcleos de desarrollo endógeno y cualquier otra iniciativa que promueva la economía popular y solidaria.

#### **Funciones de la Unidad de Contraloría Social:**

El Artículo 23 de la Ley de los Consejos Comunales indica que son funciones de la Unidad de Contraloría Social las siguientes:

- Dar seguimiento a las actividades administrativas y de funcionamiento ordinario del Consejo Comunal en su conjunto.
- Ejercer la coordinación en materia de contraloría social comunitaria.
- Ejercer el control, fiscalización y vigilancia del proceso de consulta, planificación, desarrollo, ejecución y seguimiento de los proyectos comunitarios.

## 2.5 Definición de Términos Básicos

**Dengue:** enfermedad infecciosa vírica que se transmite por picada de un mosquito. Los afectados por la enfermedad presentan fiebre elevada, erupción cutánea, dolores musculares y articulares y, en los casos más graves, hemorragias. A pesar de que es una enfermedad benigna, suele tener un carácter epidémico, especialmente en países tropicales y subtropicales (diccionario médico, 2011).

***Aedes Aegypti*:** “Es un mosquito o zancudo que vive en las áreas tropicales y subtropicales. Se reconoce porque tiene patas pintas blanco y negro, vive en las casas o cerca de ellas, se esconde en lugares oscuros, y pica durante el día. La hembra del mosquito es la causante de la transmisión de la enfermedad del Dengue de una persona enferma a una persona sana. También puede transmitir fiebre amarilla y encefalitis” (Rowe 2007).

**Participación:** proceso social en el que las organizaciones, grupos, instituciones y comunidades en general, intervienen en la identificación de sus problemas, uniéndose para diseñar y poner en práctica posibles soluciones (Sanabria 2001).

**Prevención:** medidas que se deben realizar para proteger de las enfermedades a los seres humanos o animales. Pueden ser independientes de las destinadas al control de las enfermedades. (OMS 1997).

**Control:** El término control presenta varios significados, pero en este estudio se está relacionando a la proliferación de insectos y para Pratt, significa “freno, inhibición o prohibición; contención, guía, manipulación; influencia, positiva o negativa. La forma verbal, controlar significa en castellano comprobar, reprimir, guiar” (Rowe 2007).

**Vector:** Organismo que transmite los microorganismos de las enfermedades de personas o animales infectados a personas o animales sanos. (OMS 1997).

**Virus:** Es un agente genético que no posee metabolismo ni organización celular. Contiene toda la información necesaria para su ciclo reproductor, pero necesita otras células vivas para conseguirlo. (OMS 1997).

**Enfermedad emergente:** Aquella cuya incidencia en los seres humanos ha aumentado en las últimas dos décadas. Ejemplo: Dengue, cólera, resistencia antimicrobiana. (OMS 1997).

**Enfermedad reemergente:** Es aquella que reaparecen después de una disminución significativa en la incidencia. Ejemplo: malaria, tuberculosis. (OMS 1997).

**Epidemia:** Manifestación, en una comunidad o región, de casos o brotes de una enfermedad con una frecuencia que excede netamente la incidencia o número de casos nuevos prevista como normal. (OMS 1997).

**CAP:** Es una metodología cuantitativa que permite obtener información cualitativa. (Gumucio 2011); en este caso es Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

La metodología de la investigación implica la determinación de parámetros por parte del investigador para seleccionar los métodos más apropiados que le conduzcan a lograr los objetivos de su estudio.

#### **3.1 Tipo de Investigación.**

Para Méndez (1998), un estudio descriptivo, "...es aquel que identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos, descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación".

Para Arias (2006); "... los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables y aun cuando no se formulen hipótesis, tales variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación".

#### **3.2 Diseño de la Investigación.**

El investigador se plantea las estrategias a seguir para encontrar la solución más expedita a la situación problemática. En este sentido para Hernández, Fernández y Baptista (1999). "El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio, contestar las interrogantes que se ha planteado y analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular

Igualmente, Balestrini (2006), nos señala que: “Un diseño de Investigación se define como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correctas técnicas de recolección de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos...”

La investigación de campo según Arias (2006), consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna. Asimismo Hurtado (2000), describe que la investigación de campo tiene como propósito “...describir un evento mediante la obtención de los datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural”.

En concordancia con lo antes citado, este estudio se considera una investigación de campo con características de proyecto factible el cual es definido por Arias (2006), como una de las modalidades de la investigación de campo, el mismo consiste en “la elaboración de una propuesta de un modelo operativo viable o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social”. En este caso los datos se recolectaron en forma directa de la realidad del estudio, a partir de datos originales o primarios, es decir se adquirieron directamente de los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo, Venezuela.

### **3.3 Población.**

Para el autor Ramírez (1999), la población “...el universo, individuo, objeto, entre otros que pertenecen a una misma clase por poseer características similares, pero con la diferencia que se refiere a un conjunto limitado por el ámbito del estudio a realizar”. La población seleccionada para esta investigación estuvo conformada por una población de cuatrocientos

sesenta y nueve (469) habitantes de la parroquia Tres Esquinas (Censo Barrio Adentro 2010).

### **3.4 Muestra.**

Tomando en cuenta que la totalidad de la población es de considerable proporción, se procedió a aplicar el muestreo por conveniencia, o intencional tal cual como lo realizó Méndez (1998), “la selección de los elementos se deja a los investigadores y a quienes aplican el cuestionario; éstos son seleccionados dado la facilidad de acceso a la conveniencia”. En relación a lo antes planeado y para efecto de esta investigación, se tomó como muestra un 42,6% del total de familias (469), es decir fueron 200 entrevistados, seleccionando al Jefe (a) de familia o persona mayor de 15 años, para aplicación del instrumento de recolección de datos.

### **3.5 Técnicas e Instrumento de Recolección de la Información.**

Como técnica de investigación se aplicaron encuestas CAP a jefe (a) de familia o persona mayor de 15 que estuviese presente en el momento de la entrevista previo consentimiento informado el cual según Meo (2010), es aquella invitación que se le hace a la población a colaborar en un proyecto de investigación en el cual ellos son objeto de estudio ante un problema específico. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, sistemático, estructurado y regulado con el fin de recabar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que se tienen sobre la enfermedad del dengue, medidas de prevención y control.

El objetivo de los métodos cuantitativos de recogida de datos es cuantificar y medir un fenómeno gracias al uso de cuestionarios y al tratamiento estadístico de las informaciones recogidas. Las encuestas por cuestionarios son el principal método cuantitativo de recogida de datos.

Consiste en interrogar, con ayuda de un cuestionario, a una muestra de individuos lo más representativa posible del conjunto de la población estudiada. Una de las ventajas de la encuesta CAP es permitir, en el transcurso de un sondeo la recogida de una gran cantidad de datos que será objeto de análisis estadísticos.

Se aplicó un cuestionario el cual estuvo compuesto de 31 items divididos en cuatro sesiones: 1) Sesión de identificación del entrevistado, 2) Sesión conocimiento de la enfermedad y el vector 3) Sesión actitudes de la población y prácticas en medidas de prevención y control, 4) Sesión participación comunitaria y 5) Sesión información socioeconómica.

### **3.6 Validez del Instrumento.**

Según Hurtado (2000), la validez, "... se refiere al grado en que un instrumento mide lo que pretende medir, mide todo lo que el investigador quiere medir y mide sólo lo que quiere medir". Al considerar el tipo de contenido referido "... al grado en que un instrumento abarca todos o una gran parte de los contenidos o los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explorar sólo una parte de éstos". Para la validez de contenido de los instrumentos, se trabajó de la siguiente forma:

1. Se elaboró un conjunto de ítems.
2. Se solicitó la opinión de tres expertos en el área de la temática a evaluar y en metodología; y éstos sobre la base de los criterios de suficiencia, pertinencia y claridad emitieron su apreciación de manera cualitativa sobre la viabilidad del instrumento.

### **3.7 Presentación de los resultados.**

Para la presente investigación, la presentación de los resultados se estableció a través de la técnica sugerida por el autor Méndez (2000), de la

cual señala que "...implica el ordenamiento de la información que al ser procesada y cuantificada por ítems y agrupada por variables, permite la presentación en tablas y gráficos de la información". Es así como a través de esta técnica se registraron los cálculos y construyeron gráficos de barras que generaron la información y a través de los cuales se pudo confrontar las opiniones recolectadas.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario fueron sometidos a un análisis posterior, esto se logró procesando la información a través del programa SPSS versión 15, en donde se realizó tanto la tabulación de los datos como la representación gráfica de dichos datos. Luego de construidas las tablas con sus respectivas frecuencias, así como también los gráficos se procedió a realizar el análisis e interpretación de la información, todo esto permitió identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los habitantes sobre la enfermedad, del dengue, sus medidas de prevención y control y formular una propuesta de participación comunitaria que permita prevenir y controlar la enfermedad del Dengue en la parroquia Tres Esquinas, Trujillo Venezuela.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Este capítulo revela los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue, sus medidas de prevención y control involucrando la participación comunitaria como una estrategia de promoción de la salud en la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela. A continuación se muestra en términos de tablas, gráficos y porcentajes, con su debida interpretación y análisis los resultados de la presente investigación, vale decir que los mismos, fueron confrontados con la teoría que sustenta el estudio. Por consiguiente, para analizar dichas variables se partió del diagnóstico del conocimiento que tienen los habitantes sobre la enfermedad del Dengue, su transmisión, vector, y síntomas, identificar las actitudes de los entrevistados que facilitan o limitan la prevención y control del Dengue, describir las prácticas relacionadas con el agua almacenada como estrategia para prevención y control del Dengue por los habitantes determinando la participación y aceptación de la población encuestada en las actividades de prevención y control de Dengue.

#### 4.1. Información socioeconómica

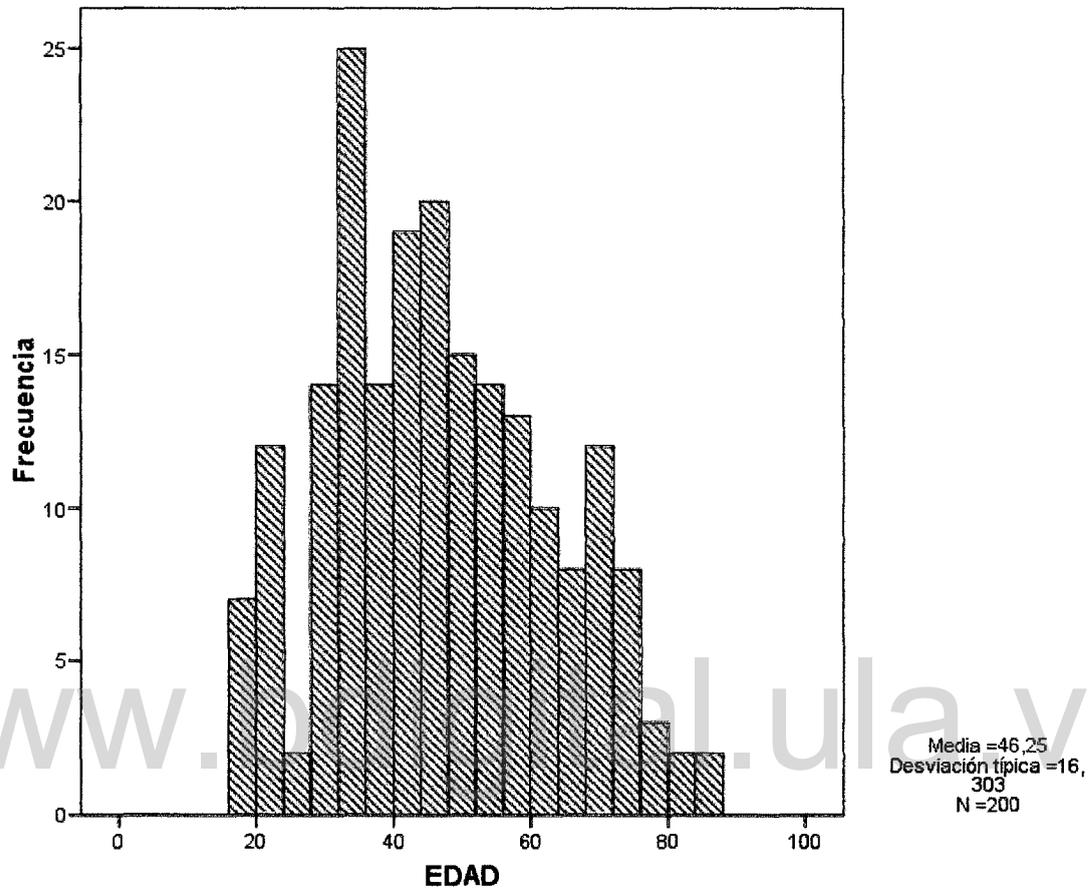


Gráfico 1

En el siguiente gráfico podemos observar que la población encuestada está ubicada en grupo etario de 46 años aproximadamente, según lo indica la media aritmética; con una muestra de 200 personas, desviación típica igual a 16, suceso de gran importancia debido a que es una población en su mayoría adultos.

Tabla 1  
Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	86	43,0
OTROS	62	31,0
PROFESIONAL	31	15,5
ESTUDIANTE	21	10,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

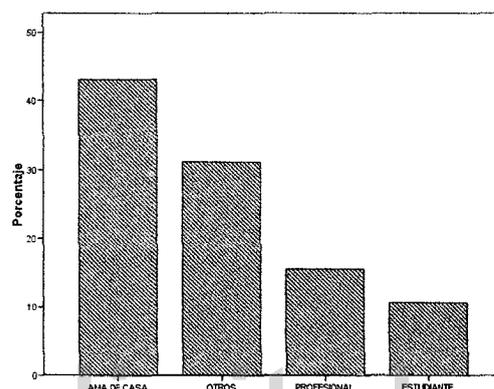


Gráfico 2

Fuente: Datos de la Tabla 1

En cuanto a la ocupación de los encuestados (200) 43% (86) son amas de casa, mientras que 31% (62) representan ocupación u oficio como choferes, mecánicos y albañiles, igualmente es de hacer notar que el 15,5% (31) son profesionales y por último un 10,5 (21) son estudiantes.

Tabla 2  
Tipo de vivienda

	Frecuencia	Porcentaje
CASA	191	95,5
QUINTA	8	4,0
RANCHO	1	,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

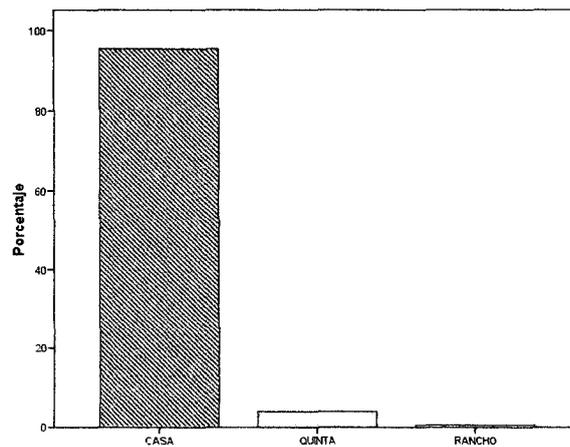


Gráfico 3

Fuente: Datos de la Tabla 2

El tipo de vivienda en la comunidad de Tres Esquinas se caracterizó por ser casa con un 95,5% es decir (191) personas habitan en el tipo de vivienda conocido como casa, el 4,0% (8) en tipo quinta y por último 0,5% (1) habita en vivienda tipo rancho.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 3

Material predominante en las paredes exteriores

	Frecuencia	Porcentaje
LADRILLO FRISADO	191	95,5
LADRILLO SIN FRISAR	3	1,5
ADOBE FRISADO	3	1,5
CONCRETO	2	1,0
OTROS	1	,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

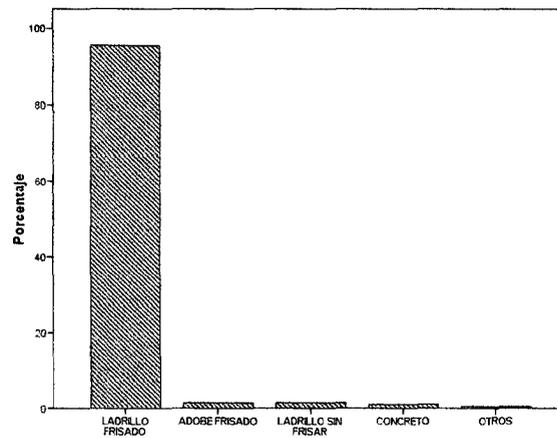


Gráfico 4

Fuente: Datos de la Tabla 3

Cuando analizamos el material predominante en las paredes exteriores de la casa el 95,5% (191) son de ladrillo frisado, 1,5% (3) ladrillo sin frisar, un 1,5% (3) adobe frisado, de concreto 1,0% (2) y finalmente 0,5% (1) correspondió a otros siendo el adobe sin frisar.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 4

Material predominante en el techo

	Frecuencia	Porcentaje
PLATABANDA	121	60,5
ZINC	43	21,5
OTRO	27	13,5
TEJA	5	2,5
ASBESTO	4	2,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

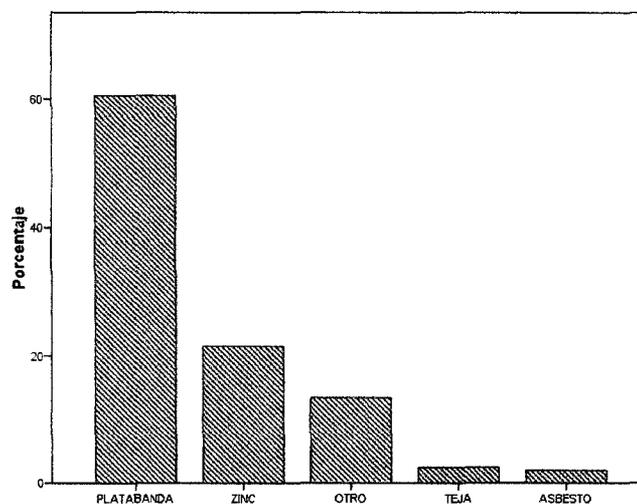


Gráfico 5

Fuente: Datos de la Tabla 4

Para el tipo de material predominante en el techo la platabanda representó 60,5% (121), siguiéndole el zinc con 21,5% (43), otros materiales como acerolit 13,5% (27), un 2,5% (5) lo representó la teja y por último el 2,0% (4) el asbesto.

