

Planeación De Un Programa Para La Prevención Del Dengue Basado
En El Modelo De Adopción De Precauciones Dirigido A Las Madres
Comunitarias Del Bienestar Familiar Del Municipio De Turbaco.

Faishiury Corrales Torres

Rosa Paulina Burgos Mercado

Laura Margarita Corrales Zúñiga

Diana Carolina Vásquez Correa

Universidad Tecnológica De Bolívar

Facultad De Psicología

Minor De Psicología De La Salud

Cartagena De Indias, Junio De 2004

Planeación De Un Programa Para La Prevención Del Dengue Basado
En El Modelo De Adopción De Precauciones Dirigido A Las Madres
Comunitarias Del Bienestar Familiar Del Municipio De Turbaco.

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicóloga

Directora

Luz Helena Buitrago

Psicóloga

Universidad Tecnológica De Bolívar

Facultad De Psicología

Minor De Psicología De La Salud

Cartagena De Indias, Junio De 2004

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
MARCO TEÓRICO	2
OBJETIVOS	39
Objetivo General.....	39
Objetivos Específicos.....	40
METODO	41
Diseño.....	41
Participantes.....	42
Instrumento.....	42
Procedimiento.....	44
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	50
ANEXOS	54
REFERENCIAS	95

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. Programa para la Prevención Primaria del Dengue.....	55
ANEXO 2. Instrumento “CEFRAD”.....	62
ANEXO 3. Conferencia “Dengue Enemigo Mortal”.....	69
ANEXO 4. Evaluación Fase 1. “Prueba de Conocimientos”.....	77
ANEXO 5. Evaluación Fase 2. “La Vuelta a la Manzana”.....	79
ANEXO 6. Conferencia “Vulnerabilidad e Invulnerabilidad”.....	80
ANEXO 7. Evaluación Fase 3. “Pegada de Manos”.....	84
ANEXO 8. Taller “Entrenamiento en toma de Decisiones”.....	86
ANEXO 9. Evaluación Fase 4. “Resolución de un caso”.....	92
ANEXO 10. Autorregistro.....	93
ANEXO 11. Cartilla.....	94

Agradecimientos

Con estas cortas palabras queremos agradecer de todo corazón a aquellas personas que hicieron posible la materialización de este proyecto.

En primer lugar a Dios por guiar nuestros pasos. A la Universidad por darnos la oportunidad de realizar este Minor que nos ha servido para nuestra formación integral.

En Segundo lugar a Luz Helena Buitrago por haber sorteado con nosotras paso a paso esta monografía, por su disposición y colaboración en todo momento.

Y en Tercer lugar pero por ello no menos importantes a nuestros padres María De Los Ángeles, Elvira, Carlos, Darío, Mirna, Gennis y César que al igual que nosotras ven realizados todos nuestros sueños.

Planeación De Un Programa Para La Prevención Del Dengue Basado
En El Modelo De Adopción De Precauciones Dirigido A Las Madres
Comunitarias Del Bienestar Familiar Del Municipio de Turbaco.

Las enfermedades transmisibles son un problema tan antiguo como la humanidad, de ahí que uno de los principales objetivos del hombre sea la creación e implementación de programas relativos a la vigilancia y control de estas enfermedades (Sánchez, 1998).

El ser Humano al ser ente integral en un mundo, tiene unas características concebidas para la existencia y preservación de los seres vivos, y cualquier déficit o desequilibrio podría ocasionar cambios que repercutirían en la relación salud-enfermedad de la especie humana (Sánchez, 1998).

El estudio del proceso (salud-enfermedad) está determinado por elementos de la estructura y funcionamiento biológicos, así como por condiciones internas del sujeto, tales como procesos psíquicos cognoscitivos, procesos afectivos y formaciones psicológicas complejas de la personalidad y por elementos de índole social y del entorno. Es en esta área de la salud humana, que la interdisciplinariedad entre las Ciencias Biológicas, la Psicología y la Sociología tendrá que afrontar los mayores desafíos, pues la influencia de cada uno de estos niveles sobre el proceso de salud se encuentra en gran medida por determinar (García -Viniegras & Martínez Canals, 1997).

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable, están ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que se consumen, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos económicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades; requieren también, con todas las consecuencias, del sistema político responsable de definir las prioridades de un país y de decretar el valor que la salud y las condiciones que favorecen una cultura de salud han de tener en las acciones de gobierno. (García-Viniegras & Martínez Canals, 1997).

La salud es, tal vez, el máspreciado de los dones; o cuando menos es un soporte básico para el desarrollo y utilización adecuada de todos los demás. Las antiguas definiciones han perdido mucho de su valor. Según la Organizacional Mundial de la Salud (OMS), define a ésta como “un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (Brannon & Seist, 2001).

Por otro lado, la enfermedad humana se define como el conjunto de modificaciones psico-orgánicas que siguen a la acción de una causa agresora, que altera el equilibrio de salud del individuo (OMS, 1987).

Las enfermedades pueden clasificarse según varios criterios: de acuerdo a su evolución: en agudas y crónicas; por sus causas: en inflamatorias, metabólicas, degenerativas, tumorales, hereditarias, alérgicas, etc.; o según su localización: afectando un órgano, aparato o sistema. Se pueden diferenciar varias etapas en su evolución, que constituyen la patocronía. Generalmente la enfermedad comienza por un período de incubación o latencia, en el que pueden haber manifestaciones inespecíficas (sensación de "no estar bien"), que son seguidas por lo que se llaman pródromos (malestar que precede una enfermedad, por ejemplo la fiebre de origen no evidente), para desembocar en el período de invasión, cuando comienza a manifestarse con mayor notoriedad. Alcanza luego el período de estado, en el que es clara y evidente, mostrando su expresión característica. En éste momento es individualizable y clasificable. Le sigue el desenlace que, cuando es hacia la curación, termina en forma de crisis (brusca y rápida) o lisis (gradualmente). Inmediatamente empieza la convalecencia, que es el período que transcurre mientras el paciente ya no está enfermo, pero no ha alcanzado aún su plena salud: se está recuperando (OMS, 1987).

La enfermedad humana tiene, por último, repercusión social, porque cambia las relaciones establecidas: produce ausentismo laboral, determina la búsqueda de ayuda para curarse y la cooperación entre diferentes grupos de personas para combatirla. Es decir que despierta reacciones y cambios sociales marcados, que no existen generalmente en otros animales (OMS, 1987).

El estado de salud y bienestar de un individuo depende en gran medida de la calidad del medio en que vive y sus patrones de comportamiento dentro de ese escenario. Sus aspectos biológicos y psicológicos son afectados por el ambiente al que es expuesto, de acuerdo a lo cual actuará de una forma u otra. Las condiciones ambientales actúan sobre él a través de filtros económicos y culturales, que permiten que le lleguen o no algunas influencias que lo afectan directamente. Su percepción actúa como un segundo filtro, modificando el impacto que produce el entorno en su salud y bienestar. Algunas alternativas pueden quedarle excluidas por motivos de acceso, costo o territorio, cambiando la calidad de los bienes que obtiene y también el trabajo que implica obtenerlos. Una persona podría, por alguna de esas causas, no utilizar las mejores fuentes de agua potable disponibles, exponiéndose a la contaminación por microorganismos que pueden causar diversas enfermedades infecciosas (OMS, 1987).

El dengue es la enfermedad infecciosa reemergente más importante en los últimos 50 años y la principal enfermedad viral humana transmitida por artrópodos. La emergencia del dengue hemorrágico es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo por las tendencias demográficas y uno de los mayores retos para las políticas socioeconómicas y de salud del Siglo XXI porque afecta más de la mitad de la población mundial que vive en áreas de riesgo. Colombia es precisamente uno de los países en los cuales esta aumentando alarmantemente y en gran parte de su territorio existe la enfermedad o se esta en riesgo (González, G & Méndez, A, 2002).

Se sabe que el dengue no se resuelve con tratamiento específico y que todavía no hay medidas suficientemente eficaces para la erradicación o el control del vector, por lo cual sólo es posible insistir en el diagnóstico precoz de la enfermedad, mediante la educación médica y la divulgación de la información necesaria para que los pacientes acudan a los servicios de salud en las fases iniciales de la enfermedad y así puedan ser atendidos o referidos de acuerdo con el nivel de atención médica requerido en cada caso (González, G & Méndez, A, 2002).

El hecho de que el dengue sea una enfermedad con un espectro muy amplio que va desde cuadros clínicos casi inaparentes hasta una enfermedad potencialmente fatal, obliga especialmente a los pediatras de zonas endémicas o potencialmente epidémicas a conocer su fisiopatología y sus características clínicas, así como a unificar los criterios diagnósticos y no subestimar ninguna fase de la enfermedad, porque sólo su atento seguimiento y observación puede conducir a diagnóstico y tratamiento apropiado (González, G & Méndez, A, 2002).

El origen del dengue como enfermedad ha sido muy discutido. La primera descripción de una enfermedad similar al dengue está descrita en una enciclopedia china de enfermedades publicada durante la dinastía China (265 a 420) y luego editada en el 610 (dinastía Tanq), en la que ya se le relacionaba con insectos voladores y agua. Mucho después, en las Antillas francesas (Martinica y Guadalupe), en 1635, y en el Darién en 1699 se describe una enfermedad compatible con el dengue clásico. La primera

epidemia fue descrita por Benjamín Rush en Philadelphia en 1780; se llamaba breakbone fever (fiebre quebrantahuesos), pero simultáneamente hubo reportes en El Cairo, Alejandría e Indonesia, considerándose entonces la primera pandemia (González, G & Méndez, A, 2002).

El origen de la palabra dengue se atribuye a diferentes fuentes, comenzando con la palabra dinga, usada por los esclavos para referirse a la enfermedad derivada de la trasewath Kadinga (producidos por espíritus malignos): algunos la relacionaban con la palabra malesa dandy, haciendo relación a un andar amanerado de los enfermos. La enfermedad se conoce en todos los idiomas con el mismo término, dengue, palabra usada desde 1801 en España (González, G & Méndez, A, 2002).

El dengue es una enfermedad del tercer mundo, porque son estos países los que generalmente tienen alta tasa de infestación y escasas posibilidades para su erradicación. No obstante, algunos países desarrollados han tenido casos de dengue clásico y dengue hemorrágico (Martínez, 1990).