Tabla 5

Material predominante en el piso

	Frecuencia	Porcentaje
OTROS	121	60,5
CERAMICA	47	23,5
GRANITO	16	8,0
TERRACOTA	11	5,5
VINIL	3	1,5
MOSAICO	1	,5
LADRILLO	1	,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

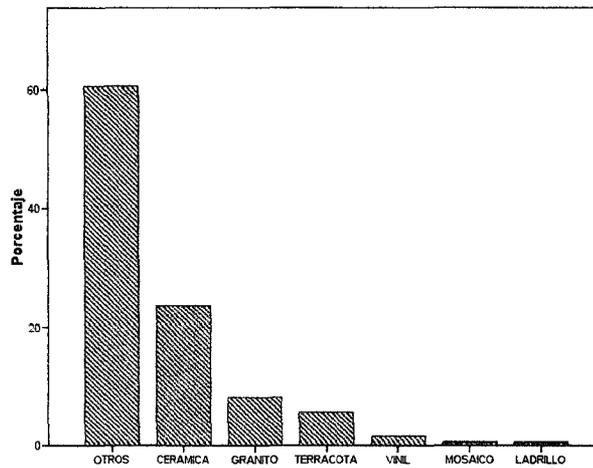


Gráfico 6

Fuente: Datos de la Tabla 5

Notamos que al realizar la pregunta del material predominante en el piso un 60,5% (121) respondió otros materiales como piso de cemento, un 23,5% (47) piso de cerámica, el 8,5% (16) es de granito, el 1,5% (3) es vinil, un 0,5% (1) mosaico y finalmente un 0,5% (1) ladrillo.

Tabla 6

El agua potable llega a esta vivienda por

	Frecuencia	Porcentaje
ACUEDUCTO	186	93,0
OTROS	14	7,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

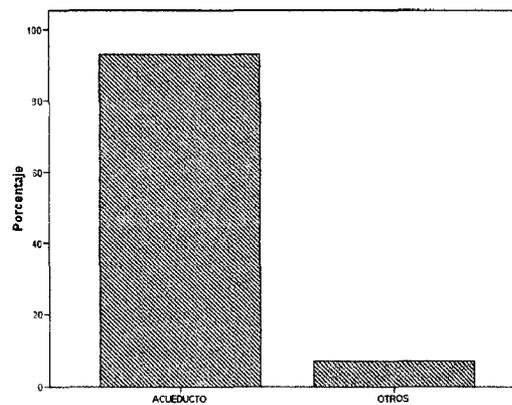


Gráfico 7

Fuente: Datos de la Tabla 6

En cuanto a la disposición de agua potable, esta comunidad estudiada representó un 93% (186) les llega agua por acueducto y el restante 7% (14) es por otros medios como nacientes.

Tabla 7  
Servicios básicos

	Frecuencia	Porcentaje
SI	200	100,0

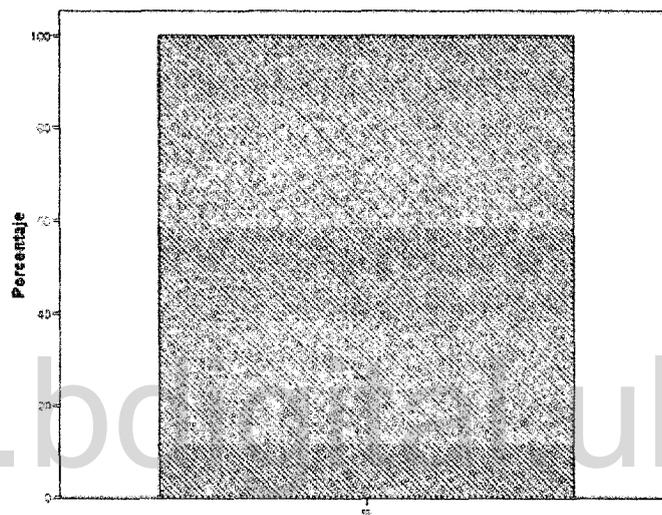


Gráfico 8

**Fuente:** Datos de la Tabla 7

En el gráfico 08 se identifica que el 100% de los doscientos encuestados cuentan con los servicios básicos como son: agua, luz, gas.

## 4-2 Conocimiento de la enfermedad

Tabla 8

Conocimiento de la enfermedad del Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
SI	179	89,5
MEDIANAMENTE	15	7,5
NO	6	3,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

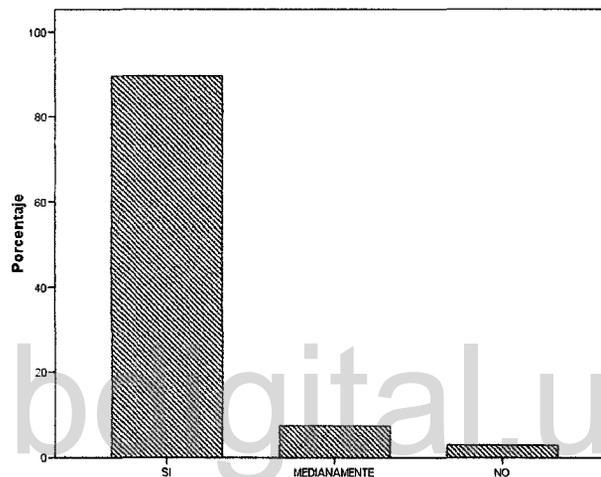


Gráfico 9

Fuente: Datos de la Tabla 8

Observando los datos de la tabla 8, se tiene que el 89,5 % (179) de los encuestados respondió conocer la enfermedad del Dengue, 7,5% (15) declaran que la conoce medianamente y el 3% (6) restante desconoce la enfermedad.

Por lo notado se estimó que de las 200 personas encuestadas hay un alto porcentaje que conoce la enfermedad del Dengue pudiendo estar relacionado este conocimiento a que la zona en estudio en años anteriores fue endémica, coincidiendo con investigaciones anteriores hechas por Jamanca et al. (2004), en Perú donde encontró que el 69,2% de los entrevistados manifestaron conocer la enfermedad, lo cual era esperado debido a que la zona estudiada se caracterizó también por ser endémica a la

enfermedad del Dengue por lo tanto la población adquirió el conocimiento por haber presentado casos en años anteriores. Esta explicación es consistente con los hallazgos previos que reportan que personas procedente de zonas epidémicas o donde hay mayor riesgo de sufrir la enfermedad, tienen mejor nivel de conocimiento sobre la misma.

Tabla 9

Medio por el cual se ha obtenido información sobre el Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
PRENSA	87	43,5
RADIO	67	33,5
TV	34	17,0
ORGANISMOS PUBLICOS	12	6,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

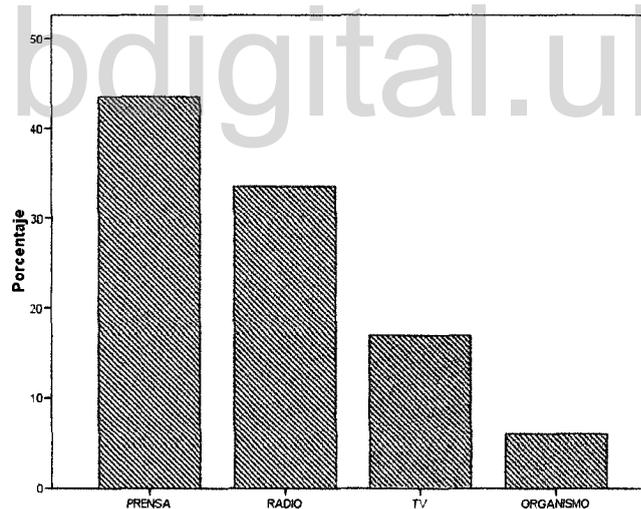


Gráfico 10

Fuente: Datos de la Tabla 9

Según los resultados ilustrados en el Gráfico 10, se evidencia que el 43,5% (87) de los encuestados obtuvo la información a través de otros medios tales como prensa, un 33,5% (67) mediante la radio, el 17% (34) por medio de la televisión y finalmente 6% (12) lo obtuvo de organismos como son Fundasalud, Sanidad y Defensa Civil.

Tal cual como fue percibido a través de la encuesta realizada a los habitantes de los distintos sectores de la parroquia Tres Esquinas consideran que la prensa es el medio por el cual obtuvieron la información de la enfermedad del Dengue. Al respecto Solís, Quesada y Gutiérrez(2010), en Costa Rica plantean que los medios de comunicación son unas de las herramientas más importante de transmisión masiva de información y opiniones antes durante y después de una emergencia de salud pública, ya que proporcionan información para una gestión eficaz de las comunicaciones en una situación de brote epidémico, es importante señalar que las organizaciones sanitarias conciben a la comunicación como una alternativa efectiva al servicio de la promoción de la salud, en el desarrollo de habilidades personales

Analizando nuestros resultados podemos afirmar que los medios de comunicación, como escritos, radiales y televisivos son de vital importancia en la difusión de información sanitaria hacia la colectividad, ya que su propósito es la sensibilización para que la comunidad adopte conocimientos, actitudes y prácticas con mensajes e informaciones educativas claras y orientadoras promoviendo la participación en la lucha contra el Aedes aegypti, vector del Dengue.

Tabla 10

Padecimiento de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
NO	120	60,0
SI	80	40,0
Total	200	100,0

**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora

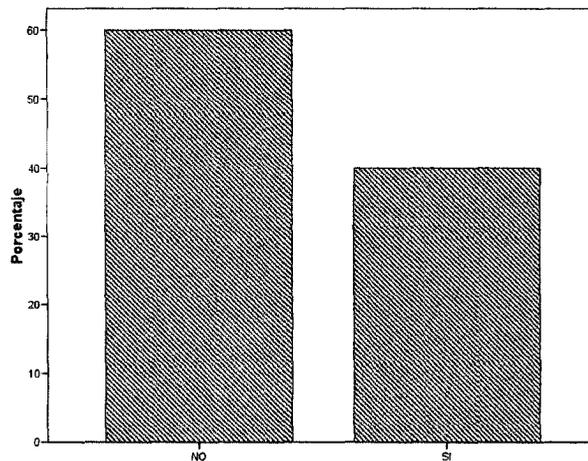


Gráfico 11

Fuente: Datos de la Tabla 10

En relación a la pregunta formulada ¿Ha padecido usted o algún miembro de su familia la enfermedad? Encontramos que de las 200 personas entrevistadas 60% (120) respondió que no la ha padecido y el 40%(80) respondió si haberla sufrido.

Hoyos y Pérez (2010), describen que el Dengue es la enfermedad viral transmitida por artrópodos que más morbilidad y mortalidad ocasiona mundialmente. En las últimas décadas se ha observado su aumento considerándose un problema de salud pública, por su magnitud es la arbovirosis humana más importante del mundo. Se considera que la población mundial en riesgo de contraer Dengue supera los 2 000 millones de personas y es la décima causa de muerte debida a enfermedades infecciosas.

Es necesario convencer a la población de que la propagación geográfica de los mosquitos vectores y de los virus del Dengue ha conducido a un resurgimiento de las epidemias de fiebre del Dengue y del Dengue hemorrágico en los últimos 25 años, con la aparición de brotes en los que pocos individuos de una misma comunidad escapan a la infección. Es por ello que en nuestra investigación los resultados obtenidos nos

revelan que la comunidad de Tres Esquinas a pesar de haber presentado un porcentaje menor en cuanto a si padeció la enfermedad de Dengue esta no escapa a nuevos episodios de la enfermedad por las características descritas anteriormente del virus y el vector.

Tabla 11

Gravedad de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
SEVERA	81	40,5
OTROS	64	32,0
MODERADA	40	20,0
LEVE	15	7,5
	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

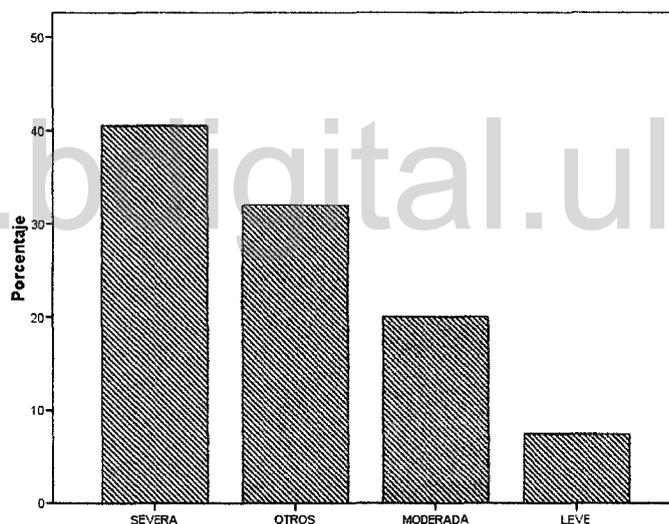


Gráfico 12

Fuente: Datos de la Tabla 11

Según la opinión de los encuestados, un 40,5% (81) refirió que la enfermedad es severa, mientras que el 32%(64) estima que es mortal y algunos desconocen la gravedad de la enfermedad tal cual como lo evidencia la barra "otros", asimismo notamos que el 20%(40) expresan que es moderada y el 7,5% (15) dicen que es leve.

El Dengue clásico, junto con sus formas más graves, el Dengue hemorrágico y el síndrome de choque del Dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de las Américas y puede afectar negativamente las economías nacionales de la región. Las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores (Leite et al. 2002).

Como podemos observar las personas de la comunidad estudiada perteneciente a la parroquia Tres Esquinas manifestaron tener conocimientos de que la enfermedad del Dengue es severa, siendo esto de gran importancia ya que los individuos al estar presente ante un brote manejarían mejor la situación, manifestándose este conocimiento en mejores prácticas de prevención y control tan necesarios en la eliminación del vector causante del Dengue.

Estos resultados coinciden con los de Cooke (2010), en investigaciones hechas en Panamá donde encontró que de la población estudiada un 84,8% asumió que la enfermedad es severa.

Tabla 12

Transmisor del Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
ZANCUDO	189	94,5
NO SABE	6	3,0
ANGOLETA	5	2,5
Total	200	100,0

**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora

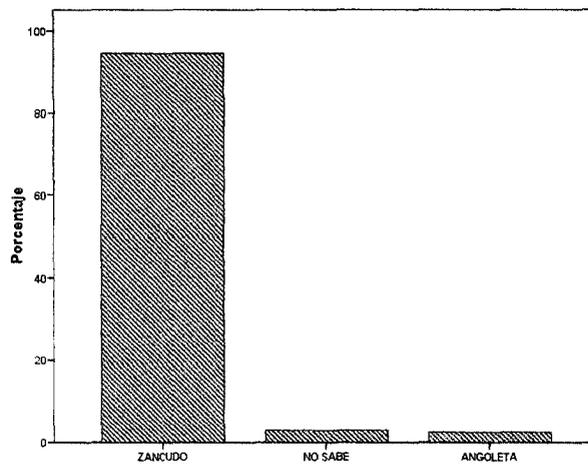


Gráfico 13

**Fuente:** Datos de la Tabla 12

Como se puede ver los resultados obtenidos en el Gráfico 13 presenta la siguiente información: en un 94,5% (189) estima que el zancudo es el principal transmisor del Dengue, un 3% (6) no sabe y en un 2,5% (5) opina que es la angoleta.

Para entender la transmisión de la enfermedad del Dengue, deben asociarse la presencia del zancudo en los hogares y las condiciones favorables para su reproducción, siendo de vital importancia que la población conozca a estos mosquitos como la especie más peligrosa por tener la capacidad de transmitir el mayor número de enfermedades arbovirales al hombre.

Es de hacer notar que en nuestra investigación la mayoría de las personas encuestadas reconocieron al zancudo como el principal trasmisor del Dengue, coincidiendo con trabajos anteriores en donde Leite et al. (2002), en Paraguay encontraron que el 96,8% de los encuestados identificaron a los zancudos como principales transmisores del Dengue., éstos conocimientos en torno a que el mosquito es el que causa el Dengue se debe a que esta parroquia ha sido intervenida por presentar casos de

Dengue clásico y Dengue hemorrágico en años pasados (Dirección Regional de Malariología y Salud Vital, 2003)

Tabla 13

Forma de transmitir el Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
MOSQUITO A PERSONA	154	77,0
DESCONOCE	32	16,0
PERSONA A PERSONA	8	4,0
DE MOSQUITO A MOSQUITO	6	3,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

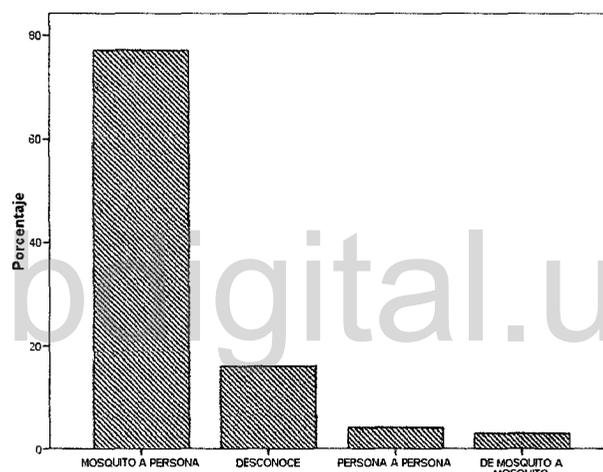


Gráfico 14

Fuente: Datos de la Tabla 13

En lo que respecta al ítem cómo se transmite el Dengue se encuentra que el 77% (154) asocia la transmisión de la enfermedad de mosquito a persona, un 16% (32) desconoce su transmisión, 4%(8) de persona a persona y por último el 3% (6) de mosquito a mosquito.

Conocer la vía de transmisión del Dengue es el eslabón fundamental de la cadena epidemiológica para accionar y evitar la enfermedad, por eso su comprensión es de vital importancia en esta afección.

En nuestra investigación el conocimiento en cuanto a la forma de trasmisión de la enfermedad es resaltante e impactante ya que la población

estudiada presenta un alto porcentaje en la opción mosquito a persona evidenciándose un amplio y favorable conocimiento al respecto. Es bueno agregar que nuestros resultados concuerdan con un estudio realizado por De la Cruz. (2006), en Venezuela con un porcentaje de 63% de personas que conocían el modo de transmisión de la enfermedad en contraposición a las investigaciones hechas por Hoyos y Pérez (2009), en Anzoátegui donde el agente transmisor de la enfermedad del Dengue fue el tema más desconocido ya que el 90,4 % de la muestra estudiada dio una respuesta equivocada.

Tabla 14

Quien es el que causa el Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
VIRUS	81	40,5
ZANCUDO	53	26,5
BACTERIA	34	17,0
PARASITO	32	16,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

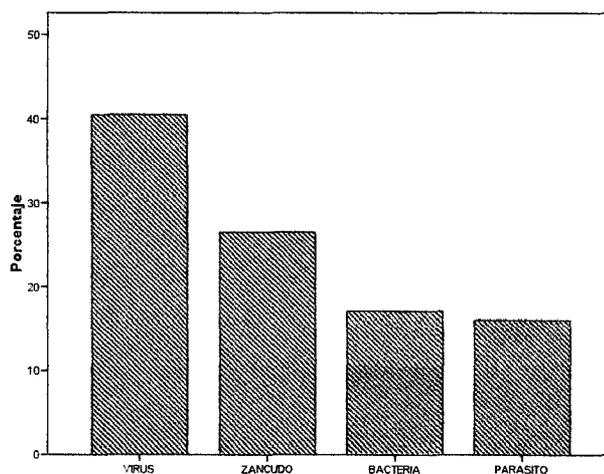


Gráfico 15

Fuente: Datos de la Tabla 14

En la tabla 14 de los 200 encuestados se tiene que en un 40,5% (81) respondió que es un virus el causante del Dengue, entre el 26,5% (53) de los

encuestados opino que el causante del Dengue es el zancudo y entre las alternativas bacteria 17% (34) y finalmente un 16% (32) respondió que es un parásito.

Hoyos y Pérez en el 2010, expresan que el virus del Dengue es un arbovirus (virus transmitido por artrópodos) que pertenece al género de los Flavivirus familia Flaviviridae, se caracterizan por poseer una cadena simple en sentido positivo de la cadena ARN multiplicándose en células de vertebrados y de insectos vectores. En la encuesta realizada a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas nos da como resultado que la mayoría atribuyen como el causante del Dengue al virus lo cual concuerda con la literatura citada anteriormente.

Tabla 15

Sintomas del Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
VARIOS SINTOMAS	118	59,0
FIEBRE	74	37,0
DOLOR DE CABEZA	8	4,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

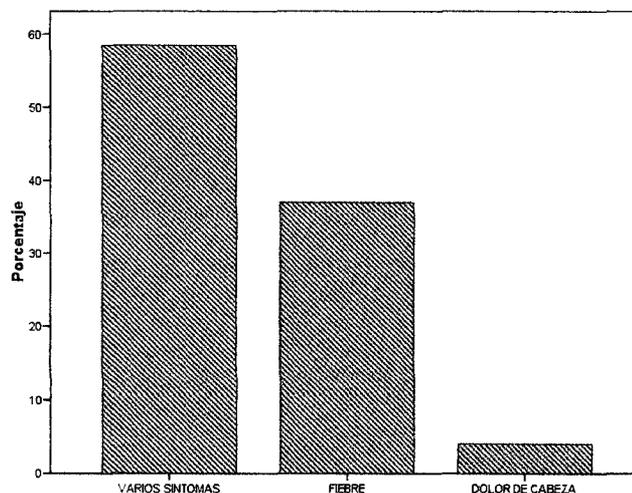


Gráfico 16

Fuente: Datos de la Tabla 15

De acuerdo a la tabla 15 de las 200 personas entrevistadas 118 nos indican que son varios síntomas entre los que se encuentran fiebre, dolor de cabeza, malestar general lo que equivale a un 59%, un 37% (74) opina que es fiebre y por último un 4% (8) asume que es dolor de cabeza.

En cuanto a los síntomas del Dengue Thiri6n (2003), enuncia que la sintomatologí a de la enfermedad se caracteriza por fiebres elevadas, dolores de cabeza y retroocular, malestar general, debilidad, dolores musculares y articulares. Los signos y síntomas adicionales son tos, diarreas, náuseas y v6mitos, que lo hacen confundible con padecimientos gastrointestinales o respiratorios.

Según Cáceres et al. (2009), en Colombia; Cooke (2010), en Panamá mencionan que los resultados arrojados en sus investigaciones determina que la mayoría de las personas conoce 3 o más síntomas que caracterizan al Dengue, dentro de los cuales está la fiebre como principal síntoma siguiéndole el dolor de cabeza, malestar general igualmente el sangrado fue reconocido por 1 de cada 10 personas posiblemente quienes han tenido en su familia episodios de Dengue, coincidiendo con los resultados nuestros en el cual se refleja similitud en las respuestas ya que es importante aclarar que el reconocimiento de los síntomas a tiempo radica en una consulta temprano, haciéndose más efectiva la notificación del caso para el seguimiento del paciente con el fin de tomar las medidas de control tanto individual como colectivo como la utilización del mosquitero y el repelente por parte del enfermo, la posterior fumigación de la vivienda para finalmente ubicar y controlar los criaderos para cortar la cadena de transmisión.

### 4-3- Conocimiento del vector del Dengue

Tabla 16

Nombre del mosquito transmisor del Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
NO SABE	129	64,5
SI SABE	71	35,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

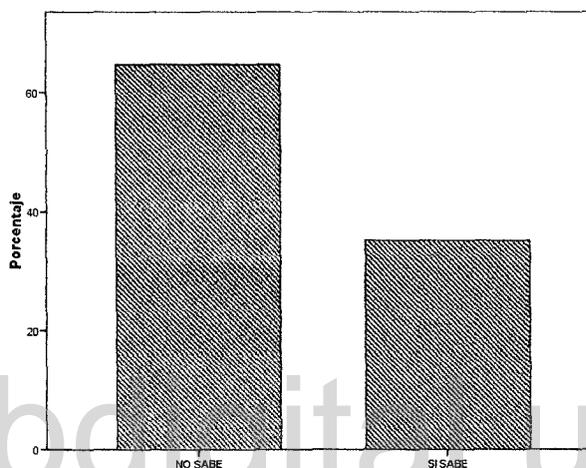


Gráfico 17

Fuente: Datos de la Tabla 16

En relación con ítem N° 9 según se observa en el Gráfico 17 del total de encuestados (129) que representan el 64,5% de los entrevistados, no sabe cuál es el nombre del mosquito, el 35,5% restante conoce que el nombre del mosquito es *Aedes aegypti*.

El *Aedes aegypti* es una especie tropical y subtropical que se distribuye por todo el mundo, entre los 45° de LN y 35° de LS. Las poblaciones del mosquito son más abundantes durante el verano, y no sobreviven en el invierno. Es originario de África, donde existen formas selváticas y domésticas, mientras que en América es un mosquito doméstico que se caracteriza por reproducirse en recipientes artificiales del domicilio o sus alrededores. (Thirión, 2003).

Con respecto al nombre del mosquito los conocimientos son más deficientes comparado con los resultados de Cooke (2010), en Panamá donde expone que un 58,2% de la población conoce el nombre del mosquito, asimismo Cáceres et al. (2009), en Colombia nos reporta en su investigación que solo un 10,5% sabe cómo se llama el mosquito, concordando estos resultados con los nuestros en donde la población encuestada tiene un desconocimiento significativo en cuanto al nombre del mosquito transmisor de la enfermedad del Dengue.

Tabla 17

Características del mosquito transmisor del Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
ANILLOS BLANCOS EN LAS PATAS	112	56,0
NO SABE	64	32,0
COLOR NEGRO	18	9,0
MANCHAS BLANCAS EN EL CUERPO	6	3,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

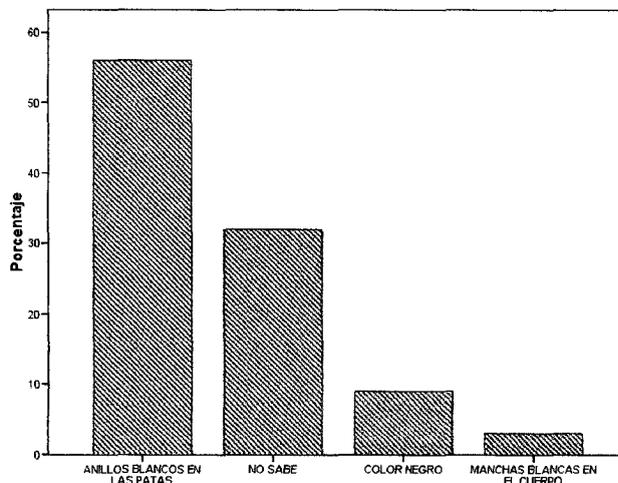


Gráfico 18

Fuente: Datos de la Tabla 17

Para conocer las características del mosquito el 56% (112) de los entrevistados admitió conocer que tiene anillos blancos en las patas, el 32%

(64) las desconocen, un 9% (18) dice que es de color negro y el restante 3% (6) alega que tiene manchas blancas en el cuerpo.

Esta característica en mayor porcentaje es importante ya que el *Aedes aegypti* es el principal vector transmisor del Dengue, caracterizándose éste por ser de color oscuro, presentando manchas blancas en forma de anillos alrededor de sus patas según Hoyos y Pérez (2010).

Es de utilidad aclarar que el mosquito *Aedes aegypti* se caracteriza principalmente por presentar anillos blancos en sus patas y que la población encuestada sabe identificar muy bien a este insecto evidenciándose un amplio porcentaje al respecto.

Tabla 18

Hora en que se alimenta el mosquito

	Frecuencia	Porcentaje
NOCHE	76	38,0
24 HORAS	57	28,5
NO SABE	55	27,5
MAÑANA Y TARDE	12	6,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

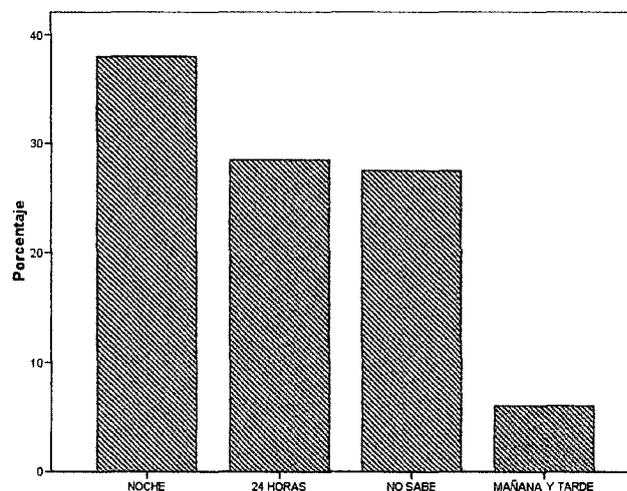


Gráfico 19

Fuente: Datos de la Tabla 18

En relación a la pregunta sobre la alimentación del mosquito de los doscientos encuestados un 38% (76) respondió que en la noche, el 28,5% (57) las veinticuatro horas, el 27,5% (55) lo desconoce y finalmente 6% (12) mañana y tarde.

Hoyos y Pérez (2010), exponen que la actividad de picadura del mosquito hembra se caracteriza por ser generalmente en primeras del día y las últimas de la tarde. Esta hembra (hematófago), puede alimentarse de varios o un mismo hospedador, siendo esta la condición necesaria para causar la enfermedad del Dengue.

Fernández y Flores (1995), explican que la característica que confirma el fenómeno de la sinantropía de *Aedes aegypti* es su patrón de picadura. En estudios llevados a cabo en Trinidad se demostró que 92.2% de las hembras pica durante el día, con periodos de máxima actividad entre las 6:00 y 7:00 horas poco después del amanecer; y antes de la puesta de sol desde las 17:00 hasta las 18:00 horas. Además este comportamiento y actividad de picadura está sincronizado con el patrón de conducta humana en las horas en que se efectúa la mayoría de las tareas domésticas y cotidianas. El reflejo de este comportamiento alimenticio con los modelos matemáticos, es un marcado incremento probabilístico de potenciales picaduras infectivas en periodos de tiempo específicos.

En cuanto a nuestra investigación los encuestados asumen en mayor proporción que el mosquito se alimenta de noche, y en menor proporción asumen que mañana y tarde, esta información contradice lo dicho en la literatura ya que en experiencias de laboratorio esta especie se alimenta a toda hora siempre al existir las condiciones necesarias en este caso la presencia del humano.

Tabla 19

Reproducción del mosquito que transmite el Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
PONE HUEVOS EN EL AGUA	111	55,5
NO SABE	83	41,5
ETAPA LARVA Y PUPA	6	3,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

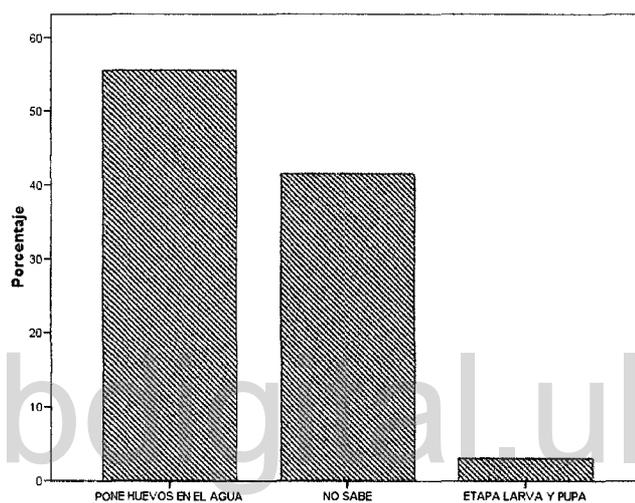


Gráfico 20

Fuente: Datos de la Tabla 19

Ante la pregunta formulada a los entrevistados en relación al conocimiento de la reproducción del mosquito que transmite el Dengue el 55,5% (111) de ellos admitió que el mosquito pone huevos en el agua, seguidamente un 41,5% (83) desconocen su reproducción y el 3% (6) respondió que la reproducción pasa por etapa de larva y pupa

Hoyos y Pérez (2010), describen el ciclo del mosquito en dos etapas una etapa acuática y otra etapa aérea, comenzando la etapa acuática desde el momento en que la hembra después de alimentarse realiza la postura, estos huevos al madurar dan salida a las larvas, teniendo lugar en los recipientes de agua que sirven como criaderos, presentando 4 fases o estadios inmaduros, conocidas como estadio I, II, III y IV, finalizando al

transformarse en pupas y su tiempo de duración aproximadamente es de tres días en condiciones óptimas con presencia de una temperatura de 34°C.

Ante esta pregunta los encuestados evidencian que poseen un amplio conocimiento en cuanto al ciclo de vida del mosquito ya que asocian la presencia de las larvas en los depósitos de agua con la presencia del mosquito siendo muy importante este conocimiento ya que se traduce en prácticas preventivas tan necesarias para lograr controlar este vector del Dengue.