Desde el punto de vista científico, también constituye un problema, por cuanto en su patogenia se reconoce un fenómeno de intensificación de la infección viral por mecanismos de tipo inmune, porque se incluye entre las enfermedades en las cuales el fagocito mononuclear parece ser objeto de activación y sucesiva lisis de linfocitos y, porque el shock y el edema pulmonar que a veces se le asocia, son producidos por un síndrome de escape o fuga capilar. Todos estos fenómenos constituyen hoy temas de la

mayor importancia dentro de la ciencia médica y, en general, la biología humana (Martínez, 1990).

El dengue es producido por un virus RNA al cual se le reconocen cuatro serotipos (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4) transmitidos por mosquitos (especialmente el *Aedes Aegypti*) que en su forma clínica clásica se manifiesta por fiebre, dolores osteomioarticulares, adinamia y anorexia (Martínez, 1990).

Los cuatro serotipos del virus del dengue (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4) son antigénicamente muy semejantes entre sí, pero son lo bastante diferentes para provocar sólo protección cruzada parcial después de la infección por uno de ellos. Tras un período de incubación de 4-6 días (mínimo 3 máximo 10), el virus se encuentra en la sangre de los pacientes durante la fase aguda de la enfermedad (OMS, 1987)

Aunque los cuatro virus del dengue pueden producir casos de Fiebre Hemorrágica por Dengue (FHD), los serotipos DEN2 y DEN3 son los más frecuentes asociados con la enfermedad severa. La secuencia de infección por DEN1, seguida de otra por DEN2, ha sido asociada con epidemias de FHD aunque en las áreas hiperendémicas no es fácil definir el virus que produce la infección primaria. En Colombia, en los últimos años habían circulado DEN1, DEN2 y DEN4, hasta que en el año 2001 fue aislado DEN3 y ahora circulan todos los serotipos (González, G & Méndez, A, 2002).

Los virus del dengue pertenecen a la familia *Togaviridae*, género *Flavivirus*, con otros 60 virus más. Son virus RNA con simetría cúbica y

envoltura externa, que oscilan entre 40 y 70 NM. Son sensibles al Éter. Se ensamblan y liberan en el citoplasma, principalmente en asociación con las membranas citoplasmáticas. Todos los flavivirus comparten un determinante antigénico género específico que parece estar asociado con la nucleocápside. En las células donde crece, se ha observado la aparición de numerosas vacuolas y vesículas citoplasmáticas. Estas aumentan en número y tamaño y se observan después agregados cristalinos que contiene numerosa partículas virales en su interior. La maduración de estos virus se encuentran relacionadas con las membranas citoplasmáticas, las cuales parecen ser las responsables de la síntesis de las macromoléculas virales (proteínas y ácidos nucleicos). Se ha dicho que la liberación viral ocurre por lisis celular inducida por el virus, pero se ha encontrado gemación en varios sistemas celulares (Martínez, 1990).

Con respecto a la estructura proteica del virus dengue, existen al menos tres proteínas estructurales: VSP-1, VSP-2, VSP-3. Esta última es una glicoproteína y está muy relacionada con la envoltura viral; la VSP-1 es rica en histidina y pobre en glicina, asociada a la anterior. La VSP-2 es rica en lisina y metionina, se relaciona con ácido nucleico viral (Martínez, 1990).

El virus dengue es capaz de multiplicarse en varios sistemas celulares: riñón de mono rhesus, mosquitos *Aedes albopictus* y *Aedes pseudosputellaris* (Martínez, 1990).

Los virus son perpetuados en un ciclo que incluye al ser humano y el mosquito en centros urbanos de clima tropical y se transmite por la picadura

de mosquitos infectantes, principalmente *Aedes Aegypti* (OMS, 1987).

Los cuatro tipos de virus dengue han sido obtenidos de dicho mosquito infectado naturalmente. Este insecto pica de día y se ha adaptado al entorno urbano, vive en el agua relativamente limpia, estancada en charcas, agua almacenada para beber y asearse o cualquier sitio en que se haya acumulado agua de lluvia. La hembra del *Aedes Aegypti*, que adquiere el virus a través de la picada a un individuo virémico, puede considerarse permanentemente infecciosa después de 2 a 15 días y vive semanas, quizás meses. Su radio de vuelo es relativamente limitado. El ciclo hombre-mosquito-hombre constituye el ciclo endémico-epidémico, aunque puede existir un ciclo secundario en primates no humanos (Martínez, 1990).

El *Aedes aegypti* se ha encontrado en sitios más altos y fríos que los previamente reconocidos donde la temperatura promedio era de 17 grados C. La susceptibilidad del mosquito a infectarse oralmente con los virus dengue está asociada a la barrera intestinal. Su capacidad intrínseca de adaptación y su competencia como vector tienen una base genética. Las variaciones en su competencia tienen importancia epidemiológica y pueden explicar algunas diferencias en los patrones de distribución geográfica (Martínez, 1990).

Algunos estudios han demostrado la posibilidad de transmisión transovárica en pequeño porcentaje de mosquitos hembras infectadas. No está claro si tal tipo de transmisión ocurre en la naturaleza. Otros vectores con mayor o menor importancia epidémica, son el *Aedes Albopictus*, *Aedes*

polinesiensis, *Aedes scutellaris* y *Aedes niveus*. Este último puede mantener la infección selvática, al actuar a la vez sobre monos y hombres (OMS, 1987).

Estos vectores tienen una distribución variable en nuestro continente. *Aedes Albopictus* en el laboratorio, es un huésped mucho más eficiente para el virus de dengue que el *A. Aegypti* y se adapta mejor al frío. La distribución cada vez más amplia de este insecto en las Américas podría cambiar la ecología del dengue en esta región: se duplicarían aquí las condiciones epidemiológicas del Sudeste Asiático. Otra especie, el *A. mediovittatus*, presente en las Antillas, puede desempeñar una función semejante al *A. albopictus*: también muy sensible a la infección oral y capaz de transmitir el dengue en forma transovárica. Se le ha atribuido la responsabilidad de mantener esta infección en Puerto Rico y otras islas durante períodos inter-epidémicos (Martínez, 1990).

Se conocen solamente tres huéspedes naturales para los virus dengue: los seres humanos, algunos primates y los mosquitos *Aedes*. Los chimpancés y otros monos resultan infectados y desarrollan títulos de viremia suficientes para infectar mosquitos. La magnitud y duración de la viremia en estos animales es inferior a la observada en humanos (de 1 a 2 días y entre 2 a 12 días, respectivamente). Los seres humanos son los únicos capaces de expresar clínicamente la infección por virus dengue. La infección del hombre por un serotipo produce inmunidad para toda la vida contra la infección con ese serotipo. Hay dos patrones de respuesta sérica a la

infección aguda por dengue, primaria y secundaria. En la primera, los títulos de anticuerpo se elevan lentamente hasta un nivel no muy alto; en cambio en la respuesta de patrón secundario que sucede en individuos que tienen una infección previa, los títulos de anticuerpos se elevan rápidamente a niveles altos. (Behrman, Kliegman & Arvin, 1998).

Los anticuerpos neutralizantes aparecen varios días después del inicio de la enfermedad y persisten varios años o toda la vida. Los anticuerpos fijadores del complemento aparecen también en forma precoz pero no son detectables hasta algunos meses después. Los anticuerpos inhibidores de la hemaglutinación (IH) aparecen al mismo tiempo y son fáciles de detectar. No existe inmunidad cruzada significativa entre el dengue y la fiebre amarilla (Behrman, Kliegman & Arvin, 1998).

La recuperación de una infección deja una inmunidad sólida para el serotipo homólogo que tienen carácter permanente. La inmunidad heteróloga es considerable en períodos iniciales pero desaparece con bastante rapidez. Entre 2 y 9 meses, una infección por un serotipo distinto origina una forma modificada de la enfermedad, más benigna y de más corta duración. Esta es la forma más frecuente donde los diferentes tipos de dengue son endémicos. El Síndrome de Choque por Dengue (SCD) se presenta con alta frecuencia en dos grupos inmunológicamente definidos: a) Niños que han sufrido una infección previa por el dengue y b) Lactantes con niveles decrecientes de anticuerpos maternos contra el dengue (OMS, 1987).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización

Panamericana de la Salud) han sugerido las siguientes definiciones de caso y clasificación: a) *Fiebre dengue o Dengue Clásico (FD)*: Los rasgos clínicos del dengue dependen frecuentemente de la edad del paciente. Los lactantes y niños pequeños pueden tener una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular. Los niños mayores y los adultos pueden tener un síndrome febril leve o la enfermedad clásica incapacitante de comienzo brusco y con fiebre alta, intensa cefalalgia, dolor retro-ocular, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. No son infrecuentes las hemorragias cutáneas. Suele encontrarse leucopenia y ocasionalmente se observa trombocitopenia. La tasa de letalidad es sumamente baja. Muchas epidemias de dengue van acompañadas de complicaciones hemorrágicas tales como epistaxis, hemorragia gingival, hemorragia gastrointestinal, hematuria e hipermenorrea. Hemorragias extraordinariamente graves han causado la muerte en algunos de esos casos. Es importante diferenciar los casos de Dengue con hemorragias insólitas de los casos de dengue hemorrágico. Esta enfermedad aguda tiene una duración 2-7 días; b) *Fiebre hemorrágica por dengue (FHG)*, Los casos típicos de DH, como se en los países asiáticos, se caracterizan por 4 manifestaciones clínicas principales: fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia, y a menudo, insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia moderada o marcada con simultánea hemoconcentración es un hallazgo de laboratorio clínico distintivo. La principal alteración pato-fisiológica que determina la gravedad de la enfermedad en el DH y que lo diferencia del D, es la extravasación de

plasma, manifestada por creciente valor del índice hematocrito y hemoconcentración; c) *Dengue Hemorrágico con choque*: La enfermedad comienza generalmente con una súbita elevación de temperatura que va acompañada de congestión facial y otros síntomas generales inespecíficos semejantes a los del dengue, tales como anorexia, vómitos, cefalalgia y dolores musculares o articulares. Algunos pacientes se quejan de dolor de garganta y al examen pueden encontrarse congestión de la faringe. Frecuentemente hay molestias epigástricas, dolor a la presión en el reborde costal derecho y dolor abdominal generalizado. Lo típico es que la temperatura sea elevada y se mantenga alta durante 2-7 días, bajando después puede llegar a normal o subnormal. En ocasiones la temperatura puede llegar a 40-41 °C y pueden presentarse convulsiones febriles. El hígado suele ser palpable al principio de la fase febril. El tamaño del hígado no está en correlación con la gravedad de la enfermedad, pero la hepatomegalía es más frecuente en los casos de choque. El hígado es sensible, pero no suele observarse ictericia ni siquiera en pacientes con un hígado grande y doloroso. En los casos graves (*Síndrome de choque por dengue (SCD)*), después de algunos días de fiebre el estado del paciente empeora bruscamente. Coincidiendo con el descenso de la temperatura o poco después entre el tercer y séptimo días de la enfermedad, hay signos de insuficiencia circulatoria: La piel está fría con manchas, y congestionada, frecuentemente se observa cianosis alrededor de la boca; y el pulso se hace rápido. Aunque algunos pacientes pueden parecer letárgicos, se agitan y