Tabla 20

Sitio donde se reproduce el mosquito que transmite el Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
AGUAS ESTANCADAS SUCIAS	109	54,5
AGUAS ESTANCADAS LIMPIAS	58	29,0
DESCONOCEN	33	16,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

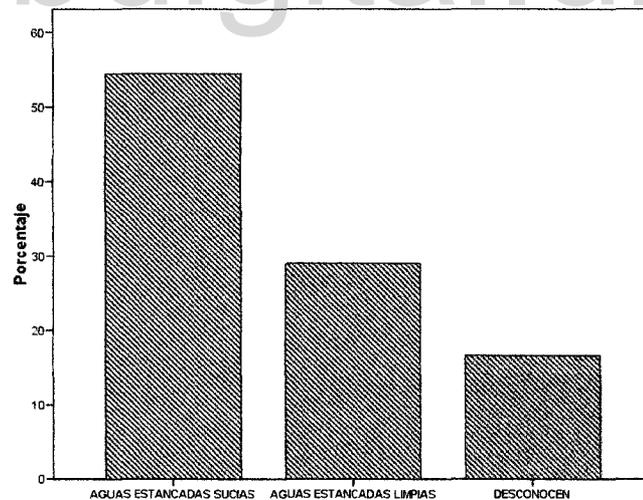


Gráfico 21

Fuente: Datos de la Tabla 20

El 54,5% (109) de los entrevistados expresó que el mosquito se reproduce en aguas estancadas sucias, mientras que el 29% (58) señaló las aguas estancadas limpias y 16,5% (33) desconoce.

Thiri3n (2003), se1ala que el *Aedes aegypti* se le considera dom3stico por sus h3bitos ya que est3 estrechamente relacionado con el humano, se encuentra en 3reas urbanas, suburbanas y ha colonizado sustancialmente el medio rural. Los recipientes artificiales como jarrones, floreros, y tanques, son los lugares m3s comunes para su cr3a, as3 como tambi3n aquellos que tienen la capacidad de retener agua de lluvia principalmente, las llantas, envases desechados y canales de techo, entre otros, adem3s los de tipo natural como conchas de moluscos, c3scaras de frutos, huecos en los 3rboles, axilas de plantas y otras cavidades naturales, es pr3cticamente cualquier objeto que retenga agua el mosquito se reproduce por lo tanto en aguas almacenadas limpias, pero no en aguas estancadas sucias.

En nuestro trabajo el conocimiento en cuanto a los sitios de reproducci3n m3s de la mitad de la poblaci3n estudiada se1al3 las aguas estancadas sucias siendo esto preocupante ya que esta especie se caracteriza por colonizar sitios donde existan aguas depositadas limpias pudiendo confundirse con otras especies de mosquitos.

Igualmente Gonz3lez e Ibarra (2011), en su trabajo hecho en la Habana Cuba sobre el lugar de reproducci3n del mosquito *Aedes aegypti* observaron que el 71 % de la poblaci3n tiene identificados los matorrales. Solo el 29 % se1al3 el agua limpia.

Al contrario de lo que expresan otros autores como Alcal3 y Hern3ndez (2012), en Colombia al ser indagados acerca de d3nde depositaban sus huevos los mosquitos, el 70,1% respondi3 "en cualquier lugar donde est3 un dep3sito de agua limpia y estancada" y el 18,7% "en los lugares donde se arrojan los desechos" (basuras o escombros).

#### 4-4- Actitudes

Tabla 21

Lugar donde dirigirse al enfermarse de Dengue

	Frecuencia	Porcentaje
HOSPITAL	166	83,0
AMBULATORIO	23	11,5
OTROS	7	3,5
CLINICA	4	2,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

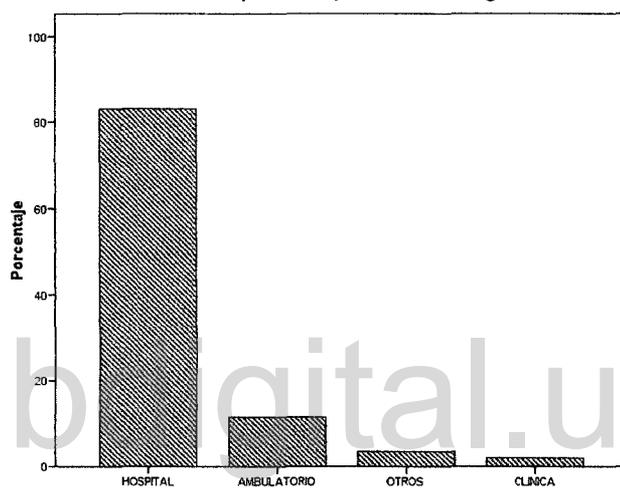


Gráfico 22

Fuente: Datos de la Tabla 21

El 83% (166) de los entrevistados afirmó que acudirían al hospital si enfermases de Dengue, un 11,5% (23) asistirían a los ambulatorios, un pequeño porcentaje como es 3,5% (7) irían a barrio adentro y el 2% (4) a la clínica.

Analizando los resultados podemos observar que una gran proporción de la población en estudio manifiesta una actitud positiva hacia dirigirse al hospital si llegan a enfermarse de Dengue, esta práctica es bastante alentadora porque da la oportunidad de tener un manejo adecuado del Dengue y la correspondiente notificación del caso, seguimiento y orientación de medidas ambientales para evitar la transmisión a otras personas., lo cual a nuestro juicio coincide con lo expuesto por Allport: citado por Rodríguez,

(1991). “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden

En otros estudios hechos por Cáceres et al. (2009), en Colombia encontró resultados similares a los nuestros, ya que la mayoría de las personas admitieron consultar al médico, mientras que una de cada 8 personas se automedica y entre 3 y 4 consultan a la farmacia en caso de enfermarse por Dengue. Alcalá y Hernández (2012), en Colombia reportaron que el 94,5% de los informantes asume que el médico es el indicado para curarle el Dengue, un 3% se automedica y el 0,5% va donde el vecino.

Tabla 22  
Responsable de controlar los mosquitos en su vecindario

	Frecuencia	Porcentaje
LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD	129	64,5
SERVICIOS SALUD	49	24,5
GOBIERNO	20	10,0
CONSEJOS COMUNALES	2	1,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

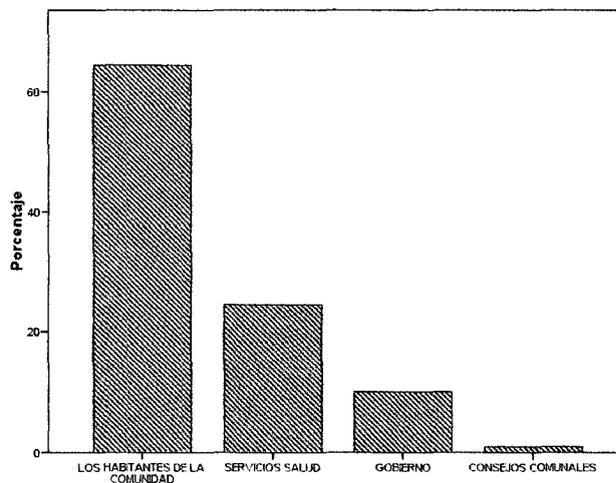


Gráfico 23

Fuente: Datos de la Tabla 22

El 64,5% (129) de los entrevistados manifestó en su mayoría que ellos mismos son los responsables de controlar los mosquitos en su vecindario, el 24,5% (49) responsabilizan a los servicios de salud, el 10% (20) señaló al gobierno como responsable y el 1% (2) mencionó a los Consejos Comunales.

Analizando los resultados de nuestra investigación es de hacer notar que los habitantes encuestados asumen en su mayoría que ellos mismos son los responsables de controlar los mosquitos en su comunidad, evidenciándose una responsabilidad individual, actuando con conciencia sobre sus intereses reconociendo sus propias capacidades, siendo esta responsabilidad conocida como el empoderamiento que según Cáceres et al (2009) en Colombia es una de las propuestas para lograr el control del Dengue ya que es fundamental que la comunidad reconozca su responsabilidad en el control del Dengue para lograr un cambio de conducta.

En trabajos sobre el mismo tópico hechos en otros países De la cruz et al. (1999), en Cuba encontraron semejanzas en cuanto a que la zona en estudio el 51 % de los encuestados consideró que el control de los mosquitos era una responsabilidad conjunta de la comunidad y el estado mientras que un 35% estimó que es competencia exclusiva del Estado y sus instituciones, tales como Salud Pública (48 %), campaña anti-*aegypti* (38 %) y comunales (14 %).

En otras investigaciones hechas por Castañeda et al. (2010), en Colombia al indagar acerca de quién o quiénes son responsables de controlar la presencia del mosquito *Aedes aegypti*, más de la mitad de los encuestados consideraron que la responsabilidad es de todos 25 (53,2 %) coincidiendo con nuestros resultados la cual refleja que la población ha asumido la responsabilidad en torno al cuidado de su salud para mejorarla,

siendo este un componente importante de las estrategias básicas en torno a la promoción de la salud especificadas en la Carta de Ottawa (1986)

Tabla 23

¿Está de acuerdo que le fumiguen su casa?

	Frecuencia	Porcentaje
TOTALMENTE DE ACUERDO	171	85,5
EN DESACUERDO	29	14,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

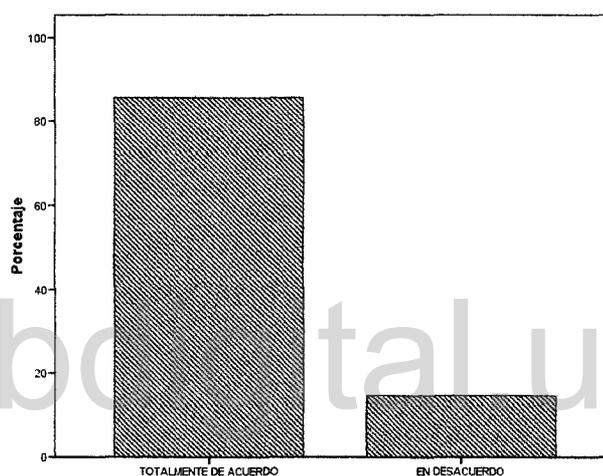


Gráfico 24

Fuente: Datos de la Tabla 23

Del total de doscientos entrevistados con relación a si estaba de acuerdo en que se fumigue su casa, el 85,5% (171) de ellos manifestó que está totalmente de acuerdo que lo hagan y el 14,5% (29) dice estar en desacuerdo.

Cuando se habla de la prevención o disminución de la transmisión del virus del Dengue esta depende enteramente del control de los mosquitos vectores o la interrupción del contacto humano-vector, mediante actividades de fumigación dirigidas tanto en los hábitats de sus etapas inmaduras como en las adultas.

Es de hacer notar que los resultados obtenidos en la investigación propuesta en cuanto si aceptaban la fumigación como medio de control del *Aedes aegypti*, la mayoría de los entrevistados respondió que sí, mientras que los que se negaron justifican que no aceptan la fumigación por presentar enfermedades respiratorias y la presencia de lactantes como también de ancianos en sus hogares. Analizando la situación objeto de estudio la población en general asume su participación en la prevención y control de la enfermedad en casos de emergencia asumiendo una actitud positiva ante el riesgo de enfermar, coincidiendo con autores como Chavarría y Danilo (2000), en donde exponen que la participación comunitaria involucra a las comunidades en los planes de lucha contra el mosquito, creando conciencia en la población sobre la necesidad de participar activamente y no solo comportarse como espectadores de las acciones emprendidas por las autoridades de salud. Igualmente Pérez (2007), en donde plantea que para que se dé la participación, el poder como bien simbólico debe traducirse en valores y actitudes de las personas hacia la participación. Esto es, un cambio cualitativo de autovaloración de las personas y de revalorización del otro; es decir sentirse con poder de hacer y dejar que los demás también hagan.

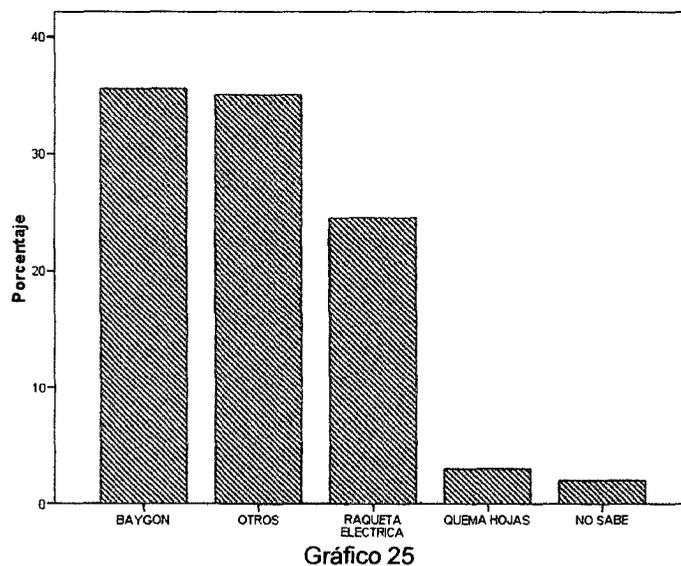
#### 4-5- Prácticas

Tabla 24

Medidas para eliminar los zancudos adultos

	Frecuencia	Porcentaje
BAYGON	71	35,5
OTROS	70	35,0
RAQUETA ELECTRICA	49	24,5
QUEMA HOJAS	6	3,0
NO SABE	4	2,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora



**Fuente:** Datos de la Tabla 24

Como lo demuestra el Gráfico 25 un 35,5% (71) de los entrevistados manifestó que utiliza el *baygon* para eliminar los zancudos adultos, el 35% (70) implementa varias medidas como las siguientes: usan ventilador, fumigan, utilizan plaquita, queman cartones de huevo, utilizan mosquiteros y riegan gasoil, un 24,5% (49) emplea la raqueta eléctrica, el 3% (6) quema hojas un 2% (4) no sabe.

En investigaciones en Panamá Cooke (2009), al preguntar cómo evitaban que le picaran los mosquitos la mayoría fumigaba dentro de sus hogares y alrededores con químicos con un 49,5%, el 21,8% del total utilizaban repelentes y mosquiteros. Con respecto a nuestra investigación llama la atención que la mayoría de la población encuestada ejecuta prácticas favorables para eliminar o controlar el mosquito adulto transmisor de la enfermedad del Dengue coincidiendo con lo señalado por la OPS, el cual menciona que la comunidad juega un papel fundamental en la promoción de la salud mediante las actividades de prevención y control del Dengue, haciendo énfasis en la importancia de las actividades de saneamiento ambiental, campañas de control del vector, reuniendo todos los

métodos posibles de control seguro, efectivo y económico para mantener la población de vectores en niveles aceptables.

En las actividades de prevención es importante tener en cuenta el comportamiento de las personas en un nivel individual mediante la implementación de medidas de protección personal como el uso de ropa que cubra la mayor parte del cuerpo en las horas de mayor picadura, o que ésta se encuentre impregnada con piretroides, así como los mosquiteros y el uso de repelentes, y en un nivel comunitario las medidas de prevención están enfocadas hacia las actividades de saneamiento del medio, considerando de gran importancia para su realización la educación y participación de la comunidad.

Igualmente Kourí (2006), señala que la participación comunitaria es un componente en los programas de combate al *Aedes aegypti* integrándose con las actividades de saneamiento ambiental y control químico. Esta no puede ser una actividad aislada y específica, sino un proceso continuo y permanente que se puede usar para desarrollar un programa integrado requiriéndose una discusión entre las comunidades y el personal del programa para producir actividades capaces de modificar prácticas y comportamientos humanos, que propicien la proliferación y el mantenimiento de criaderos potenciales de *Aedes aegypti*.

Tabla 25

Medidas para eliminar las larvas de los depósitos de agua

	Frecuencia	Porcentaje
OTROS	103	51,5
CLORO	55	27,5
QUEROSENE	23	11,5
ABATE	19	9,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

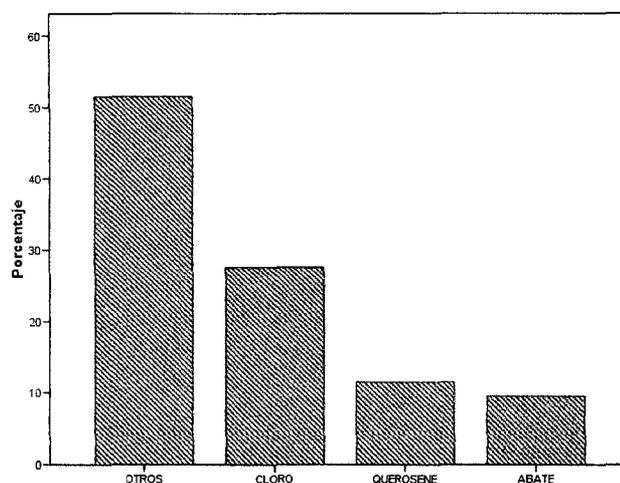


Gráfico 26

**Fuente:** Datos de la Tabla 25

De acuerdo al gráfico 26 notamos el 51,5% (103) de los encuestados opina que cambiando el agua, botando las larvas y evitando la acumulación de aguas estancadas elimina las larvas de los depósitos, otro 27,5% (55) informa que utiliza cloro, el 11,5%(23) usa querosene y el restante 9,5% (19) estima el uso del abate.

Analizando los resultados de la investigación propuesta podemos observar que la comunidad objeto de nuestro estudio muestran prácticas de prevención favorables en cuanto a la vigilancia de los depósitos de agua, ya que la mayoría manifestó que no acumulan aguas, hacen limpieza de los depósitos, utilizan el abate cuando el personal de salud se los da. Es importante reconocer que el control del Dengue no es sólo la utilización de insecticidas o campañas de limpieza junto a los sectores de salud, también incluye la modificación de factores sociales y culturales que favorece la transmisión encontrándose estos predominantemente en el espacio familiar; por este motivo resulta insustituible la participación activa y consciente de los individuos y la acción organizada de la comunidad como un componente fundamental en la tarea de erradicación o control del Dengue. Benítez (2002).

Otros autores apoyan estas teorías tales como Liborio et al. (2004), que sostienen que para lograr una declinación significativa y continuada en el tiempo, de las infestaciones domésticas, es vital alcanzar una participación efectiva de la población en la disminución de los criaderos. Igualmente Bisset (2007), menciona que el control actual está basado principalmente en la reducción de los criaderos, mediante control físico, aplicación química, legislación y participación de la comunidad en la limpieza ambiental.

Tabla 26

Método utilizado para proteger el agua acumulada

	Frecuencia	Porcentaje
OTROS	117	58,5
SIN PROTECCION	74	37,0
TAPA CON LATAS	9	4,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

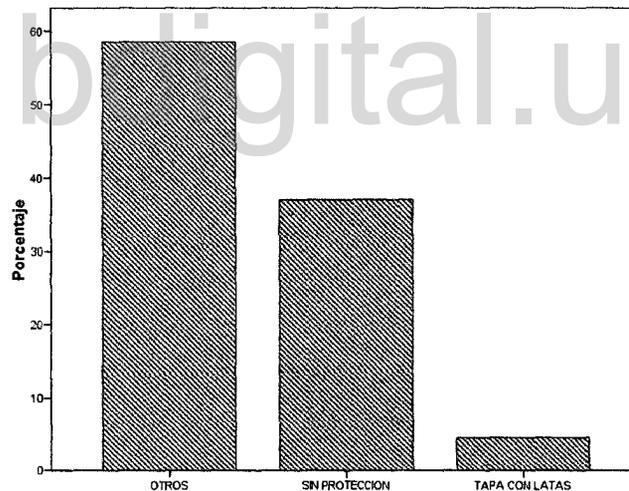


Gráfico 27

Fuente: Datos de la Tabla 26

Apreciamos en el Gráfico 27 que existe un alto porcentaje 58, 5% (117) de los encuestados que respondieron usar la misma tapa que trae los recipientes, un 37% (74) los deja sin protección y un 4,5% (9) les coloca latas

El agua acumulada es una de las principales formas de criaderos artificiales de mosquitos del *Aedes aegypti* por esto es necesario que la

población practique medidas de prevención en cuanto a la protección de la misma. De acuerdo a lo planteado en la siguiente investigación nos evidencia que más de la mitad de los encuestados practica formas de proteger el agua acumulada refiriendo que lo hace con la misma tapa que traen dichos depósitos, siguiéndole la siguiente respuesta diciendo que no los tapa siendo estos envases pequeños que utilizan a diario como tobos, ollas entre otros.

Coincidiendo nuestra investigación con estudios realizados por el Ministerio de Salud (2004), en Lima donde comenta que hay una influencia en esta práctica dependiendo del tamaño de los recipientes (los de mayor volumen son tapados en mayor proporción), la frecuencia de uso (aquellos que son usados con una frecuencia mayor habitualmente se encuentran destapados), el tipo de recipiente (lo que vienen con una tapa de fábrica suelen estar mejor tapados que el resto) y el destino que se le da al agua allí almacenada (los recipientes destinados al consumo humano directo o indirecto son usualmente tapados).

Asimismo Alcalá y Hernández (2012), Colombia nos dice en su investigación que todos los barrios cuentan con los servicios públicos básicos como son agua, energía y gas, sin embargo, el acueducto realiza cortes temporales mínimo 4 veces por semana, lo que obliga a los habitantes a tener reservas en diferentes recipientes. Tal práctica, es un factor de riesgo, ya que estos depósitos de agua generalmente permanecen desprovistos de tapas que impidan la reproducción del vector, de esta manera, podemos evidenciar la disponibilidad de recursos para el *Aedes aegypti*.

Tabla 27

Acciones ejecutadas para limpiar los depósitos de agua

	Frecuencia	Porcentaje
LAVAR CON CLORO Y JABON	79	39,5
BOTANDO Y LLENANDO NUEVAMENTE	50	25,0
FREGAR CEPILLO Y JABON	41	20,5
OTROS	30	15,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

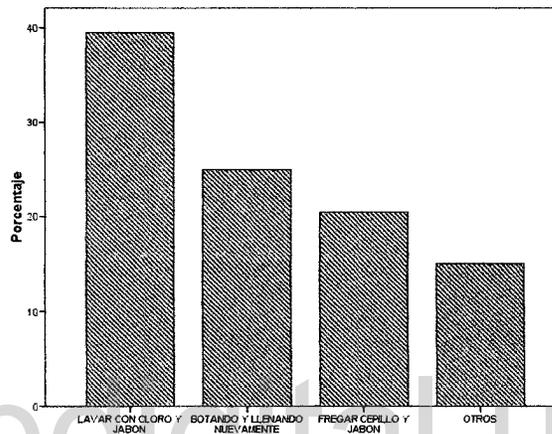


Gráfico 28

Fuente: Datos de la Tabla 27

Los datos de la tabla 27 determina la forma en que se limpian los depósitos de agua donde se tiene que un 39,5% (79) los lava con cloro y jabón, el 25% (50) notifica que bota el agua llenando de nuevo, un 20,5 % (41) informa que usa cepillo y jabón para lavar sus envases y por último tenemos el 15% (30) que utilizan otras cosas tales como: polvos adecuados para ello y algunos dicen no tener aguas en depósitos. Con respecto a este ítem los resultados en cuanto al lavado de los depósitos nos muestra en orden que la población si aplica las prácticas necesarias para evitar que se desarrollen las formas inmaduras del vector del Dengue *Aedes aegypti*

Concordando con la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de Lima –Perú (2011), en su normas técnicas nos manifiesta que el control vectorial se aplica prioritariamente para el vector en su estado inmaduro (huevo, larva, pupa), debiendo exhortarse a la

participación y responsabilidad de la ciudadanía para que implemente las recomendaciones adecuadas para el control del vector y el mejoramiento en cuanto a el cuidado del agua basado en el lavado de sus recipientes y la eliminación adecuada de los depósitos inservibles. Este tipo de control se aplica en los recipientes de agua que se encuentran dentro y fuera de una vivienda. Se denomina también “control focal” o “control larvario” el cual se ejecuta realizando prácticas adecuadas de almacenamiento de agua con la limpieza semanal con el cepillado de las paredes de los recipientes que sirven para almacenar agua y el tapado hermético de los mismos.

Tabla 28

Práctica ejercida para eliminar agua acumulada por las lluvias

	Frecuencia	Porcentaje
BOTA EN EL ASEO	74	37,0
VOLTEA	71	35,5
OTROS	41	20,5
PERFORA	14	7,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

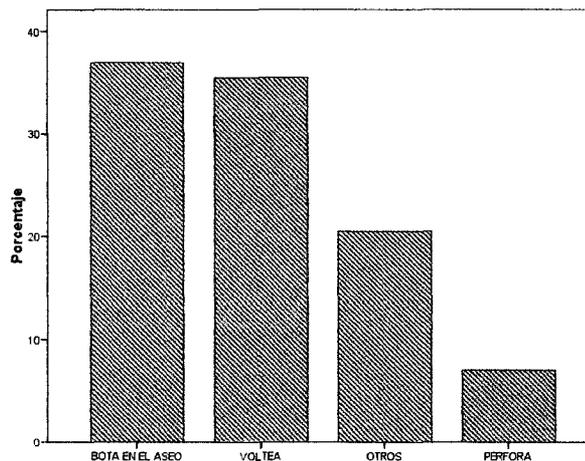


Gráfico 29

Fuente: Datos de la Tabla 28

En el gráfico 29 se visualiza que el 37% (74) de los encuestados bota en el aseo los recipientes a los que se le acumula agua al caer las lluvias,

otros opinan que los voltean equivalente al 35,5% (71), un 20,5% (41) expresa que no conservan envases en el patio, otros no hacen nada y el 7% (14) los perfora.

En el análisis de este gráfico podemos observar que la mayor parte de los encuestados realizan prácticas de prevención en cuanto a la eliminación de envases que pudieran servir de criaderos al momento de la llegada de la lluvias, estas acciones se ejecutan ya sea botando en el aseo, perforando o volteando dichos recipientes. Esta práctica es de gran importancia ya que existe una relación significativa entre el número de casos reportados de Dengue con el periodo de lluvias como lo señalan los autores Rubio et al. (2011), igual añade en su investigación que mientras existan criaderos artificiales como latas, materos, bebederos, chatarra entre otros apropiados para cumplir el ciclo biológico del vector, habrá un aumento de Dengue en los periodos de precipitación.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 29

Actividades realizadas al limpiar su estacionamiento, garaje, azotea y patio

	Frecuencia	Porcentaje
BARRE Y LAVA HECES DE ANIMALES	90	45,0
RECOGE BOLSAS Y DESPERDICIOS	53	26,5
ELIMINAR CACHIVACHES	42	21,0
RECOGE HOJAS DE ARBOLES	15	7,5
Total	200	100,0

**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora

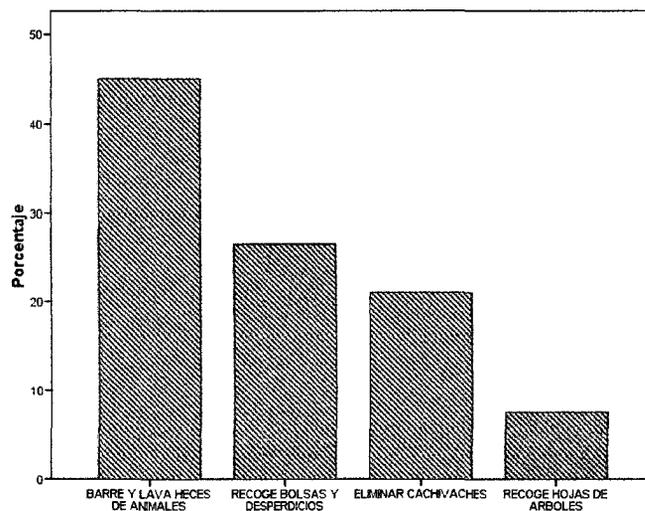


Gráfico 30

Fuente: Datos de la Tabla 29

Según los datos aportados al realizar la encuesta nos damos cuenta que un 45% (90) de los entrevistados nos informa que barre y lava heces de animales. Un 26,5% (53) cree que recogiendo bolsas y desperdicios es la mejor manera de limpiar su garaje o estacionamiento de esa manera evitar la proliferación del mosquito, 21% (42) elimina cachivaches y un 7,5% (15) recoge hojas de árboles.

En nuestro trabajo se evidencia que la comunidad de forma individual ejecuta labores que contribuyen al aseo de sus hogares teniendo un conocimiento muy amplio en cuanto a medidas de prevención y control del *Aedes aegypti* aplicando acciones descritas en la estrategia "Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada," la cual se caracteriza por ser una herramienta en la participación comunitaria en la prevención de enfermedades en este caso el Dengue, su objetivo es concientizar y activar a la población, tanto a nivel familiar como en la esfera comunitaria con la finalidad de que se apliquen medidas preventivas antivectoriales que resultan vitales para la protección de la salud.

Siendo esta participación importante coincidiendo con las definiciones de autores como Bermejo et al. (1993), donde mencionan que la participación comunitaria es un “proceso por el cual los habitantes de las comunidades, de manera individual o colectivamente asumen responsabilidades para identificar necesidades, perfilan soluciones potenciales y planifican las estrategias de resolución ante los problemas de salud”

Para finalizar es necesario agregar que dentro de los beneficios de la estrategia patio limpio esta disminuye la presencia de mosquitos dentro y fuera de la casa, reducen las molestias provocadas por ellos, se mejora la imagen y el entorno social y la calidad del ambiente en la medida en que se hace el saneamiento de la vivienda y previene la presencia de vectores que transmiten otras enfermedades como Chagas, malaria y picadura de alacrán, entre otras.

Tabla 30  
Participación en algún grupo organizado

	Frecuencia	Porcentaje
NO	145	72,5
SI	55	27,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

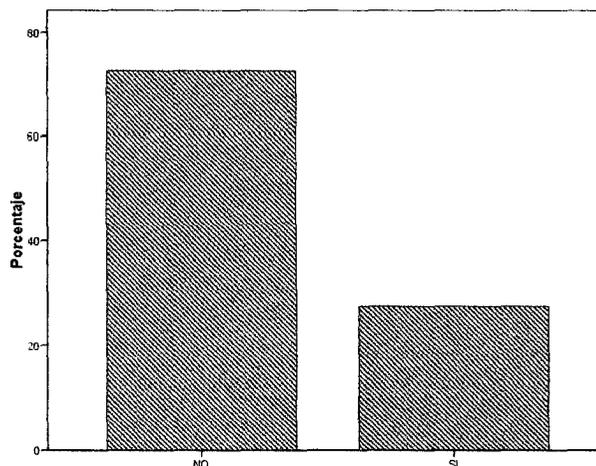


Gráfico 31

Fuente: Datos de la Tabla 30

De las doscientas personas encuestadas 145 de ellas respondieron que no participan dando como resultado un 72,5% (145), un 27,5% (55) si participa.

En la comunidad estudiada ante la pregunta si participa en algún grupo organizado, más de la mitad de los entrevistados respondió que no participa lo cual es preocupante ya que en nuestro país la participación está contemplada como un derecho y un deber que se encuentra consagrado en la Carta Magna, en sus distintas designaciones ya sea como principio, derecho, deber, espacio o instancia de participación y como proceso sociopolítico; igualmente en el desarrollo de su articulado constitucional se tiene que la participación es una característica propia del sistema de gobierno venezolano. En la actualidad se han creado organismos de participación entre ellos los Consejos Comunales, los cuales cuentan con una serie de deberes y derechos en sus artículos haciendo que el pueblo participe y sea protagonista de su propio desarrollo.

Así mismo la participación es considerada una herramienta importante del régimen democrático contribuyendo con el desarrollo de un ambiente general de solidaridad, responsabilidad y trabajo, haciendo más fuertes los valores de conciencia ciudadana, es así que cuando el Estado estimula y crea espacios de participación activa, consciente, libre, representativa, igualitaria, responsable y eficaz, donde se democratizan las tomas de decisiones, al mismo tiempo se desarrollen instituciones con sentido social y de bien común que respondan a las necesidades de la población.

En este orden de ideas es indispensable que los que pretendan ejercer su derecho a la participación, ya sea de una forma individual o través de grupos organizados, cuenten con información actual y adecuada sobre lo que acontece en su entorno bien sea en el país o comunidad para así poder decidir y controlar los recursos que se dan para proyectos en su comunidad.

Tabla 31

Tipo de organización o grupo organizado

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	145	72,5
CONSEJO COMUNAL	48	24,0
PARTIDOS POLITICOS	4	2,0
LIDERES COMUNITARIOS	3	1,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

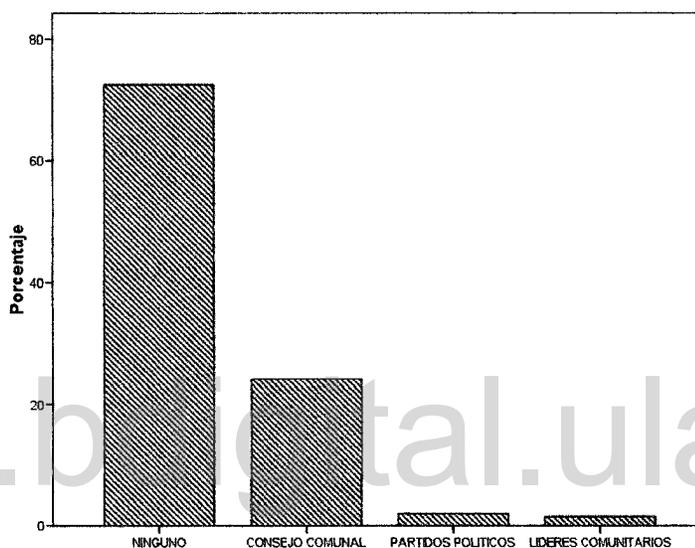


Gráfico 32

Fuente: Datos de la Tabla 31

El gráfico 32 nos indica que 72,5% (145) no pertenecen a ningún grupo organizado, 24% (48) pertenece a los Consejos Comunales, 2% (4) partidos políticos y finalmente 1,5% (3) son líderes comunitarios.