luego pasan rápidamente a una fase crítica de choque. El dolor abdominal agudo es una molestia frecuente poco antes del comienzo del choque. El choque se caracteriza por un pulso rápido y débil, o hipotensión, con la piel fría y húmeda y agitación. Los pacientes en estado de choque se hallan en peligro de muerte si no se administra rápidamente el tratamiento apropiado. Los pacientes pueden pasar la mayor parte concientes hasta la fase terminal. La duración del choque es breve, el paciente puede morir en 12 a 24 horas o recuperarse rápidamente después del tratamiento anti-choque (Parias, Palacio, Pérez & De la Cruz, 2001); *d) Confirmación de caso*, esta se hace por serología que es la ocurrencia en el mismo lugar y al mismo tiempo de otros casos confirmados de dengue; *e) Grado de severidad de FHD*, para decidir el tratamiento de cada paciente es necesario conocer la clasificación por grado de severidad que ha recomendado la OMS, 1) Grado I: FHD con prueba del torniquete positiva como único signo hemorrágico, 2) Grado II: FHD con hemorragias espontáneas (petequias u otras), 3) Grado III, FHD con falla articularia manifestada por pulso rápido y débil, hipotensión, piel húmeda y fría, inquietud y agitación; 4) Grado IV con choque severo con presión sanguínea y pulsos imperceptibles (González, G & Méndez, A, 2002).

Como se mencionó anteriormente, esta enfermedad constituye un severo problema de salud en el mundo, especialmente en la mayoría de países tropicales donde las condiciones del medio ambiente favorecen su desarrollo, Colombia, con una extensión de 1.138.000 km² tiene 900.000

km² de territorio, donde residen, aproximadamente 20.000.000 habitantes, que se encuentran expuestos a riesgo de adquirir la enfermedad (Martínez, E., 1990).

Las manifestaciones varían según la edad y de un enfermo a otro. En los lactantes y los niños pequeños la enfermedad puede ser indiferenciada o caracterizada por una fiebre de 1 a 5 días, inflamación faríngea, rinitis y tos leve. En los brotes, una mayoría de los niños mayores y los adultos infectados presentan la mayor parte de los hallazgos descritos más adelante (Behrman, Kliegman & Arvin, 1998).

La cefalea es un signo constante en adultos y niños mayores, pero difícil de determinar en los pequeños. Puede haber congestión, dolor con los movimientos oculares y fotofobia. El dolor muscular y osteoarticular lo manifiestan los niños más frecuentemente en miembros inferiores y puede llegar a dificultar la marcha (Merhey, McPhee, & Papadakis, 1993).

Puede ocurrir afectación neurológica, tanto en las formas leves como en las complicadas del dengue y en cualquiera de las fases de la enfermedad. Se describen tres formas de manifestaciones neurológicas asociadas con la infección por dengue. Las más comunes son inespecíficas, como cefalea, vértigo, delirio, trastornos del comportamiento, somnolencia e irritabilidad. Menos frecuentes son las manifestaciones neurológicas severas, compatibles con encefalitis o meningoencefalitis, que incluyen depresión del sensorio, letargia, convulsiones, contusión, signos meníngeos, paresias, parálisis, que pueden llegar hasta el coma; de la encefalopatía aguda

generalmente hay recuperación sin secuelas. También pueden manifestarse tardíamente, otros signos neurológicos como paresias, temblores, polineuritis, amnesia, pérdida de sensibilidad, psicosis maníaca, depresión, demencia y síndrome de Guillain-Barré (Merhey, McPhee, & Papadakis, 1993).

La afección hepática, manifestada principalmente por hepatomegalia pocos días después del comienzo de la fiebre, puede causar dolor. En algunos casos puede no tratarse de verdadera hepatomegalia, sino desplazamiento del hígado de su sitio habitual por acumulo de líquidos extravasados. La hepatitis por dengue se ha venido describiendo. La afectación severa del hígado puede complicar el cuadro clínico del dengue, llegando a causar insuficiencia hepática; la disfunción hepática puede persistir por varios días hasta semanas. Ocasionalmente hay hallazgos clínicos y ecográficos de colecistitis alitiásica o de pancreatitis (Merhey, McPhee, & Papadakis, 1993).

La insuficiencia renal aguda en la FHD/SCD ha sido relacionada principalmente con la duración y severidad de la hipo perfusión renal, la cual es ocasionada por inadecuado reemplazo de líquidos durante la fase hipovolémica. Se han descrito otras manifestaciones renales, como síndrome hemolítico urémico y glomerulonefritis aguda. Los pacientes con formas graves de FHD son propensos a infecciones bacterianas sobre agregadas como neumonías y algunas veces sepsis. Esta situación puede deberse a los efectos del virus sobre el sistema inmune o a coincidencia de infecciones.

También pueden ocurrir otras enfermedades relacionadas, con las consiguientes dificultades diagnósticas y terapéuticas (González & Méndez, 2002).

Actualmente hay 2.000 millones de personas en riesgo de infectarse con dengue y ocurren millones de casos todos los años. Las epidemias causadas por los tipos del virus del dengue han sido cada vez más frecuentes y más extensas.

En Cartagena, Colombia, en el año 2002 se presentaron 40 casos de dengue clásico y dos casos de dengue hemorrágico. Las zonas más afectadas son la turística y la sur-occidental, con un 7,5% por cada 100.000 habitantes y 6,3% por cada 100.000 habitantes respectivamente. Un menor grado de incidencia se presenta en la zona norte (2,8 por cada 100.000 habitantes), zona sur-oriental (2,6 por cada 100.000 habitantes), y en la zona centro (2,2 por cada 100.000 habitantes). (DADIS, 2003).

El tipo de dengue que más afecta a la población cartagenera es el clásico, con una tasa de incidencia de 4,3% por cada 100.00 habitantes y en menor proporción se presenta el dengue hemorrágico en el 4,2% por cada 100.000 habitantes. Con respecto al sexo se puede decir que el más afectado es el femenino (58,6%) porque ellas y los niños son los que permanecen constantemente en el hogar y por consiguiente están más expuestos a la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, pues este ataca en las horas de la mañana y las primeras horas de la tarde (DADIS, 2003).

En cuanto a la edad, los datos proporcionados por el DADIS afirman

que el dengue hemorrágico se presenta en personas de 1-4 años en un 3,1% por cada 100.000 habitantes, de 5-14 años en un 10,3% por cada 100.000 habitantes, de 15-44 años en un 2,9% por cada 100.000 habitantes y de 45 o mas en un 4,0% por cada 100.000 habitantes. Actualmente (2003), se han reportado 83 casos de dengue clásico y la población más afectada ha sido mujeres y niños con edades comprendidas entre los 5 y 14 años (DADIS, 2003).

No hay medicamentos que lo curen ni ninguna vacuna que lo prevenga. Se debe recurrir a dos medidas básicas que pueden aplicarse para evitar la propagación del dengue: 1) Eliminación de los criaderos de mosquitos y 2) Prevención de las picaduras de mosquitos. En Cartagena, la prevención a nivel de Salud pública se lleva a cabo mediante campañas de fumigación para la eliminación del vector con un químico llamado Abate que se riega en el agua para la eliminación de las larvas del mosquito, campañas de educación para la eliminación de criaderos y depósitos de aguas, Campañas de control biológico donde se lleva a cabo un cultivo de peces (DADIS, 2003).

Por otro lado, la dinámica de transmisión del virus del dengue también depende de interacciones entre el ambiente, el agente, la población de huéspedes y el vector, los que coexisten en un hábitat específico. La magnitud e intensidad de tales interacciones definirán la transmisión del dengue en una comunidad, región o país. Estos componentes pueden dividirse en macro factores y micro factores determinantes. Macro factores

determinantes de la transmisión del dengue: factores de riesgos ambientales y sociales. Entre los macro factores están las zonas geográficas donde el vector se desarrolla y entra en contacto con la población huésped (González & Méndez, 2002).

Algunos parámetros geográficos y climatológicos pueden usarse para estratificar las zonas donde la transmisión previsible puede ser endémica, epidémica o esporádica. Como los *patrones de asentamiento*: urbanización no planificada, y densidad de asentamiento elevada. *Viviendas*: tejidos de alambre inadecuados o inexistentes, y desagües obstruidos con desechos. *Aprovisionamiento de agua*: agua almacenada en la casa por más de 7 días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente, y uso de tambores o tanques destapados crean focos de proliferación. *Recolección de desechos sólidos*: envases de almacenaje inadecuados, recolección inadecuada o inexistente, recipientes pequeños en desuso de menos de 50 litros, neumáticos o pilas de neumáticos desechados, y automóviles abandonados. También se reconocen varios factores sociales que determinan la transmisión del dengue. El dengue es principalmente una enfermedad urbana. Su transmisión está relacionada con densidades de población de moderadas a altas, una urbanización no planificada y densidades habitacionales muy elevadas. La situación socioeconómica es otro factor determinante de la transmisión del dengue; sin embargo, en cualquier comunidad, los vecindarios más ricos o los más pobres pueden propagar grandes cantidades de focos. Las mujeres y los

niños pequeños que pasan largos períodos de tiempo en el hogar, con una actividad mínima durante las horas del día, pueden experimentar exposiciones mas largas a mosquitos potencialmente infectados que las personas que están fuera de la casa o activas. Las creencias y conocimientos de las familias sobre el dengue, sus causas y los medios para prevenirlo o controlarlo influyen en el nivel de saneamiento del ambiente doméstico y, en última instancia, determina la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el entorno domiciliario. Los factores de riesgo que influyen en la transmisión del virus del dengue deben separarse de los que influyen en la gravedad de la enfermedad. Entre las categorías de factores de riesgo reconocidos para la transmisión figuran los del huésped, el vector y el agente. Los factores propios del huésped incluyen el sexo, la edad, el grado de inmunidad, las condiciones de salud específicas y la ocupación. Toda persona es susceptible a la infección pero, como se señaló anteriormente, las mujeres y los niños pequeños podrían correr mayor riesgo porque sus actividades condicionan mayores períodos de contacto con los mosquitos infectados en el entorno doméstico (González & Méndez, 2002).

Para el control de esta problemática sería de gran beneficio crear programas de Prevención. Existen 3 niveles de prevención en salud los cuales se clasifican en: Prevención primaria, Secundaria y Terciaria (Sánchez, 1998).

La Prevención Primaria está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud

y la prevención de las enfermedades; para conseguirlo se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica. En este nivel se enmarcan las siguientes acciones: Promoción de campañas de salud, Divulgación de prácticas de auto cuidado como la higiene personal, Educación acerca de los factores de riesgo, su vigilancia y control, Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua y otros recursos naturales, la adecuada disposición de desechos sólidos y de aguas residuales, la protección específica con la aplicación de vacunas y el control de plagas (Sánchez, 1998).

La Prevención Secundaria tiene como objetivos especiales evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo. Sus objetivos son búsqueda y capacitación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, menores de 5 años etc, Consulta médica precoz, Exámenes de laboratorio y otros métodos de diagnóstico (aplicación de métodos de tamizaje) y Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud (Sánchez, 1998).

La Prevención Terciaria corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo psicológico y en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismo y a la sociedad (Sánchez, 1998).

La mayor parte de las personas valoran la salud y desean evitar la enfermedad y la incapacidad. Sin embargo, mucha gente no se comporta de un modo que maximice su salud y minimice la enfermedad y la incapacidad. Se han formulado numerosas teorías o modelos en un intento de predecir y dar sentido a los comportamientos relacionados con la salud. Hay algunas teorías en relación con la conducta de búsqueda de la salud. Una teoría útil genera investigación, organiza y explica las observaciones, y orienta al profesional en la predicción del comportamiento. Los psicólogos de la salud suelen utilizar frecuentemente modelos teóricos para ajustarse a estos criterios. Dichos modelos son: a) *El modelo de las creencias sobre la salud*, originado a partir del trabajo de Geoffrey Hochbaum (1958) y sus colaboradores en el Servicio Sanitario Público de los Estados Unidos. Se han desarrollado numerosas versiones del modelo de creencias sobre la salud. La que ha suscitado la mayor atención y generado el mayor volumen de investigaciones es la de Marshall Becker e Irwin Rosenstock, el cual sugiere que las creencias contribuyen significativamente al comportamiento de búsqueda de la salud. Este modelo incluye cuatro creencias o percepciones que deben combinarse para predecir los comportamientos relacionados con la salud: La susceptibilidad: percibida a la enfermedad o a la incapacidad; La gravedad: percibida de la enfermedad o la incapacidad; Los beneficios; percibidos de los comportamientos promotores de la salud; y Las barreras: percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud. Las investigaciones sobre la utilidad del modelo de creencias sobre la salud han

sido extensas, pero sin resultados consistentes, en parte porque los investigadores no utilizaron en todo momento medidas fiables y válidas para valorar sus elementos (Strecher, Champion & Rosenstock, 1997). Si el modelo de creencias sobre la salud resulta útil, entonces deberían resultar eficaces las intervenciones para cambiar las creencias. Partiendo de esta suposición, Victoria Champion, citado por Brannon (2001), utilizó este modelo para informar a las mujeres sin antecedentes familiares de cáncer de mama sobre los beneficios de la mamografía. Las mujeres cuyas intervenciones estaban orientadas a ampliar sus conocimientos y modificar sus creencias presentaron una disposición cuatro veces mayor a someterse a una mamografía que un grupo equivalente de mujeres pertenecientes a un grupo de control. No obstante, un estudio prospectivo mostraba que una susceptibilidad percibida al cáncer de mama no servía para predecir el uso de la mamografía, pero que tanto los beneficios percibidos como las barreras percibidas sí constituían buenos elementos de predicción (Hyman, Baker, Ephraim, Moadel & Philip, 1994). Por otra parte, el aspecto étnico constituía un elemento de predicción de más peso que los beneficios o las barreras, de acuerdo con lo cual las mujeres afroamericanas estaban más dispuestas a utilizar la mamografía que las americanas de origen europeo. Si bien el modelo de creencias sobre la salud presenta cierta utilidad a la hora de predecir el uso de la mamografía, algunas investigaciones (Aiken, West, Woodward & Reno, 1994) indicaron que el hecho de disponer de un centro de asistencia médica regular y la presencia de un médico que recomendara

el uso de la mamografía resultaron ser mejores elementos de predicción que los factores combinados del modelo de creencias sobre la salud. De forma incidental, ninguno de estos estudios incluyó el factor de la gravedad percibida como elemento de predicción del uso de la mamografía, ya que supusieron que casi todas las mujeres consideraban el cáncer de pecho una enfermedad grave. Por supuesto, el modelo de creencias sobre la salud ha sido empleado para predecir comportamientos relacionados con la salud distintos del uso de la mamografía. Algunos estudios descubrieron que el modelo de creencias sobre la salud servía para predecir comportamientos sobre la práctica de sexo seguro (Abraham & Sheeran, 1994; Zimmerman & Oíson, 1994). No obstante, los estudios que encontraron una mayor capacidad predictiva del modelo de creencias sobre la salud utilizaban una versión ampliada de dicho modelo, el cual incluía, además, el uso de recordatorios, la autoeficacia, las intenciones de comportamiento y las normas sociales percibidas. Por esta razón, algunos investigadores han empezado a combinar aspectos del modelo de creencias sobre la salud con los conceptos pertenecientes a otros modelos, incluyendo la teoría de la acción razonada; *b) Teoría de la acción razonada*: De Martín Fishbein e Icek Ajzen (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), asume que las personas son bastante razonables y que hacen un uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse. Por otra parte, "consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado". Asimismo, la teoría de la acción razonada supone

que el comportamiento está dirigido a un fin o a la obtención de un resultado y que las personas eligen libremente aquellos actos que consideran que les encaminarán en la dirección trazada. Así mismo, pueden elegir no actuar si consideran que la acción en cuestión les aparta de su objetivo. El factor determinante inmediato del comportamiento es la intención de actuar o no. Las inatenciones, a su vez, están determinadas por dos factores. El primero es una valoración personal del comportamiento -en otras palabras, la actitud personal hacia el comportamiento. El segundo es la percepción de la presión social para llevar a cabo o no la acción -en otras palabras, la norma subjetiva. La actitud hacia el comportamiento está determinada por la creencia de que dicho comportamiento producirá resultados valorados de forma positiva o negativa. La norma subjetiva está moldeada por la propia percepción de la valoración que un individuo particular (o grupo de individuos) hace de comportamiento en cuestión y por la motivación para ajustarse a las normas establecidas por el propio individuo (o grupo de individuos). En la predicción de un comportamiento, la teoría de la acción razonada también considera el peso relativo de las actitudes personales en contradicción con las normas subjetivas. No obstante, la teoría de la acción razonada permite realizar predicciones válidas cuando los investigadores miden con precisión tanto la fuerza de una actitud de una persona frente a un comportamiento como la necesidad de dicha persona de cumplir con ciertas normas sociales. En general, los investigadores han considerado esta teoría útil para predecir ciertos comportamientos relacionados con la salud,

incluyendo el uso de la mamografía, auto-exámenes de pecho y la asistencia a clases informativas sobre la salud. En el estudio sobre la mamografía (Montano, Thompson, Taylor & Mahioch, 1997), varias mujeres con bajos ingresos fueron interrogadas sobre su actitud, sus normas subjetivas, sus intenciones y su uso previo de la mamografía. Todos los componentes básicos del modelo se relacionaban significativamente con la intención de practicarse una mamografía y la intención predecía, a su vez, su uso. En el estudio del auto-examen de pecho, la intención de realizar dicho examen (Lierman, Kasprzyk & Benoliel, 1991), una versión modificada de la teoría de la acción razonada, era un elemento importante de predicción acerca de quién habría de practicarse un autoexamen y quién no. La investigación también ha establecido que la intención de las mujeres embarazadas de asistir a clases informativas de salud después del parto constituía un elemento de predicción adecuado sobre la asistencia, pero que también contribuían otros factores, incluyendo las normas sociales y la actitud del padre del bebé (Brannon & Seist, 2001).

En cada uno de estos estudios, la intención de actuar constituyó un importante elemento de predicción del comportamiento. No obstante, la conducta previa puede constituir un elemento de predicción de mayor peso que las acciones futuras. Un estudio en el que se comparó la utilidad de la teoría de la acción razonada, la teoría del comportamiento planificado y una extensión de la teoría de la acción razonada que incluía el comportamiento previo (CyCallaghan, Chant, Callan & Baglioni), estableció que la teoría

extendida de la acción razonada ofrecía el mejor medio de predicción del consumo de alcohol entre los jóvenes adultos. La intención de beber constituía un elemento de predicción importante sobre quiénes habrían de beber y quiénes no, pero las experiencias anteriores de estos jóvenes con la bebida y su percepción de lo que los compañeros pensaban que debían hacer (normas subjetivas) permitían predecir su intención. Si bien estos estudios no compararon directamente la utilidad de la teoría de la acción razonada con el modelo de creencias sobre la salud, los resultados indican que la teoría de la acción razonada es, al menos tan adecuada como el modelo de creencias sobre la salud a la hora de explicar y predecir los comportamientos promotores de la salud. Un elemento clave de la teoría de la acción razonada parece ser la intención de adoptar un comportamiento; c)