En relación a qué tipo de organización pertenece la comunidad encuestada respondió en su mayoría a los Consejos Comunales lo cual es de resaltar la poca participación en éstos, siendo inquietante ya que el proyecto político definido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), añade el concepto de una democracia participativa y protagónica, en el que los ciudadanos y ciudadanas, además de derechos, también tienen deberes. En la Ley de Consejos Comunales (2009), el artículo 2 señala que los Consejos Comunales son instancias de participación,

destinadas a procurar la manera de como se articularan e integraran las organizaciones comunitarias, grupos sociales y ciudadanos, para incidir en la gestión de las políticas públicas dirigidas a satisfacer necesidades comunitarias, en la búsqueda de construir una sociedad socialista con igualdad, equidad y justicia social.

Esta escasa participación en los Consejos Comunales probablemente es debido a que las comunidades ya no creen en la figura que éstos representan, debido a que se han descubierto a la luz pública hechos de corrupción en el manejo de recursos asignados para el financiamiento de obras, cómo también las ideologías y politización, desviándolos en su tarea principal que debería ser la atención a la comunidades (Morán, 2008).

No obstante para que estos espacios de participación contribuyan en desarrollar lo mencionado en nuestra constitución sobre una democracia participativa y protagónica, es obligatorio que estas instancias se limpien de parcialidad política, desarrollando esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las comunidades como fin único.

## CONCLUSIONES

- ✓ A manera de conclusión se comprueba que de las doscientas personas encuestadas la edad estuvo representada por una media de 46 años, con una ocupación de un 43% de amas de casa, un 95,5% de la vivienda era tipo casa, donde predominó el techo de platabanda con un 60,5%, el piso de cemento un 60,5%, con material predominante en las paredes exteriores de bloque frisado en un 95,5%, el agua potable llega por medio de acueducto siendo un 93%, contando con servicios básicos en su totalidad 100%.
- ✓ Las conclusiones derivadas en cuanto al conocimiento de la enfermedad del Dengue se evidencia que la comunidad conoce o ha escuchado hablar de la enfermedad, asegurando que la información fue obtenida a través de la prensa local, radio, televisión y organismos de salud.
- ✓ De acuerdo a la información obtenida, el conocimiento se deriva por haber sufrido un 40% de la población encuestada la enfermedad, el Dengue es considerado como una enfermedad severa y a veces mortal, el cual es transmitida por un zancudo. La forma de transmisión de la enfermedad del Dengue es de mosquito a persona y el agente causal es el virus, asociando en menor proporción al zancudo.
- ✓ Se describen como síntomas característicos del Dengue la fiebre, dolor de cabeza y malestar general, en cuanto al nombre científico del mosquito no lo identifican como *Aedes aegypti*, pero reconocen claramente las características de anillos blancos en las patas para la identificación, conocen sus hábitos de picaduras tanto nocturna como las 24 horas del día, su reproducción comienza en el agua o depósitos, reconociéndose las aguas estancadas como sitios de cría. Por lo que se

creo se reproducen tanto en aguas almacenadas como estancadas, vinculándolo a aguas sucias contentiva de materia orgánica.

- ✓ Existe una percepción de riesgo al enfermarse ya que su actitud es dirigirse inmediatamente al hospital o a otros centros de salud. Asumen su responsabilidad individual de controlar los mosquitos en su comunidad, igualmente aceptan la visita de los funcionarios de salud en actividades de fumigación, también ejecutan prácticas en sus hogares para eliminar los mosquitos adultos e igualmente los estadios inmaduros.
- ✓ En cuanto al cuidado del agua almacenada realizan prácticas de prevención ya que tapan los envases donde almacenan agua, el jabón, cloro, botando y llenando nuevamente los depósitos de agua sumándole el fregar con cepillo y jabón son las prácticas más frecuentes para evitar que el zancudo se reproduzca. Los depósitos más usados al faltar el agua fueron los pipotes de plásticos por ser más fáciles de manipular en su lavado, siguiéndole los tanques elevados bien sea de cemento o plástico.
- ✓ La eliminación de inservibles se hace de manera consciente por iniciativa propia de manera individual en los alrededores de sus casas, ejecutando acciones como botar en el aseo, voltean sus envases como botellas, los que los poseen y perforando latas en el patio para evitar acumulaciones de aguas y así no tener zancudos.
- ✓ En los hogares que poseían patios, estacionamientos y azoteas se acostumbra a barrer y lavar las heces de animales si los tienen, recogen bolsas y desperdicios, eliminan cachivaches y recogen hojas de árboles si tienen jardines, aludiendo que contribuyen al decorado, orden y limpieza de sus hogares, evitando así las molestias de mosquitos y otras plagas.

- ✓ Es de hacer notar que una gran parte de la comunidad no participa lo cual es preocupante ya que en nuestro país la participación está contemplada como un derecho y un deber que se encuentra consagrado en la Carta Magna, ya sea como principio, derecho, deber, espacio o instancia de participación y como proceso sociopolítico. En este orden de ideas es indispensable que los que pretendan ejercer su derecho a la participación, ya sea de una forma individual o través de grupos organizados, cuenten con información actual y adecuada sobre lo que acontece en su entorno bien sea en el país o comunidad para así poder decidir y controlar los recursos que se dan para proyectos en su comunidad.
- ✓ En cuanto al tipo de organización un pequeño grupo participa en los Consejos Comunales, lo cual es alarmante ya que el proyecto político definido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), añade el concepto de una democracia participativa y protagónica, en el que los ciudadanos y ciudadanas, además de derechos, también tienen deberes.
- ✓ La escasa participación en los Consejos Comunales probablemente es debido a que las comunidades ya no creen en la figura que éstos representan, no obstante para que estos espacios de participación contribuyan en desarrollar lo mencionado en nuestra constitución sobre una democracia participativa y protagónica, es obligatorio que estas instancias se limpien de parcialidad política, desarrollando esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las comunidades como fin único.
- ✓ En general, se presenta un escenario en el cual existen conocimientos adecuados en torno a la enfermedad y al vector, altas actitudes y prácticas correctas, esto se evidencia en que por ser una zona afectada por sus dos tipos de Dengue, han asumido de manera individual el auto

cuidado, transformando esta responsabilidad en la aplicación de prácticas de prevención y control del principal transmisor del Dengue *Aedes aegypti*.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## RECOMENDACIONES

- ✓ Implementar una propuesta donde se involucre la participación activa de la comunidad , miembros de los Consejos Comunales, instituciones de salud en conjunto con los grupos de investigación que están adscritos a la universidad, elaborando instrumentos (CAP) para evaluar periódicamente los conocimientos, actitudes y prácticas adquiridos o reforzados por la comunidad
- ✓ Reforzar las campañas de recolección de inservibles, con el fin de garantizar el saneamiento ambiental, haciendo que participen los comités de salud de los Consejos Comunales y la comunidad.
- ✓ Elaborar estrategias de vigilancia integradas que incluyan prevención y control del Dengue en conjunto con los miembros de la comunidad y los participantes de los Consejos Comunales.
- ✓ Se recomienda una intervención comunitaria donde los habitantes identifiquen sus propios problemas colaborando con otras instituciones de salud en la búsqueda de soluciones, ésta debe ser encaminada en diversos niveles tanto individuales, familiares y comunidades.
- ✓ Se recomienda incentivar e integrar a la comunidad en la elaboración de campañas de educación para obtener empoderamiento y éxito en el control del Dengue.
- ✓ Para lograr un desarrollo sostenible de la comunidad, el mismo debe ser con la integración activa de todos los actores sociales que la integran, ya que el ser humano es sujeto y objeto de su propio desarrollo.

- ✓ Se hace necesario fortalecer el papel de los Consejos Comunales ya que estos son escenarios donde la participación es la clave para avanzar en el desarrollo y por consiguiente en el bienestar social.
- ✓ Generar un proceso de participación en el que no solo se informe al ser humano, sino que también lo forme a través de ideologías de arraigo y pertenencia hacia la comunidad.
- ✓ Construir metodologías de participación incluyentes, es decir incentivando a la participación a los jóvenes, ancianos, hombres y mujeres para garantizar la sustentabilidad de éstas.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CAPITULO VI

### FORMULACION DE LA PROPUESTA

El Dengue es una de las enfermedades virales reemergentes de mayor distribución en el mundo, es transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, actualmente es un reto a la salud pública encontrándose en más de 100 países, donde más de 2.5 billones de personas en zonas urbanas, suburbanas y rurales están en riesgo de infectarse. La reemergencia del Dengue se debe a factores ambientales, micros ambientales, demográficos y sociales, siendo importante aclarar que hasta el presente no existe una vacuna contra el Dengue que sea eficaz, segura y de bajo costo, ya que las razones para su desarrollo ha sido la presencia de la gran diversidad de serotipos. Para su control se destacan elementos básicos como la voluntad política, la coordinación intersectorial, y la participación activa de la comunidad.

Venezuela, país con condiciones geográficas favorables para la cría y reproducción del *Aedes aegypti*, mosquito transmisor del Dengue, merece una atención especial, debido que los programas existentes hechos para prevenir la enfermedad son deficientes; sin embargo existen estados, parroquias y comunidades con pocos o ausentes conocimientos sobre la enfermedad y la manera de prevenirla. La participación comunitaria es considerada actualmente como una de las fortalezas más alentadoras en la prevención del Dengue, ya que se pretende por medio de ésta iniciar una conciencia enfocada en el autocuidado de la salud con la participación activa de todos los actores sociales presentes en una comunidad, modificando conocimientos y actitudes logrando internalizar que las propias acciones son necesarias para eliminar las condiciones de propagación de la enfermedad.

No obstante esta participación debe evitar seguir cumpliendo con el habitual suministro de material de apoyo como trípticos, folletos en centros de salud ni tampoco implementar campañas de limpieza sin que la misma comunidad sea protagonista de ésta.

En nuestro país actualmente la participación está recorriendo un camino hacia el concepto de ciudadanía como gestor de cambios, siendo necesario que nos apropiemos de las comunidades como sujetos de este proceso. Una de las formas de lograr la participación efectiva y protagónica de los individuos presentes en una localidad, sector o parroquia es el impulsar el crecimiento y desarrollo de las estructuras sociales como lo son, los Consejos comunales como expresión de la participación protagónica del pueblo. En este sentido una de las vías de acercamiento e incorporación de los miembros de las comunidades en la lucha de la prevención de enfermedades es a través de la implementación de estrategias comunitarias con información eficiente y actualizada donde los propios habitantes sean apoderados y protagonistas de éstas.

### **5.1 Justificación.**

El Estado Trujillo entre el 2006 y 2011, acumuló un total 8.484 casos de Dengue (ambos tipos) de los cuales 7.814 correspondieron a Dengue clásico y 670 casos de hemorrágico, denominándose los años 2008, 2009 y 2010 como años en epidemia y alarma, con índices aédicos del 63,05%, según reporte de la Dirección Estatal de Epidemiología y Análisis Estratégico del Estado Trujillo

Sobre la base de las ideas expuestas y los resultados obtenidos de las encuestas (C.A.P) conocimientos actitudes y prácticas, aplicada a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas, se encontró que la mayoría de la población tiene conocimientos de la enfermedad del Dengue, el vector

responsable de la transmisión, presentan actitudes favorables combinadas con prácticas de prevención, pero ejecutadas en forma individual, es decir los habitantes de la comunidad no participan activamente ni en forma organizada con los Consejos comunales presentes en la zona, aún cuando están conformados pero no activos, esto es debido probablemente a que la comunidad no se ha sentido representada por estos grupos sociales ya que se ha perdido credibilidad por presentar casos de corrupción, según manifiestan sus miembros.

Por lo antes expuesto se considera de gran importancia el diseño de una propuesta tomando como referencia la Guía Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud de México, enfocada en una estrategia de participación comunitaria en la prevención y control del Dengue a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela, para reforzar los conocimientos presentes y consolidar los principios, de participación, corresponsabilidad, democracia, identidad nacional, libre debate de las ideas, cooperación, solidaridad, transparencia, rendición de cuentas, honestidad, bien común, humanismo, y territorialidad según lo especificado en el artículo 3 de de las disposiciones de la ley de los Consejos comunales. (2009).

## **5.2. Fundamentos teóricos**

Estrategia Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada (PL y CAA) es una estrategia de participación comunitaria contentiva en la guía para la vigilancia diagnóstico, prevención y control del Dengue de la Subsecretaría de Salud de México, la misma intenta crear conocimiento a las comunidades hacia la participación impulsándolos a actuar de forma individual como familiar ejecutando practicas preventivas y actitudes favorables hacia la prevención de enfermedades transmitidas por vectores.

Es importante resaltar que para aplicar la estrategia se debe tomar en cuenta las siguientes características tales como: Patio, a los espacios ubicados en la parte delantera de las casas como el estacionamiento, jardín, o porche, igualmente los ubicados en la parte superior de la vivienda como la azotea o balcón y la parte trasera como lo es el solar o jardín. Del mismo modo el cuidado del agua almacenada hace referencia a la protección y cuidado del agua que es utilizada para uso y consumo humano. Dentro de los beneficios al aplicar la estrategia ya mencionada encontramos la **disminución de mosquitos y otros insectos dentro y fuera de la casa**, evitando el uso constante de insecticidas y larvicidas, acortando el riesgo de enfermarse a nivel individual y colectivo, Se crean y fortalecen hábitos higiénicos en la familia mejorando la imagen de la vivienda e impide la presencia de otros insectos nocivos para la salud.

Para aplicar esta estrategia se contempla como “Patio Limpio” aquel espacio en donde se han realizado acciones dentro y fuera de la vivienda de saneamiento básico cumpliendo con cuatro características a saber:

- a) Barrido: es aquel patio sin papeles, basura, polvo, bolsas, envolturas, latas, botella, tapas y en general todos aquellos objetos que puedan acumular agua, y sin presencia de heces fecales.
- b) Desyerbado; sin presencia de maleza, sólo plantas de ornato, pasto y hortalizas.
- c) Ordenado; que todo objeto que se encuentre en el patio esté limpio y acomodado, y que todos aquellos objetos que puedan acumular agua se encuentren volteados, tapados o colocados bajo techo como son: botellas, llantas, trastos, recipientes, partes automotrices, los bebederos de animales y floreros, deben encontrarse limpios y con agua nueva cambiada cada tercer día, lavándose para evitar que se adhieran los huevecillos o larvas de mosquito.

- d) Recipientes controlados; son los recipientes que almacenan 200 lts o más de agua, que están tapados y se lavan y cepillan cada tercer día.

**Cuidado del agua almacenada:** es la protección física química y biológica que impide la presencia de larvas de mosquitos en todos los recipientes de almacenamiento de agua para uso y consumo humano, incluyendo los bebederos de animales. Presenta cuatro características.

- a) Lavar y cepillar fuertemente (en especial el interior de los recipientes, tales como, pipotes, fregaderos, lavaderos, tanques, vasijas una vez a la semana).
- b) Tapar o proteger.
- c) Voltear o mantener bajo techo recipientes de poca capacidad de almacenamiento de agua como potes y ollas.
- d) Utilizar peces en los depósitos de almacenamiento de agua (mayores a 500 lt de capacidad) o utilizar larvicida (Abate)

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

### **5.3 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar la estrategia **“Mi parroquia limpia, sana y sin zancudo”** como una propuesta de participación comunitaria en la prevención del Dengue dirigido a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas, estado Trujillo Venezuela.

### **5.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Establecer, promover y fortalecer la participación de los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela.