La Teoría de comportamiento planificado: desarrollado por Ajzen como alternativa a la teoría de la acción razonada (Ajzen, 1985,1991). Ajzen ha ampliado la teoría de la acción razonada para incluir el concepto de control conductual percibido, extensión que él denomina teoría del comportamiento planificado. La diferencia principal entre la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado es la posterior inclusión de la percepción del control que la gente tiene sobre su comportamiento (Ajzen, 1985, 1988, 1991). Cuanto mayor es el número de recursos y oportunidades que la gente cree tener, más firme será su creencia de que puede controlar su comportamiento. Las predicciones del comportamiento pueden realizarse a partir del conocimiento de (1) la actitud de la gente en relación con el

comportamiento, (2) su norma subjetiva, y (3) su control percibido del comportamiento. Estos tres componentes interactúan entre sí, configurando las intenciones de las personas en relación con su comportamiento. Además, el control percibido puede tener una influencia directa sobre el comportamiento de las personas (Ajzen, 1991). El control conductual percibido es la facilidad o dificultad que se tiene a la hora de obtener resultados conductuales deseados; refleja tanto los comportamientos pasados como la habilidad percibida de superar obstáculos. El control percibido funciona de forma tanto directa como indirecta para influir en el comportamiento. La vía directa es el control real que una persona tiene sobre la adopción de un comportamiento. Esta vía directa puede tener lugar cuando las personas desarrollan comportamientos de forma casi automática, como el hecho de cepillarse los dientes. Por otra parte, el control personal percibido funciona de forma indirecta para configurar el comportamiento, influyendo en la intención que tienen las personas de comportarse de una manera específica. Esta teoría supone que las personas que creen que pueden adoptar fácilmente un comportamiento están más dispuestas a intentar asumirlo que aquellas personas que creen que tienen escaso control sobre la realización de dicho comportamiento. La Teoría del Comportamiento Planificado aún no ha generado el mismo volumen de investigación relacionado con la salud que el modelo de creencias sobre la salud, sin embargo, unos cuantos estudios al respecto han confirmado esta teoría. Por ejemplo, dos estudios recientes establecieron que la teoría del

comportamiento planificado predice el tabaquismo en edad adolescente (Hill, Boudreau, Amyot, Dery & Godin, 1997; Maher & Rickwood, 1997), mientras que otro estudio consideró este modelo útil a la hora de predecir la asistencia a un programa de revisiones médicas (Norman & Conner). En este último estudio, la intención y el control conductuales percibidos fueron elementos sustanciales e independientes de predicción de la asistencia. Un cuarto estudio informó de que los conceptos del modelo sobre la actitud hacia el comportamiento, las normas subjetivas y el control percibido permitieron predecir comportamientos entre los estudiantes universitarios, como el autoexamen de los pechos, el autoexamen testicular y el uso del hilo dental (McCaul, Sandgren, O'Neill & Hinsz, 1993); d) *La Teoría de la Autorregulación*: (1977,1986) Al igual que la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado, la teoría de la autorregulación social cognitiva de Albert Bandura es una teoría general de comportamiento y no se limita a predecir los comportamientos que buscan la salud. La teoría de Bandura de la autorregulación recalca la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales, especialmente la cognición. Bandura (1986) hizo referencia a este modelo interactivo triádico como determinismo recíproco. Un componente importante de la variable de las personas es la autoeficacia. La autoeficacia hace referencia a "las creencias de las personas sobre su capacidad de ejercer el control sobre los acontecimientos que afectan a sus vidas". La autoeficacia es un concepto específico, en lugar de global; en otras palabras, hace referencia a la creencia de las personas de

que pueden adoptar aquellos comportamientos que les proporcionarán los resultados deseados en una situación particular. Bandura (1986) sugirió que la autoeficacia puede adquirirse, aumentarse o reducirse mediante una de las siguientes cuatro fuentes: (1) la actuación, o la realización de un comportamiento; (2) la experiencia vicaria, u observar a otra persona con habilidades similares realizando un comportamiento; (3) persuasión verbal, o escuchar las palabras de aliento de una persona de confianza; y (4) estados de activación psicológica, como la ansiedad, que suele disminuir los sentimientos de autoeficacia. Bandura cree que la combinación de la autoeficacia con unos objetivos específicos es un importante elemento de predicción del comportamiento. Si bien la autoeficacia ha atraído a la atención de numerosos investigadores, no es más que un aspecto de la teoría de autorregulación de Bandura. Bandura (1986) afirmó que nuestro comportamiento está motivado y regulado por 1 el ejercicio continuado de la autoinfluencia, incluyendo (1) el control de los factores determinantes y de las consecuencias de nuestro comportamiento, (2) la valoración de nuestra conducta en términos de estándares personales y circunstancias ambientales, y (3) la respuesta positiva o negativa a nuestro propio comportamiento dependiendo de cómo éste se iguale a nuestros estándares personales. Las investigaciones efectuadas en el marco de las teorías de la autorregulación y la autoeficacia suelen indicar una relación positiva entre los niveles de autoeficacia y los comportamientos orientados a la salud. Por ejemplo, los participantes en el Proyecto de las Cinco Ciudades de Stanford

que presentaban gran dificultad a la hora de modificar los comportamientos relacionados con las enfermedades cardiovasculares también presentaban una baja autoeficacia en lo que respectaba a su capacidad de introducir dichos cambios (Winkieby, Flora & Kraemer, 1994). Otro estudio examinó el papel de la autoeficacia y el establecimiento de metas entre los participantes en un programa contra el tabaquismo y estableció que la autoeficacia, o la confianza de ser capaz de dejar de fumar y guardar la abstinencia, predijo de forma precisa quién alcanzaría las metas secundarias y quién conseguiría la abstinencia (Borrelli & Mermelstein, 1994). Un estudio más reciente observó la capacidad de la autoeficacia para predecir la realización de ejercicios, el manejo del estrés y el comportamiento de ingesta de comida entre las mujeres mayores, determinando que la autoeficacia era un elemento de predicción de mayor peso que las expectativas sobre los resultados de estos tres comportamientos (Brannon & Seist, 2001).

A pesar de cierto éxito de la teoría de la Autoeficacia a la hora de predecir los comportamientos orientados a la salud, la investigación relacionada con sus ventajas añadidas sobre las teorías de la acción razonada y el comportamiento planificado han producido resultados inconsistentes. Por ejemplo, McCaul y otros (1993) consideraron la teoría del comportamiento planificado un mejor elemento de predicción del autoexamen de pecho que el modelo de la auto eficacia. No obstante, Tedesco, Keffer, Davis Christersson (1993) descubrieron que la auto-eficacia aportaba datos significativos a la teoría de la acción razonada a la hora de predecir

auto-informes sobre el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental entre las personas que padecían enfermedades dentales; e) *El Modelo Transteórico*: Otra teoría de estadios que intenta explicar y Predecir los cambios en un comportamiento orientado hacia la salud es el modelo transteórico, desarrollado por James Prochaska y sus colegas (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Este modelo asume que las personas progresan a través de cinco etapas, en las cuales el comportamiento experimenta una serie de cambios: 1) La pre-contemplación: Las personas que están en esta fase no tienen intención de cambiar su comportamiento y tal vez no adviertan que tienen un problema; 2) La contemplación: En esta fase implica la toma de conciencia del problema y la idea de cambiar el comportamiento en los próximos seis meses, pero la gente que atraviesa esta etapa no ha realizado aún ningún esfuerzo para cambiar; 3) La preparación: En esta fase se incluye ideas y acción al mismo tiempo, y las personas que la atraviesan realizan planes específicos para cambiar, 4) La acción: en esta fase se produce la modificación del comportamiento y se introducen cambios manifiestos en la conducta; y 5) El mantenimiento: Durante esta fase las personas intentan conservar los cambios que han conseguido introducir, a la vez que intentan resistirse a la tentación de recaer. Prochaska y otros (1992) mantuvieron que las personas pasan de una etapa a otra en espiral, en lugar de hacerlo de forma lineal, produciéndose diversas recaídas que colocan a las personas en la fase anterior a partir de la cual vuelven a recuperarse, atravesando todas las

etapas hasta completar finalmente el cambio de comportamiento. De esta manera, lo lógico es esperar recaídas, las cuales pueden servir como experiencias de aprendizaje que ayuden a las personas a repetir ciclos de ida y vuelta a través de las distintas etapas.

Prochaska y otros sugirieron que las personas que atravesaban cada una de estas etapas requerían distintas clases de ayuda para poder efectuar los cambios. Por ejemplo, intentar promover cambios en las personas situadas en la fase de precontemplación resultaría inútil, ya que estas personas no creen que tengan ningún problema. Por otra parte, las personas que están en la fase de preparación no necesitan convencerse para cambiar de comportamiento; sólo requieren sugerencias específicas acerca de cómo cambiar. Aquellos que están en la fase de mantenimiento requieren ayuda o información orientada a preservar sus cambios conductuales. ¿Se aplica el modelo transteórico de forma equivalente en todos los comportamientos problemáticos? Prochaska y otros analizaron el modelo en 12 comportamientos problemáticos, incluyendo el intento de dejar el tabaco, el control de peso, la práctica de sexo seguro y la utilización de mamografías (Prochaska, 1994; Prochaska, Velicer y cols., 1994). Así, encontraron diversos puntos en común entre las doce áreas distintas, estableciendo que las personas avanzan desde la fase de precontemplación hasta la acción, sopesando en cada una de ellas las ventajas y desventajas del cambio de comportamiento. Las investigaciones realizadas por otros expertos han revelado otros elementos valiosos del modelo transteórico. Un estudio

realizado en mujeres con un diagnóstico anterior o presente de bulimia (Levy, 1997) revelaron, tal y como se esperaba, que la preferencia por un tipo de tratamiento se ajustaba bastante a la fase de cambio en la que ellas se encontraban. Este hallazgo resulta importante para los terapeutas, ya que sugiere que la elección de la terapia debe ser consecuente con la disposición de las personas para cambiar. Otro estudio, en el que se aplicó el modelo transteórico a la adopción de dietas sanas, estableció -como cabría esperar- que las personas que atravesaban las fases de precontemplación, contemplación y preparación tendían a seguir dietas con un alto nivel de grasas, mientras que las que atravesaban la fase de acción y mantenimiento ingerían menos grasas y más vegetales (Glanz y cols., 1994). Si bien las variables de las etapas de cambio permitían predecir las dietas alimenticias mejor que las variables demográficas o una medida de la masa corporal, su valor a la hora de predecir los cambios en los hábitos alimenticios fue bastante modesto; f) *Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones*: Neil Weinstein (Weinstein, Rothman & Sulfton, 1998) criticaron el modelo de creencias sobre la salud, la teoría de la acción razonada, la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la autorregulación por ignorar la transición de las personas de una etapa a otra en su disposición a adoptar comportamientos orientados a la salud. Argumentando que estas teorías se limitan a identificar aquellas variables que podían influir en las acciones de cada individuo, Weinstein las combinó en una sola ecuación que podía predecir la probabilidad de una persona de realizar un comportamiento

particular. El modelo del proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988) supone que cuando las personas empiezan a adoptar comportamientos nuevos y relativamente complejos destinados a protegerlas del peligro, atraviesan diversas etapas de credulidad sobre su susceptibilidad personal. Ninguna sola ecuación puede predecir el comportamiento en todas las etapas. Weinstein sostiene que las teorías que contemplan varios estadios, como su modelo del proceso de adopción de precauciones y el modelo transteórico de Prochaska, son superiores a las teorías que no consideran el paso de una persona de una fase a otra. Las personas no atraviesan etapas de forma inevitable e incluso pueden desplazarse en sentido inverso, como ocurre con aquellas que habían considerado la posibilidad de dejar de fumar y abandonan dicha consideración (Brannon & Seist, 2001).

El Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones de Weinstein afirma que las personas atraviesan siete etapas en su disposición de adoptar un comportamiento orientado a la salud. En la fase 1, las personas no han oído acerca del peligro y, por lo tanto, no son conscientes del riesgo personal que corren. En la fase 2, adquieren conciencia del riesgo y creen que otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista en relación con su propio nivel de riesgo. En la fase 3, las personas reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución podría resultar eficaz en lo personal, pero aún no se han decidido a entrar en acción. En la fase 4, las personas deciden pasar a la acción, mientras que en otra fase paralela

(5), deciden que dicha acción es innecesaria. En la fase 6, las personas ya han tomado las precauciones destinadas a reducir el riesgo. La fase 7 implica mantener la precaución, en caso de resultar necesario. El mantenimiento sería innecesario en el caso de una vacuna de por vida, pero sigue siendo esencial a la hora de dejar de fumar o de cambiar de hábitos alimenticios. (Brannon & Seist, 2001).

Antes de entrar en acción, las personas deben percibir, en primer lugar, que los beneficios relativos de las precauciones son muy superiores al coste. Las variables que influyen en la acción fluctúan, de manera que la gente que no actúa en un momento dado puede hacerlo en otro. Si bien la idea de Weinstein del sesgo optimista ha generado numerosas investigaciones, su concepto más global sobre el proceso de adopción de precauciones ha atraído en menor medida a los investigadores. Un estudio (Blalock y cols., 1996) efectuado en mujeres de 35 a 45 años indicó que este modelo resultaba útil a la hora de predecir el consumo de calcio y el ejercicio con pesas, dos comportamientos recomendados para reducir el riesgo de contraer la osteoporosis. Estos investigadores descubrieron que: (1) las etapas de cambio de las mujeres estaban estrechamente ligadas al conocimiento que se tiene sobre la osteoporosis y la actitud mantenida hacia este problema; (2) las etapas de cambio de Weinstein estaban relacionadas con los beneficios percibidos por las mujeres sobre el ejercicio y el consumo de calcio, así como con los inconvenientes que pueden presentar; (3) las mujeres que atravesaban distintas etapas diferían en sus peticiones de

información acerca de la osteoporosis, de manera que aquellas que se situaban en las etapas más avanzadas deseaban saber más acerca de la enfermedad; y (4) contrario a lo que se espera, las mujeres que habían dejado de hacer ejercicio y de incrementar su aporte de calcio no presentaban las actitudes menos favorables de todas las participantes en relación con ambos comportamientos. Los autores de este estudio concluyeron que estos cambios ofrecían un apoyo considerable al modelo del proceso de adopción de precauciones. Una contrastación previa del modelo del proceso de adopción de precauciones (Boney McCoy y cols., 1992) investigó la relación entre el consumo de tabaco y la percepción del riesgo de fumar. Como se esperaba, los fumadores de una clínica de tratamiento del tabaquismo presentaban el nivel de riesgo más elevado de reanudar la práctica de fumar, así como el mayor beneficio que supone dejar dicho hábito. Asimismo, en dicho estudio los fumadores actuales mostraron un sesgo optimista. Cuando se les pidió que estimaran su propio riesgo y el riesgo que corría el "fumador típico" de experimentar enfermedades coronarias, enfisema y cáncer de pulmón, la mayor parte de los fumadores que ni siquiera intentaban dejar de fumar determinaron que el tabaquismo era peligroso, pero mantuvieron un sesgo optimista manifestando que el peligro no les llegaría a ellos. De esta manera, estos fumadores no llegaron ni a la fase 3 del modelo de Weinstein. No obstante, los fumadores de la fase 5 -aquellos que permanecían en la clínica de desintoxicación- consideraban que corrían un gran peligro y ya habían tomado la decisión de dejar de

fumar. Los antiguos fumadores -aquellos que ya habían dejado de fumar percibieron que el tabaquismo era nocivo para la salud. Este estudio apoyó las ideas de Weinstein acerca del hecho de que las personas optan una precaución sólo cuando experimentan una susceptibilidad personal, advierten que dicho peligro juega un papel nefasto en su vida, valoran las precauciones como elementos eficaces en su caso particular y aprecian los beneficios que aportan las precauciones por encima del riesgo de adoptarlas (Brannon & Seist, 2001).

Este es un ejemplo de una de las muchas adaptaciones que se han realizado del modelo de adopción de precauciones, el cual se adaptará y describirá de forma general para el desarrollo de esta monografía (Ver Anexo 1).

Es por todo lo anterior que es necesario plantear el siguiente problema de investigación: ¿Cómo planear un programa para la prevención del dengue basado en el modelo de adopción de precauciones dirigido a las madres comunitarias del bienestar familiar de Turbaco que permita la modificación de los factores de riesgo asociados a la adquisición del dengue?

Objetivo General

Desarrollar desde las perspectivas de la Psicología de la salud un programa para la prevención del dengue basado en el modelo de adopción de precauciones de Weinstein que permita la modificación de los factores de riesgo asociados a la adquisición del virus dirigido a las madres comunitarias del bienestar familiar seccional Turbaco.

Objetivos Específicos

Desarrollar un instrumento que permita realizar dos mediciones, antes y después de la implementación del programa, para evaluar los factores de riesgo (conocimientos y creencias inadecuada que tiene la población) que impiden la adquisición de conductas saludables y la eficacia del Programa.

Informar y educar a las Madres Comunitarias sobre el dengue, sus causas, consecuencias, factores de riesgo y medidas Preventivas con la implementación del programa basado en el modelo de adopción de precauciones.

Modificar las creencias erróneas de la población acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables para la prevención del Dengue.

Metodología.

Diseño

La siguiente monografía es una investigación Cualicuantitativa. Cualitativa porque se realiza un estudio integral que forma o constituye una unidad de análisis, es decir que responde a un programa o diseño dirigido a una población (madres comunitarias del municipio de Turbaco). Así, lo cualitativo es el todo integrado y no se opone a lo cuantitativo. Y Cuantitativa porque se basa en el razonamiento de cuantificar la realidad humana y se realiza por una medición cuántica controlada elaborando instrumentos psicométricos para el desarrollo del programa de prevención primaria. El modelo Cualicuantitativo conjuga aspectos tanto del paradigma cualitativo como del cuantitativo; integra ambas perspectivas bajo una concepción integral, ya que ésta permite ubicar cada propuesta en un esquema epistemológicamente coherente y aplicable a cualquier área del conocimiento.

La investigación está basada en un diseño explicativo, ya que se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno (la no adquisición de conductas saludables para prevenir el Dengue) y en que condiciones se da éste, y están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales (factores de riesgo que impiden la adquisición de conductas saludables).

Participantes

La población a la cual estará dirigido el Programa (basado en el Modelo de Adopción de Precauciones) será una comunidad de estrato socioeconómico Medio Bajo, conformada por 22 madres comunitarias del Bienestar Familiar ubicado en el municipio de Turbaco (Bolívar), cuyas edades comprenden los 30 y 50 años, con estudios mínimos de Básica Primaria. Cada una tiene a cargo 13 niños escogidos por ellas, por lo cual con la implementación de este programa se beneficiarán indirectamente 325 niños con edades entre 2 y 7 años.

Instrumento

Se diseñó un test de medición PRE y POST que servirá para evaluar los factores de riesgo para la no adquisición de conductas saludables y su evolución en la población, lo que indicará la eficacia del programa.

Este test consta de 21 ítems en total, repartidas para evaluar 2 variables: 1) *El grado de información acerca del Dengue*, la cual será evaluada por 10 ítems que van desde la pregunta 1 hasta la 11; y 2) *Las creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables*, en la que se evaluarán tres (3) de estas conductas, Estancamiento de Aguas (Botellas, Llantas y Estanques), con las preguntas de la 16 a la 18; Fumigación, con las preguntas de la 12 a la 15; y Manejo de basuras, con las preguntas de la 19 a la 21 (Ver Anexo 2).

Además de la medición PRE y POST, se llevarán a cabo actividades

al final de cada fase para evaluar los logros alcanzados y determinar si se puede pasar a la siguiente fase.

Para la *Fase 1* se utilizará una prueba de conocimiento de 7 preguntas abiertas que brindarán información sobre lo comprendido en la conferencia “El Dengue Enemigo Mortal” desarrollada en esta fase acerca del dengue (Ver Anexo 4).

Para la *Fase 2* se utilizará una actividad llamada “*La Vuelta a la manzana*”, para determinar la eficacia del recorrido realizado. (Ver Anexo 5).

Para la *Fase 3* se llevará a cabo una actividad llamada “*Pegada de manos*” para determinar el impacto de la conferencia de vulnerabilidad e invulnerabilidad. (Ver Anexo 7).

En la *Fase 4* se realizará la resolución de un caso de manera individual acerca del Dengue. (Ver Anexo 9).

La *Fase 5* se evaluará Para evaluar esta fase se llevará a cabo una actividad donde cada participante en compañía del moderador realiza y expone una lista con los costos y beneficios de adoptar o no las conductas saludables.

En la *Fase 6* se llevarán a cabo visitas domiciliarias para verificar si las madres comunitarias han puesto en práctica los conocimientos adquiridos en la conferencia de saneamiento ambiental y si han adoptado las conductas saludables.

La *Fase 7* se evaluará de dos formas: Corto Plazo: se pedirá mensualmente en cada visita un auto registro de las conductas saludables

realizadas durante el mes y al final de los seis meses que durará la fase se compararán los registros para observar los cambios a lo largo del tiempo; y a Largo Plazo la evaluación consistirá en realizar la aplicación de la fase 7 después de un año de la primera aplicación para ver si se mantienen las conductas saludables (Ver Anexo 10).

Procedimiento

La presente monografía consistió en diseñar un programa de Prevención primaria del Dengue dirigido a las Madres Comunitarias del Bienestar Familiar del Municipio de Turbaco (Bolívar), basada en el Modelo de Adopción de Precauciones, llamado “Programa para la Prevención del Dengue”.