Determinar la contextualización de la implementación de la estrategia **“Mi parroquia limpia sana y sin zancudo”** de los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**5.5 DISEÑO DE LA PROPUESTA: Se divide en cuatro fases**

FASE 1	OBJETIVO DE LA FASE	DISEÑO DE LA FASE
<p>Reunión con la comunidad</p>	<p>Identificar en la población a trabajar el tipo de comunidad, los recursos comunitarios existentes las situaciones predisuestas a enfermedades transmitidas por vectores.</p> <p>Establecer contacto con los responsables de los Consejos comunales, escuelas, iglesia y líderes comunitarios, para promocionar las acciones de la estrategia <b>“Mi parroquia limpia, sana y sin zancudo”</b>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Elaborar un croquis del área a trabajar, señalando los límites de cada sector y marcando el número de viviendas.</li> <li>2) Hacer contacto con los responsables de los grupos sociales como son los comités de salud de los Consejos comunales, líderes informales, maestros, grupos religiosos y miembros de la comunidad, para promover las actividades</li> <li>3) Acordar con los responsables la fecha en la cual puede impartirse el taller comunitario en su grupo, fijando lugar y número de asistentes.</li> <li>4) Elegir el mensaje principal de la estrategia al que se le dará mayor énfasis en el taller comunitario y en el resto del trabajo con la comunidad: en este caso el mensaje propuesto es el siguiente <b>“Mi parroquia limpia, sana y sin zancudo”</b></li> </ol>

FASE 2	OBJETIVO DE LA FASE	DISEÑO DE LA FASE
Taller comunitario	<p>Consiste en el conjunto de acciones dirigidas a concientizar a la comunidad sobre la problemática del Dengue haciendo énfasis en lograr el control del vector con la participación activa de los actores implicados e identificados en la primera etapa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Confirmación de reuniones con los responsables de grupos, en donde se presentarán los miembros del grupo, mencionando su nombre y la institución de la que proviene</li> <li>2) ,Indicar el objetivo del taller compartiendo las experiencias en torno a enfermedades como el Dengue, y otras problemáticas</li> <li>3) Evaluar el nivel de conocimiento del grupo sobre la enfermedad del Dengue, su transmisión, vector y forma de prevenirlo mediante la participación de los grupos involucrados.</li> <li>4) La duración del taller es de 45 minutos aproximadamente, los participantes facilitaran su nombre, domicilio y teléfono, identificando el lugar que representan bien sea la escuela, habitante o por grupo organizado</li> <li>5) Al culminar el taller, se invita a los integrantes a visitar en grupo los patios de algunos de los asistentes solicitando el permiso del mismo. En la cual se verificara las condiciones higiénicas del patio descrito en la estrategia, como son el barrido, desyerbado, basura debidamente colocada y el lavado de heces fecales.</li> <li>6) Precisar las condiciones estéticas como el ordenado, aprovechamiento de los espacios confortables, supervisando las condiciones y los tipos de recipientes de almacenamiento de agua, verificando si existe la presencia de los estadios inmaduros del vector en este caso el <i>Aedes aegypti</i>, haciendo énfasis en la eliminación de las larvas.</li> </ol>

FASE 3	OBJETIVO DE LA FASE	DISEÑO DE LA FASE
Planeación comunitaria	Se fundamenta en el establecimiento de metas y compromisos de la comunidad en las actividades de la estrategia propuesta "Mi parroquia limpia, sana y sin zancudo", comprometiéndose y capacitando a los participantes en la implementación y supervisión de la estrategia	<p>1) Una semana después de los talleres comunitarios se convocan nuevamente a los grupos organizados presentando resultados entomológicos (si se encontraran) exponiendo la necesidad de eliminarlos.</p> <p>2) Se anuncia oficialmente a los responsables de la estrategia elegidos por el grupo en el taller comunitario, concluyendo con reflexiones sobre los beneficios y la conveniencia de estrategia fijando metas a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>3) Finalmente se anunciarán las próximas reuniones para intercambiar ideas y supervisar las acciones cercanas.</p>

FASE 4	OBJETIVO DE LA FASE	DISEÑO DE LA FASE
Monitoreo	Es la supervisión del cumplimiento de los acuerdos establecidos en la etapa anterior considerando los factores de éxito o fracaso de la estrategia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Promover la participación de más miembros de la comunidad tratando de cubrir por lo menos un 50% de la parroquia.</li> <li>2) Dicha acción será coordinada mensualmente por los responsables de la estrategia incluyendo todos los participantes, como los miembros de los Consejos comunales, habitantes y representantes de la comunidad educativa.</li> <li>3) Para culminar en esta etapa los responsables, es decir los miembros de la comunidad deberán ejecutar los principios de solidaridad, responsabilidad y protagonismo adquiridos durante los talleres de participación comunitaria en la prevención del Dengue, dando continuidad y sostenibilidad a través del tiempo pasando de generación tras generación, siendo éstas condiciones importantes para el desarrollo regional del Estado.</li> </ol>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcalá, L., y Hernández, A. (2012) Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prevención del Dengue, en estudiantes del grado 6-1 de una Institución Educativa en Ibagué-Tolima. *Escritos sobre la Biología y su Enseñanza* Vol. 5 No 8. p .41-51

Álvarez, S. (2001). Selección de Libros Digitales para la Atención Primaria de Salud. Temas de Medicina General Integral, Salud y Medicina, La Habana. Capítulo 1 (I).

Álvarez, L., Castillo, C., Oviedo, M., Briceño, F. (2008). Diferencias en la susceptibilidad a la deltametrina en poblaciones de *Aedes aegypti* de Trujillo, Venezuela. Maracay. *Boletín Malariaología Salud Ambiental*, 48 (2).

Álvarez, L., Briceño, A., Oviedo, M. (2006). Resistencia al Temephos en poblaciones de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) del Occidente de Venezuela. Bogotá. *Revista Colombiana de Entomología*, 32 (2).

Ander-egg, E. (2005). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. 2ª. Edición, Buenos Aires, Editorial Lumen Hvmánitas

Añez, G., Balza R., Valero N., y Larreal, Y. (2006). Impacto económico del Dengue y del Dengue hemorrágico en el Estado de Zulia, Venezuela, 1997–2003. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 19 (5).

Arias, F. (2006) *El Proyecto de Investigación*. (5ª ed.). Editorial Episteme. Caracas - Venezuela.

**Arguedas, O., Troyo, A., Solano, M. y Avendaño, A. (2007). Impacto de una iniciativa de participación comunitaria sobre los índices larvales tradicionales para *Ae. Aegypti*. (Diptera: culicidae) en una comunidad urbana en riesgo de Dengue en San José. Costa Rica. *Revista de Biomedicina*.18:27-36 vol 1.**

**Balestrini, M. (2006) Como se elabora el proyecto de investigación. Consultores Asociados. Caracas.**

**Barcellona, P. (1996). Postmodernidad y comunidad. El regreso de la vinculación social. Madrid, Editorial Trotta**

**Bauman, Z. (2006). Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil. Madrid, Siglo XXI de España Editores.**

**Benítez, L. y Rivarola, G. (2002). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Dengue en un barrio de Asunción. Sección latinoamericana. Región Cono Sur. Arch. argent. Podiatry. 99 (5).**

**Benítez, S., Machi, M., Gibert, E., y Rivarola, K. (2002). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Dengue en un barrio de Asunción. Arch *Pediatr Urug*, 73(3): 171-178.**

**Bermejo, A & Bekui, A (1993). Community participation in disease control. Soc.Sci. Med. , 36: 1145-50.**

**Bisset, J. (2007). Programa de control de *Aedes aegypti* en Cuba. Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy.**

Briceño, R., León. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cuadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, ene./mar, 12 (1)*.

Bronfman, M. & Gleizer M. (1992). Appearances and reality in community participation: need, excuse or strategy. En: Halstead S, Gomez-Dantes H, eds. Dengue: a world wide problem: a common strategy. Mexico, D.F.: Ministry of Health, Rockefeller Foundation, pp. 63–73.

Cáceres, F., Vesga, C., Perea, X., Ruitort, M., y Talbot, Y., (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud pública*. 11(1).

Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986). Primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa 21 noviembre.

Carvajal, A. (2011) Apuntes sobre desarrollo comunitario. Eumed. Net, Universidad de Málaga-España. Primera Edición digital

Castañeda, O., Segura, O. y Ramírez, A. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia, *Revista salud pública*, vol.13, n.3 pp. 514-527.

Castro, M., Pérez, D., Pérez, K., Polo, V., López, M. y Sánchez, L.(2008). Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del Dengue. *Revista Cubana Medicina Tropical*. 60(1):83-91.

Ceballos, E.J. (2009). Participación Ciudadana en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los Consejos

Comunales. Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales. Provincia, N° 21, 43-60.

Chambers R. (1994). The origins and practice of participatory rural appraisal .World Development, 22 (7). 953-969.

Chavarría, H., García, J. D. (2000). Aedes, Dengue y la posibilidad de un enfoque diferente de lucha. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 9 (16).

Clark, G.G. (1995). Situación epidemiológica del Dengue en América. Desafíos para su vigilancia y control. *Salud Pública de México (Suplemento)*; 37, 5-10.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999), Diciembre 15). Gaceta Oficial 5.4.53 (Asamblea Nacional, Sesión Extraordinaria), Capítulo V, sobre La Salud, Artículos 83 y 84; Capítulo IV de los Derechos Políticos y del Referendo Popular, Artículos:62 y 70, deberes en el Capítulo X, Artículo 132.En cuanto al Poder Público Municipal, encontramos Capítulo IV, Artículos 168 y 184.

Cooke A, Carrión K, González A, Villareal A. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en dos barrios del corregimiento de Pocrí, distrito de Aguadulce, provincia de Coclé. Panamá. *Revista médico científica*. 23(2):12-23.

Cummings, F.H. (1997). Role of participation in the evaluation and implementation of development projects.*Knowledge & Policy*, 10 (1, 2), 24-30.

Dávalos, R. (1997). Comunidad, participación y descentralización. Una reflexión necesaria. En: Dávalos R. y Basail A. (comp). Desarrollo urbano: proyectos y experiencias de trabajo. La Habana: Universidad de La Habana, 8-19.

De la Cruz, Ramírez, L. (2006). Nivel de conocimientos sobre el Dengue de la población de Camino Nuevo. Venezuela Revista de Medicina Tropical.

De la Cruz, M., Mesa, A. San Martín J. (2001). La comunidad y el control de *Aedes aegypti*: percepción y comportamiento respecto al larvicida abate. Revista Cubana de Medicina Tropical, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". 53 (1).

Declaración de Yakarta (1997), sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptada en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud julio 21-25, Yakarta, República de Indonesia.

Díaz, A., Kouri, G., Guzmán, M. (1988). Cuadro clínico de la fiebre hemorrágica del Dengue/Síndrome de choque del Dengue en el adulto. *Boletín de salud de Panamá*. 104 (6), 560-571.

El Troundi, H., Harnecker, M. y Bonilla-Molin, L., (2005) Herramientas para la participación. Caracas: Corporación Venezolana de Guayana.

Espino, F., Koops, V., Manderson, L.(2004). Community participation and tropical disease control in resource-poor settings.TDR/STR/SEB/ST/04.1/

Fajardo, P., Monjes, C., Lozano, G., Realpe, O., Hernández, L. (2001). Nociones populares sobre "Dengue" y "rompehuesos", dos modelos de

la enfermedad en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Septiembre vol. 1 (3).

Fernández, S. y Flores, L. (1995) El papel del vector *Aedes aegypti* en la epidemiología del Dengue en México. *Revista de Salud Pública* Vol 37

García, J. (2001). "Gestión integrada de políticas sociales", en MARCHIONI, Marco (coordinador). *Comunidad y cambio social. Teoría y praxis de la acción comunitaria*. Madrid, Editorial Popular

Gómez, J. F. (2004). El enfoque comunitario. Algunas proposiciones para la formulación de un marco teórico. En: Hernández, C.N. (comp.) *Trabajo comunitario. Selección de lecturas*, La Habana: Editorial caminos.

González, A. e Ibarra, A. (2012) Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito *Aedes aegypti* en comunidades del municipio Diez de Octubre, La Habana. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina "Alberto Hurtado".

Gubler, D.J & Clark, G.G. (1994). Comunidad basada en el control integrado de *Aedes aegypti*: un breve resumen de los programas actuales. *American Journal Tropical Medicine & Hygiene*, 50, pp. 50-60.

Gumucio, S. (2011). Recogida de datos. Método cuantitativo. Ejemplos de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), (sin ciudad) *Medecins du Monde*, pp. 1-40.

Guzmán M., García G. & Kouri, G. (2006). El Dengue y el Dengue hemorrágico: prioridades de investigación., Instituto de Medicina

Tropical Pedro Kourí, Ciudad de La Habana, Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (3).

Guzmán, M.G., Kourí, G. & Bravo, J.R. (1999). La emergencia de la fiebre hemorrágica del Dengue en las América. Reemergencia del Dengue. *Revista Cubana Medicina Tropical*, 51 (1), 5-13.

Hernández, Ch., Francisco, García, J. D. (2000). Aedes, Dengue y la posibilidad de un enfoque diferente de lucha.San José de Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 9 (16).

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1999). *Metodología de la Investigación*. (2ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill. México 1 Edición.

Hernández, S., Noriega, V., Echemendía, B. y Ponce, F. (2007) Diagnóstico participativo para la prevención y control del *Aedes aegypti* en una zona de riesgo. Municipio Sancti Spíritus, *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 48(1)64-76.

Hernández, S.; Noriega, V.; Echemendia, B. y Ponce, F.(2009). Conocimientos y prácticas sobre prevención y control del *Aedes aegypti* en una zona de riesgo. *Revista Cubana Medicina General Integral*, vol.25, n.1

Hoyos, A. y Pérez, A. (2010). Actualización en aspectos epidemiológicos y clínicos del Dengue. Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Salud pública*. 36(1).

Hurtado, J. (2000). Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio. (3 ed). Valencia, Venezuela: Episteme Consultores y Asociados.

Jamanca, S.R., Touzett, V.A., Campos, A.L., et al., (2005). Estudio CAP de Dengue en los Distritos de Cercado de Lima, La Victoria y San Luis. Lima-Perú-Junio 2004. *Revista Peruana de Medicinas Experimental y Salud Pública*, enero-marzo, 22.

Kickbushc. I (1986) promoción de la salud. Una Perspectiva Mundial. En OPS/OMS (1996c) pp15

Kourí, G., (2006). El Dengue, un problema creciente de salud en las Américas Instituto de Medicina Tropical. *Revista Panamericana de Salud Pública* Washington, 19 (.3).

Ley de los Consejos comunales, (2009). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N°. 39.335 de fecha veintiocho de diciembre

Liborio M., Tomisani, M.A.; Moyano, C.B., Salazar R., Balparda, L.R. (2004). Dengue preventionstrategies. *Revista Brasileira Epidemiología*. 7 (3).

Lloyd, S.L. (2003). Informe Estratégico, 7 Mejores prácticas para la prevención y el control del Dengue en las Américas. Misión USAID de América Latina y El Caribe.

Londoño, A.M, Molano, L.C, Rojo, R.A & Ochoa, F.L. (2009). Evaluación de la estrategia maratón contra el Dengue y la percepción que sobre la enfermedad tiene la población escolar de la comuna dos de Medellín en el año 2008. *Revista en Salud Pública de Medellín*, 4 (1), pp. 7-17

Maguiña, V., Osoreo, P., Suárez, O., Soto, A. y Pardo, R. (2005). Dengue clásico y hemorrágico: una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. Lima. *Revista Médica Hered.* 16 (2).

Manderson. L. Valencia L. & Thomas B. (1991). Bringing the people in: community participation and the control of tropical diseases. Geneva: World Health Organization (document number TDR/SRR/RP/92/1).

Méndez, C. (1998). Metodología, Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación. (3 ed.). Santa Fe de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Méndez, C., E.J. (2009). Participación Ciudadana en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los Consejos Comunales. Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales. Provincia N° 21, pp. 43-60.

Meo, A., (2010) Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la Sociología en Argentina. Institute of Education (Universidad de Londres) y CONICET (Argentina). *Aposta revista de Ciencias Sociales*.

Ministerio de Salud del Desarrollo Social. (2005), Guía para los Trabajadores de Salud y Promotores Comunitarios. Conocimientos, Prácticas, Riesgo y Aplicación de Medidas de Control, Oficina de Comunicación Corporativa en Perú.

Ministerio de Salud, (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente al Dengue: Lima y Macro Región Norte del Perú. p.p 138.

Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (MARNR). (2002). Características del Estado Trujillo 2004 (censo 2001).

Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (MARNR). (2002). Plan Operativo para el manejo integrado de desechos sólidos. Segundo informe Anual. Dirección General de calidad Ambiental BIOCENTRO.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). (2011). Dirección Estatal de Epidemiología y Análisis Estratégico. Estado Trujillo (2007-2008-2009-2010-2011). Boletín Epidemiológico (Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. (Comisión de Epidemiología. Alerta epidemiológica, 17 (3).

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2011). Boletín Epidemiológico Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Comisión de Epidemiología. Alerta epidemiológica, N° 17 (3).

Montero, M. (2007). *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Paidós

Morán, A.(2008). Claves para el fortalecimiento de los Consejos Comunales. Centro Gumilla. Caracas.

Narayan N. (1993). Participatory evaluation tools for managing change in water and sanitation. World Bank Technical Paper Number 207. Whashington D. C. World Bank.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Normas Técnicas y Operativas Para la Prevención del Dengue y el Control del *Aedes aegypti* en Venezuela, pp. 3-18.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Glosario de Promoción de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1996). Modelo de Escuelas Promotoras de Salud. Serie SILOS, 3, 1-13.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1997). Resurgimiento del Dengue en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 18. (2), pp. 1-6.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1999). Plan detallado de acción para la próxima generación: prevención y control del Dengue Programa de enfermedades transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2000). Definiciones de caso: Dengue y Leptopirosis. *Boletín Epidemiológico*, 21 (2).

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (1992). La Administración Estratégica, Capítulo 1 Pág. 6-41.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (OPS; OMS). (1994). Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (OPS; OMS). (2010). Guía de atención clínica integral del paciente con Dengue.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (OPS; OMS). (2011). Lineamientos del manejo clínico de pacientes con Dengue. Secretaría de salud de Honduras. 1era edición.

Parks, W., Lloyd L. / OMS/OPS. (2004). Guía paso a paso. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del Dengue.

Pérez, D. (2007). Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*. Miradas desde dos experiencias de Investigación-Acción-Participativa. Tesis magister. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Universidad de La Habana.

Pérez, D., Sánchez L. & Lefèbre P. (2006). Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: Miradas desde una experiencia de investigación-acción. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Universidad de La Habana

Pimentel, O., González, O., Blanca, G., López, O. y José F. (1999). Situación actual del Dengue en América y Venezuela, 41 (3), pp. 123-33.