El desarrollo de la mencionada monografía se elaboró a lo largo de tres momentos o fases, las cuales consistieron en: *Fase 1*: consistió en la revisión y recopilación de información relevante y necesaria para la construcción del marco teórico. Esta revisión se hizo a través de fuentes primarias que sirvieron de soporte para la construcción del marco teórico y el programa de prevención primaria de dengue. Una vez realizada la revisión bibliográfica se pensó en posibles poblaciones que estuvieran en riesgo de adquirir el dengue, ya sea por condiciones ambientales, sociales, cognitivas, comportamentales o actitudinales, a las que se les pudiera implantar el programa “Programa para la Prevención del Dengue”, por lo que se pensó en las madres comunitarias del ICBF del municipio de Turbaco. Además

teniendo en cuenta que ellas tienen a su cargo niños que pueden ser beneficiados indirectamente con dicho programa. *Fase 2:* consistió en la elección de conductas saludables para la prevención del dengue, entre las que se encuentran, fumigación, control de aguas estancadas y el manejo adecuados de basuras. Además de la elección de las conductas saludables se identificaron los factores de riesgo que impiden la adopción de estas conductas. La identificación se hizo teniendo en cuenta a la población y el modelo de adopción de precauciones, seleccionándose la desinformación acerca del dengue y las creencias erróneas sobre la eficacia de las conductas saludables, como factores de riesgos, con base en los cuales se desarrolló el programa de prevención primaria. *Fase 3:* consistirá en aplicar el modelo de adopción de precauciones para crear un programa de Prevención Primaria del Dengue, del que se beneficiaran las Madres Comunitarias e indirectamente los niños que tienen a cargo, para que así adquieran conductas saludables y se evite la proliferación del virus entre la población.

Este programa de Prevención primaria se desarrolló en 7 fases, de acuerdo a lo planteado en el Modelo de Adopción de Precaución de Weinstein, donde cada fase contempla un objetivo y diversas actividades que permitirán modificar las conductas de los participantes para que asuman la conducta de precaución frente al riesgo de adquirir el virus.

Antes de desarrollar las fases, se diseñó un instrumento que servirá para realizar una medición PRE y POST, cuyos resultados permitirán comparar la efectividad del programa (Ver anexo 2).

Resultados

Este estudio de tipo Cualicuantitativo, se llevó a cabo para la Planeación de un Programa de Prevención del Dengue en niños basado en el Modelo De Adopción De Precauciones De Weinstein y dirigido a las madres comunitarias del ICBF del municipio de Turbaco. Para esto fue necesario la elaboración y aplicación de un cuestionario que evaluara los factores de riesgo para la adquisición del virus .

La planeación de este programa se realizó satisfactoriamente de acuerdo con el objetivo general de la monografía dando como resultado el diseño de dicho programa (Ver Anexo 1).

En cuanto a la aplicación del instrumento, los resultados obtenidos en esta investigación permitieron observar los conocimientos y las creencias erróneas que poseen las madres comunitarias del ICBF de Turbaco acerca del Dengue y la adopción de conductas saludables para si prevención. La información se obtuvo a través de la aplicación de un instrumento (CEFRAD), diseñado especialmente para medir estas variables.

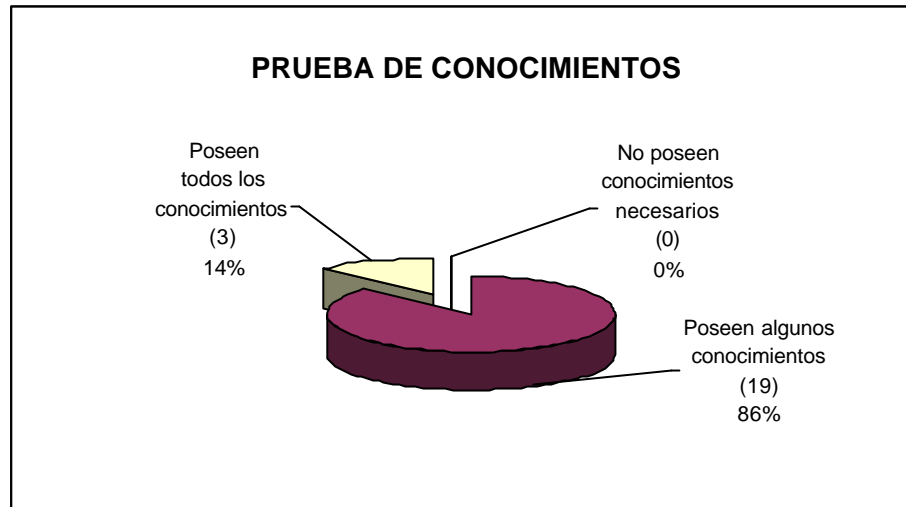


Figura 1. Descripción de los resultados obtenidos en la prueba de conocimientos por las Madres Comunitarias del ICBF de Turbaco.

En esta figura se puede observar que 19 madres comunitarias correspondientes al 86% de la población total, obtuvieron entre 4 y 7 respuestas acertadas, lo que indica que poseen algunos conocimientos acerca del Dengue. Tres madres comunitarias (14%) obtuvieron entre 8 y 11 respuestas acertadas, lo que indica que poseen todos los conocimientos necesarios acerca del Dengue y ninguna madre comunitaria se ubicó en el rango de ningún conocimiento, lo que indica que todas poseen por lo menos un mínimo de información acerca del Dengue.

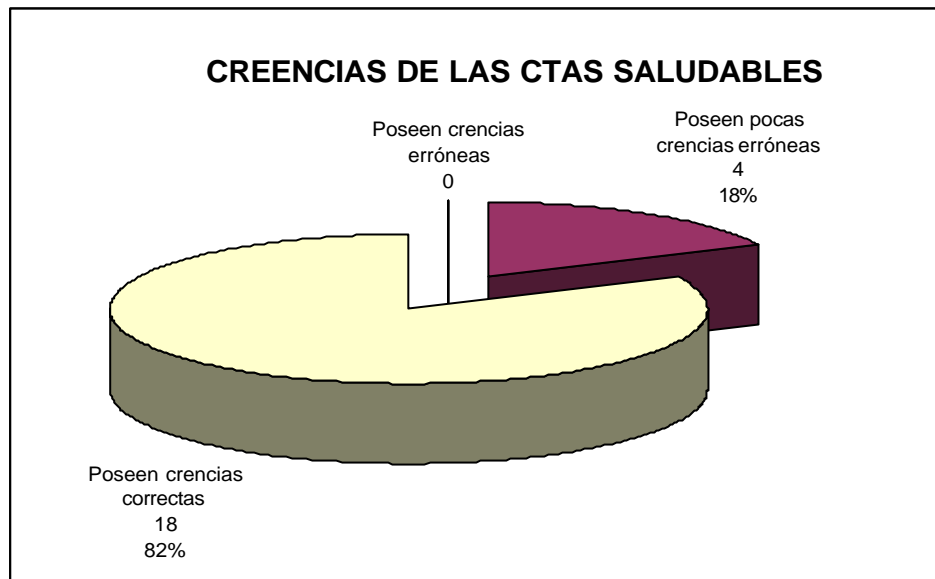


Figura 2. Descripción de los resultados obtenidos en la prueba de creencias erróneas sobre la eficacia de la adopción de conductas saludables para la prevención del dengue.

En esta figura se puede observar que 18 madres comunitarias correspondientes al 82% de la población total obtuvieron entre 8 y 10 respuestas acertadas, lo que indica que no poseen creencias erróneas acerca de la adquisición de conductas saludables para la prevención del Dengue. Cuatro madres Comunitarias (18%) obtuvieron entre 4 y 7 respuestas acertadas, lo que indica que poseen pocas creencias erróneas. Y ninguna madre se ubico en el rango de muchas creencias erróneas, lo que indica que la población maneja un mínimo de estas creencias.

Discusión.

El ser Humano al ser ente integral en el mundo, tiene unas características concebidas para la existencia y preservación de los seres vivos, y cualquier déficit o desequilibrio podría ocasionar cambios que repercutirían en la relación salud-enfermedad de la especie humana (Sánchez, 1998).

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable, están ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que se consumen, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos económicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos (García-Viniegras & Martínez Canals, 1997).

En los últimos años las enfermedades que más han amenazado la salud humana son las virales transmitidas en su mayoría por artrópodos. La enfermedad infecciosa reemergente más importante en los últimos 50 años y la principal enfermedad viral humana transmitida por artrópodos es el Dengue. La emergencia del dengue hemorrágico es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo por las tendencias demográficas y

uno de los mayores retos para las políticas socioeconómicas y de salud del Siglo XXI porque afecta más de la mitad de la población mundial que vive en áreas de riesgo. Colombia es precisamente uno de los países en los cuales esta aumentando alarmantemente y en gran parte de su territorio existe la enfermedad o se esta en riesgo (González, G & Méndez, A, 2002).

Estas enfermedades transmisibles son tan antiguas como la humanidad, de ahí que uno de los principales objetivos del hombre sea la creación e implementación de programas relativos a la vigilancia y control de estas enfermedades. Aunque la mayor parte de las personas valoran la salud y desean evitar la enfermedad y la incapacidad, mucha gente no se comporta de un modo que maximice su salud y minimice la enfermedad y la incapacidad (Sánchez, 1998).

Este programa se diseñó con el fin de brindarle a las Madres Comunitarias del ICBF parámetros para controlar factores de riesgos a través de la adopción de conductas saludables y así prevenir el Dengue en los niños. Esto es de gran importancia para la población porque brinda la oportunidad de dar soluciones a la problemática que la está afectando negativamente. Además es relevante porque sirve para fomentar la realización de estudios similares en los que se tengan en cuenta otras variables que puedan influir en la adquisición del virus y de esta manera crear un programa de prevención integral.

Para empezar con la planeación de este programa se llevó a cabo el diseño y aplicación de un instrumento (CEFRAD) que consta de 21 ítems en

total, repartidas para evaluar 2 variables: 1) *El grado de información acerca del Dengue*, la cual será evaluada por 11 ítems; y 2) *Las creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables*, en la que se evaluarán tres (3) de estas conductas, Estancamiento de Aguas (Botellas, Llantas y Estanques), Fumigación y Manejo de basuras (Ver Anexo 2).

En los resultados obtenidos en la evaluación de la primera variable de la prueba (conocimientos acerca del dengue) se puede observar que ninguna de las Madres Comunitarias del ICBF de Turbaco se ubicó dentro del rango de ningún conocimiento. Esto significa que todas las madres comunitarias según el cuadro de resultados de la prueba, poseen por lo menos un mínimo de información acerca del Dengue, sus causas y consecuencias. Y en la evaluación de la segunda variable (creencias erróneas), es importante resaltar que ninguna madre comunitaria se ubicó dentro del rango de muchas creencias erróneas, lo que indica que la población maneja un mínimo de estas creencias con respecto a la adquisición y prevención del virus. Por lo tanto se puede afirmar que la implementación del programa de Prevención en esta población hubiese resultado viable debido a sus características (conocimientos acerca del virus y manejo de creencias erróneas acerca de las conductas saludables).

En el desarrollo de esta monografía sólo se presentó el inconveniente al momento de obtener información sobre las estadísticas de los casos de Dengue presentados en la ciudad de Cartagena y el municipio de Turbaco, pues hubo incumplimiento por parte de los funcionarios encargados al

cumplir las citas lo que ocasionó retraso en la realización del trabajo.