Ramírez, Tulio. (1999). *Como Hacer un Proyecto de Investigación. Guía Práctica*. Primera Edición. Caracas: Editorial Panapo de Venezuela.

Rebellato J.L. (1997). *Ética de la autonomía*. Uruguay: Editorial Roca Viva

Redondo, E. (2004). *Introducción a la Educación para la Salud. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Quinta Unidad Modular. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública.*

Reed, D. (1996). *Ajuste estructural, ambiente y desarrollo sostenible*. Fondo Mundial para la Naturaleza. Centro de Estudio del Desarrollo-CENDES. Editorial Nueva Sociedad, pp. 48-53.

Rengifo, A. (1997). *Glosario general de los Consejos Comunales*.

Restrepo, H.E., (2000). *Empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Organización Panamericana de la Salud-Oficina Sanitaria Panamericana.

Rifkin, S.B. (1985). *Community participation, rhetoric or reality*. En: *Health Planning and Community Participation: Case studies in South-East Asia*. Beckenham, England, CroomHealm, 1-3.

Robertis, C. y Pascal, H. (2007). *La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires, Editorial Lumen Hvmánitas

- Rodríguez, M.M., Bisset, A.J., Díaz, C., Soca, A.L. (2003). Resistencia cruzada a piretroides en *Aedes aegypti* de Cuba inducido por la selección con el insecticida organofosforado malation. *Revista Cubana Medicina Tropical*, 55 (2).
- Rodríguez, R. (2002). Estrategias para el control del Dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Revista Cubana Medicina Tropical*, 54 (3), pp. 189-201.
- Rojas, Y. y Brochero, H.. (2008). Hallazgo de *Aedes aegypti* (Linnaeus 1762), en el casco urbano del corregimiento de La Pedrera, Amazonas, Colombia. *Biomédica*, vol.28, n.4 pp. 587-596
- Rubio, Y., Pérez, L., Infante, M., Comach, G. y Urdaneta, L., (2011). Influencia de las variables climáticas en la casuística de Dengue y la abundancia de *Aedes aegyptis* (diptera: culicidae) en Maracay, Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. Vol 51(2)
- Sáenz, E., Maranda L., Piza J., González, L. y Achoy, R. (2001) Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológico del Dengue utilizando como indicador la aplicación de la definición de caso sospechoso, Costa Rica. *Revista Costarricense Ciencias Médicas*, 22 (3- 4).
- San Martín, J. y Prado, M. (2004). Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el Dengue en las Américas. Washington. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 15 (2).
- Sanabria, G. (2001). Participación social y comunitaria. Reflexiones *Revista Cubana de Salud Pública* vol. 27 (2) Ciudad de La Habana.

Sanabria, G. (2004). Participación social en el campo de la salud. Ciudad de La Habana. *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (3).

Sánchez, L, Pérez, D, Cruz, G., Silva, L. C., Boelaert, M. & Van der stuyft, P. (2004). Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un Municipio de la Habana, Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15, (1), pp. 19-25 (7.)

Sánchez, L., Perez, D., Lázara; A. Castro, M., Sánchez. A. L., M. Van der stuyft, P et al. (2008). Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del Dengue en Cuba. *Revista Panamericana Salud Publica*; 24 (1): 61-69.

Solís, M., Quesada, M. y Gutiérrez, I. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas contra el Dengue promovidas por medios de comunicación de Costa Rica. *Revista costarricense de salud pública*. 19 (2).

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México. (1943-2003). Guía Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada.

Thirión, J. (2003). El Mosquito *Aedes aegypti*, el Dengue en México. Bayer Environmental Science.

Toledo, M., Baly, G., Ceballos, E., Boelaert, M., y Van der Stuyft, P. (2006) Participación comunitaria en la prevención del Dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. México, Cuernavaca, 48 (1): 39-44.

Turabian, J. (1991): Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Villegas, L. M. (2006). El ABC de Consejos Comunales. Alcalde del Municipio Mariño Irapa.

Vivas, E. y Guevara, M. (2003) Un juego como estrategia educativa para el control de *Aedes aegypti* en escolares venezolanos. *Revista Panamericana en Salud Pública. Washington* 14 (6).

Zarate, M. (2007). "Desarrollo Comunitario". Modelo de desarrollo humano comunitario. Sistematización de 20 años de trabajo comunitario. México, DF, Plaza y Valdés Editores

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

# **ANEXOS**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NUCLEO UNIVERSITARIO RAFAEL RANGEL  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE  
INVESTIGACION**

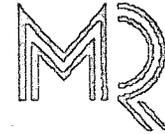
Señor/a

Usted ha sido seleccionada(o), a participar en esta investigación, antes de aceptar, por favor asegúrese de leer este consentimiento cuidadosamente: Esta información será confidencial y solo para uso de esta investigación. Por consiguiente le solicitamos firmar este consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en esta investigación titulada: Propuesta de participación comunitaria en la prevención y control del dengue a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Lcda. Arelis Briceño  
C.I. 11.127.099  
Investigadora



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
NUCLEO UNIVERSITARIO RAFAEL RANGEL  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL SUSTENTABLE (CIDIS)  
MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL  
TRUJILLO**

Propuesta de una estrategia de participación comunitaria en la prevención y control del dengue a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela.

Objetivo: El objetivo de la presente encuesta tiene como finalidad recabar información básica para el desarrollo de un trabajo de investigación de interés titulado: Propuesta de una estrategia de participación comunitaria en la prevención y control del dengue a los habitantes de la parroquia Tres Esquinas Trujillo Venezuela. Es de vital importancia para nosotros obtener la información que tienen sobre los conocimientos actitudes y prácticas en la prevención del dengue, ya que con esta información se podrían mejorar los programas ya existentes. Su participación es voluntaria y confidencial para el presente estudio.

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Código: (\_\_\_\_)

Datos del Entrevistado:

Nombre y Apellido:

\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_, Dirección: Estado \_\_\_\_\_:

Municipio \_\_\_\_\_

Parroquia

\_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

(Marque con una (X) la alternativa)

1- ) ¿Conoce usted la enfermedad del dengue?

a) Si la conoce \_\_\_ b) Medianamente la conoce \_\_\_ c) No la conoce \_\_\_ d) Otros. \_\_\_\_\_

2- ) ¿A través de que medio ha obtenido usted información de esta enfermedad?

a) Radio \_\_\_ b) Televisión \_\_\_ c) Por algún organismo \_\_\_

3- ) ¿Ha padecido usted o un miembro de su familia esta enfermedad?

Si \_\_\_, Adulto \_\_\_ Niño \_\_\_ ¿Hace cuanto tiempo? \_\_\_ No \_\_\_

4- ) ¿Cómo cree usted que es la enfermedad?

a) Leve \_\_\_ b) Moderada \_\_\_ c) Severa \_\_\_

5- ) ¿Por quién es transmitido el dengue?

a) Zancudo \_\_\_ b) Anopheles \_\_\_ c) No sabe \_\_\_

6- ) ¿Cómo se transmite el dengue?

a) De mosquito a mosquito \_\_\_ b) De persona a persona \_\_\_ c) De mosquito a persona \_\_\_ d) Desconoce: \_\_\_\_\_

7- ) ¿Quién causa el dengue?

a) Bacteria \_\_\_ b) Virus \_\_\_ c) Parásito \_\_\_ d) No sabe: \_\_\_\_\_

8- ) ¿Cuáles son los síntomas del dengue?

a) Fiebre \_\_\_ b) Dolor de cabeza \_\_\_ c) Varios síntomas \_\_\_

9- ) ¿Cuál es el nombre del mosquito?

a) Sí sabe\_\_\_ (*Aedes aegypti*) b) No sabe\_\_\_

10- ) ¿Cuáles son las características del mosquito transmisor del dengue?

a) Color negro \_\_\_ b) Anillos blancos en las Patas \_\_\_ c)Manchas blancas en el cuerpo\_\_\_ d)No sabe \_\_\_

11- ) ¿A qué hora pica el mosquito?

a) Mañana y tarde\_\_\_ c) En la noche \_\_\_ c) 24 horas del día\_\_\_  
d) No sabe \_\_\_

12- ) ¿Conoce usted como se reproduce el mosquito que transmite el dengue?

a) Pone Huevos en el Agua\_\_\_ b) Pasan Por etapa de Larva y Pupa hasta llegar a Adulto \_\_\_ c) No sabe \_\_\_

13- ) ¿Dónde se reproduce el mosquito que transmite el dengue?

a) En aguas estancadas sucias\_\_\_ b)En aguas estancadas limpias\_\_\_  
c) Desconoce\_\_\_

14- ) ¿Si usted se enferma de dengue a donde se dirige?

a) Hospital\_\_\_ b) Ambulatorio\_\_\_ c) Clínica \_\_\_ d)  
Otros:\_\_\_\_\_

15- ) De acuerdo a su opinión ¿Quién es responsable de controlar los mosquitos en su vecindario?

a) El Gobierno\_\_\_ b) Los Servicios de Salud \_\_\_ c) Los Consejos Comunales\_\_\_  
d) Los habitantes de la comunidad \_\_\_\_\_

16- ) ¿Está usted de acuerdo que le fumiguen su casa?

- a) Está totalmente de acuerdo \_\_\_ b) En desacuerdo \_\_\_

17- ) ¿Qué hace usted para eliminar los zancudos adultos?

- a) Uso raqueta eléctrica \_\_\_ b) Quema hojas \_\_\_ c) Utiliza Baygon \_\_\_ d) No sabe \_\_\_

18- ) ¿Qué hace para eliminar las larvas de los depósitos de agua?

- a) Añade querosene \_\_\_ b) Usa Abate \_\_\_ c) Agrega cloro \_\_\_ c) Los bota \_\_\_

19- ) ¿Qué método utiliza usted para proteger el agua acumulada?

- a) Los tapa con latas \_\_\_ b) Los deja sin protección \_\_\_ Tapa que trae \_\_\_

20- ) ¿Cómo limpia sus depósitos de agua?

- a) Botando el agua y llenando nuevamente \_\_\_ b) Fregar con cepillo y jabón \_\_\_ c) Lavar con cloro y jabón \_\_\_ d) Otros:

\_\_\_\_\_

21- ) Si los recipientes tienen agua acumulada por las lluvias ¿qué actitud ejerce usted para eliminarla?

- a) Los perfora \_\_\_ b) Los voltea \_\_\_ c) Los bota en el aseo \_\_\_ d) Otros:

\_\_\_\_\_

22- ) ¿De qué manera limpia su estacionamiento, garaje, azotea y patio?

- a) Barre y lava heces de animales \_\_\_ b) Recoge hojas de arboles \_\_\_ c) Recoge bolsas y desperdicios \_\_\_ d) Otros:

\_\_\_\_\_

23- ) ¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado?

a ) Si \_\_\_ b) No \_\_\_

24- ) ¿En qué tipo de organización grupo organizado participa?

a) Consejo Comunal\_\_\_ b) Líderes Comunitarios\_\_\_ c) Partidos Políticos\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

25- ) ¿Tipo de vivienda?

a) Quinta\_\_\_ b) Casa \_\_\_ c) Apartamento en edificio \_\_\_ d) Apartamento en casa o quinta \_\_\_ e) Casa de vecindad\_\_\_ f) Vivienda rústica (rancho)\_\_\_\_\_ g) Rancho campesino\_\_\_ h) Otro: \_\_\_\_\_

26- ) Material predominante en las paredes exteriores

a) Bloque o ladrillo frisado\_\_\_ b) Bloque o ladrillo sin frisar\_\_\_ c) Concreto (prefabricado) \_\_\_ d) Madera aserrada\_\_\_ e) Adobe, tapia o bahareque frisado\_\_\_ f) Adobe, tapia o bahareque sin frisar\_\_\_ g) Otro (especifique) \_\_\_\_\_

27- ) Material predominante en el techo

a) Platabanda\_\_\_ b) Teja\_\_\_ c) Asbesto\_\_\_ d) Láminas metálicas (zinc) e) Otro: \_\_\_\_\_

28- ) Material predominante en el piso

a) Mosaico\_\_\_ b) granito\_\_\_ c) vinil\_\_\_ d) cerámica\_\_\_ e) ladrillo\_\_\_ f) terracota\_\_\_ g) parquet\_\_\_ h) alfombras\_\_\_ i) Otros \_\_\_\_\_

29- ) El agua potable llega a esta vivienda por:

a) Acueducto\_\_\_ b) Camión cisterna\_\_\_ c) Otros \_\_\_\_\_

**30- ) Esta vivienda cuenta con**

a) Electricidad \_\_\_\_ b) Teléfono \_\_\_\_ c) Internet \_\_\_\_ d) Gas directo \_\_\_\_ e) Gas por bombona \_\_\_\_ e) Recolección directa de basura \_\_\_\_ f) Contenedores de basura \_\_\_\_ g) TV por cable \_\_\_\_ h) Ninguno \_\_\_\_

**31- ) Esta vivienda cuenta con servicios básicos solamente:**

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

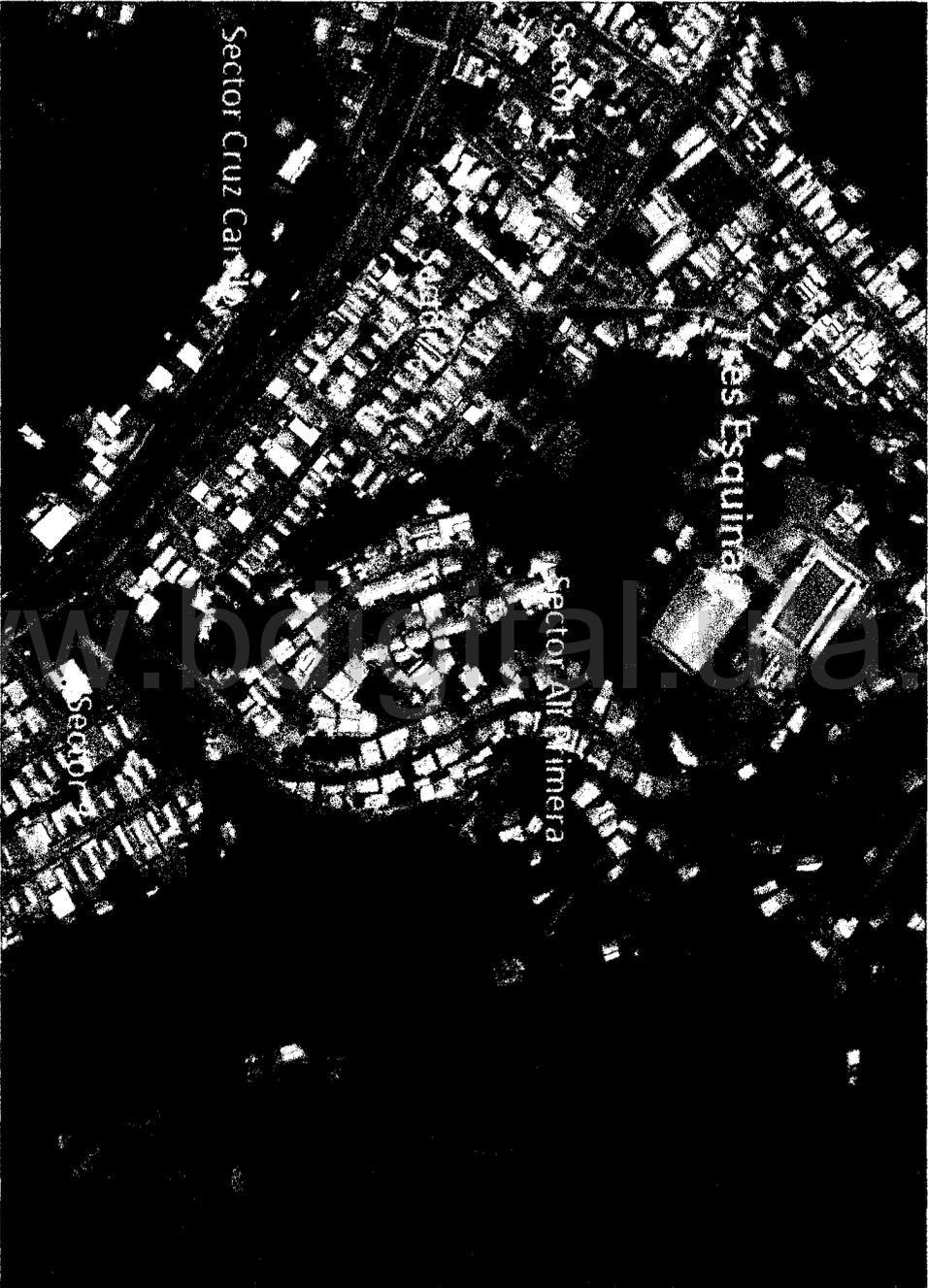
Gracias por su colaboración!

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## Sectores Encuestados



Fuente: Google earth 2012



Fuente: Google earth 2012



Fuente: Google earth 2012



Fuente: Google earth 2012

www.bdigital.ula.ve

165



2da parte de Esnague

Fuente: Google earth 2012