Para la aplicación del Programa se recomienda que se escoja una población a la que se tenga acceso fácilmente y disponibilidad para la continuidad del programa y considerar las características de ésta.

Además tanto la población a la cual se le aplicará el programa como el moderador deben seguir cabal y gradualmente todos los pasos para el desarrollo de las fases. También se requiere que las personas que van a aplicar el programa tengan conocimientos sobre el tema y que estén capacitados para dar explicaciones si así lo requiere.

También al aplicar el programa, se deben identificar los líderes comunitarios en la población o dentro del grupo con el que se va a trabajar para hacerlos partícipes activos. Además evitar la improvisación y desarrollar estrategias cuya planeación ha sido completa.

Igualmente, el programa de prevención que va a ser aplicado debe ser aceptado por la población a la cual va a estar dirigida.

Es necesario tener siempre en cuenta que los programas preventivos que se hagan, estén basados en modelos teóricos de la salud, modelos que han sido estudiados y aunque se sigue evaluando la efectividad de algunos de ellos.

ANEXOS

ANEXO 1.

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL DENGUE EN NIÑOS DE MADRES COMUNITARIAS DEL BIENESTAR FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE TURBACO.

FASE 1: ¿EXISTE EL DENGUE?

Inicialmente se pensó en una comunidad que requiriera del programa de prevención primaria del dengue y donde se pudiera aplicar con facilidad, además que de esta aplicación se viera beneficiada la población infantil, ya que son sujetos muy vulnerables a la adquisición de enfermedades.

DURACION

El desarrollo de esta fase tendrá una duración de 3 horas aproximadamente.

OBJETIVOS

- Informar a las madres comunitarias sobre el virus del dengue, factores de riesgo, consecuencias, entre otras características.
- Determinar que conocimientos adquirió la comunidad acerca del virus.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

CONFERENCIA: “El Dengue Enemigo Mortal”, dirigida a las madres Comunitarias tendrá contenido acerca informativo del virus. Se trataran temas referentes a la problemática tales como definición del dengue, causas, agente trasmisor, factores de riesgo, es decir, información general de la enfermedad.

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Esta fase se evaluará mediante un cuestionario que consta de 7 preguntas abiertas sobre la temática tratada en la conferencia “El Dengue Enemigo Mortal”.

FASE 2: ¿A OTROS SI Y A MÍ?

DURACION

2 Horas aproximadamente, 1 Hora por actividad.

OBJETIVOS

➤ Concientizar a la población sobre el riesgo que tienen los demás de adquirir el virus por el estancamiento de aguas, mal manejo de basuras y la falta de fumigación constante.

➤ Reconocer la vulnerabilidad de los demás.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Se realizará un recorrido por las calles del barrio donde las madres comunitarias observan la situación de su comunidad y podrán evidenciar a que factores de riesgos están expuestos sus vecinos.

Antes de realizar el recorrido se les hará una introducción en la que se hará énfasis sobre los aspectos que deben tener en cuenta (manejo de basuras y manejo de aguas estancadas). Además deberán tener en cuenta los conocimientos adquiridos en la primera fase.

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Se llevará a cabo una actividad donde llamada “*La Vuelta a la Manzana*”.

FASE 3: ¡A OTROS SI Y A MI TAMBIEN!

DURACIÓN

2 Horas.

OBJETIVOS

✦ Brindar herramientas para la aceptación de la Adopción de Precauciones por parte de la comunidad y evitar la adquisición del virus.

✦ Sensibilizar a la comunidad sobre la vulnerabilidad propia para la adquisición del virus por factores como: el estancamiento de aguas en las viviendas, mal manejo de basuras y la inconstancia en la fumigación.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Para el desarrollo de esta sesión se realizará una conferencia sobre la vulnerabilidad e invulnerabilidad propia y de los demás para la adquisición de virus por factores de riesgo (el estancamiento de aguas en las viviendas, mal manejo de basuras y la inconstancia en la fumigación).

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

El impacto de esta fase se evaluará con una actividad llamada “*Pegada De Manos*” que consiste en contestar a 5 preguntas, una por cada dedo de la mano.

FASE 4: TOMARÉ LA PRECAUCIÓN.

DURACIÓN

Se llevará a cabo en 2 Horas.

OBJETIVOS

- 🔗 Entrenar a las madres comunitarias en los pasos a realizar para una toma de decisión efectiva.
- 🔗 Evaluar el impacto de la conferencia para el entrenamiento en toma de decisiones.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Se llevará a cabo un entrenamiento en toma de decisiones mediante una conferencia práctica, donde se darán las pautas o pasos a seguir para una toma de decisión efectiva.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Esta actividad se evaluará mediante la resolución de un caso acerca del dengue de manera individual.

NOTA: La fase 4 y 5 pueden presentarse de forma paralela durante el proceso de adopción de precauciones, por lo tanto, es necesario hacer uso de ellas según la necesidad personal de cada sujeto. La fase 5 se realizará sólo con aquellas personas que no cumplan con los objetivos de la fase 4, con el fin de que se logren y puedan pasar a la fase 6.

FASE 5: ¡LAS APARIENCIAS ENGAÑAN!

DURACIÓN

1 Hora máximo.

OBJETIVOS

➤ Modificar las creencias que tiene la población sobre lo innecesario que resulta para ellas tomar la decisión para evitar factores de riesgo.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Para modificar las creencias inadecuadas que posee la población, se realizará un grupo focal para que expresen sus ideas, luego se eligen las creencias más comunes y se trabajará sobre los beneficios de éstas conductas saludables, para así, sensibilizar a la población sobre lo productivo que resultaría para evitar el virus.

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Para evaluar esta fase se llevará a cabo una actividad donde cada participante en compañía del moderador realiza y expone una lista con los costos y beneficios de adoptar o no las conductas saludables.

FASE 6: ¡YO PREVENGO EL DENGUE!

DURACIÓN

1 Jornada.

OBJETIVOS

➤ Enseñar a las madres comunitarias como afrontar los factores de riesgo, para evitar la proliferación del virus.

➤ Verificar que las madres comunitarias adopten las conductas saludables

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Contratar los servicios de un experto en saneamiento ambiental para que dicte una conferencia teórico / práctica a las madres comunitarias, acerca del tema.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Se llevarán a cabo visitas domiciliarias para verificar si las madres comunitarias han puesto en práctica los conocimientos adquiridos en la conferencia de saneamiento ambiental y si han adoptado las conductas saludables.

FASE 7: “EL DENGUE EXISTE, NO TE DESCUIDES”.

DURACIÓN

1 año

OBJETIVOS

- Valorar si la conducta de precaución ha perdurado en el tiempo.
- Planear estrategias que promuevan el mantenimiento de la precaución.

ESTRATEGIAS

Es importante realizar un seguimiento del programa en el tiempo para cerciorarse de que se han adoptado las precauciones necesarias y que se están poniendo en práctica adecuadamente, para así prevenir la enfermedad. Por lo cual para esta última fase del programa se llevarán a cabo 4 visitas domiciliarias durante el año (1 cada 3 meses).

Para la primera visita se realizará una llamada telefónica días antes de ésta y se programarán reforzadores sociales (en la reunión quincenal que realizan las madres se hará un reconocimiento público) para las madres que estén siguiendo alguna de las medidas de precaución.

En la segunda visita se realizará igualmente una llamada telefónica días antes pero no se reforzarán las conductas saludables.

En la tercera visita ya no se realizará ninguna llamada telefónica pero se reforzará nuevamente a aquellas madres que estén realizando por lo menos una de las conductas saludables promovidas por el programa (se les entregará un anqueta de productos alimenticios).

La cuarta y última visita se realizará sin previo aviso y ningún tipo de reforzador y se espera encontrar que las madres estén poniendo en práctica mínimo dos conductas saludables para la prevención del dengue.

EVALUACIÓN

Esta Fase se evaluará de dos formas: Corto Plazo: se pedirá mensualmente en cada visita un auto registro de las conductas saludables realizadas durante el mes y al final de los seis meses que durará la fase se compararán los registros para observar los cambios a lo largo del tiempo; y a Largo Plazo la evaluación consistirá en realizar la aplicación de la fase 7 después de un año de la primera aplicación para ver si se mantienen las conductas saludables.

ANEXO 2.

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
PARA LA
ADQUISICIÓN DEL DENGUE- CEFRAD.**

1. Características Generales del Cuestionario.

Ficha Técnica.

- **Nombre Original:** Test Para La Evaluación De los Factores De Riesgo Para La Adquisición Del Dengue.
- **Autoras:** L. Buitrago; F. Corrales; L. Corrales; R. Burgos; D. Vásquez.
- **Administración:** Individual.
- **Duración:** 20 minutos (Adultos)
- **Aplicación:** Madres Comunitarias cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años.
- **Significación:** Apreciación de 2 variables tomadas como factores de riesgo para la adquisición del Dengue por la no adopción de conductas saludables.
La sub.-escala 1 evalúa el grado de información acerca del dengue.
La sub. -escala 2 evalúa las creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables.
- **Puntuación:** Las alternativas de respuestas tendrán un puntaje de:

Para la prueba de conocimientos:

De 0 a 3 preguntas buenas, no posee conocimientos necesarios.

De 4 a 7 preguntas buenas, posee algunos conocimientos sobre el tema.

De 8 a 11 preguntas buenas, posee todos los conocimientos necesarios.

Para la Prueba de Creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables:

De 0 a 3 preguntas acertadas, posee muchas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 4 a 7 preguntas acertadas, posee algunas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 8 a 10 preguntas acertadas, no posee creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

- **Materiales:** Cuadernillo de preguntas e instructivo.

2. Descripción General del Cuestionario.

El **CEFRAD** es un cuestionario constituido por 20 (Veinte) ítems elaborados para evaluar las variables tomadas como factores de riesgo que no permitan la adquisición de conductas saludables para prevenir el dengue en las madres comunitarias del municipio de Turbaco.

La primera variable (el grado de información acerca del dengue), constituye la evaluación de las madres comunitarias sobre la enfermedad.

La segunda (las creencias erróneas acerca de la eficacia de las conductas saludables), evalúa las creencias racionales e irracionales con respecto a la adquisición de conductas saludables.

El **CEFRAD** se diseñó para ser aplicado en las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de Turbaco (Bolívar), con edades que oscilan entre los 30 y 50 años.

El **CEFRAD** ha sido elaborado para ser aplicado por una persona que tenga conocimientos sobre el tema y que esté capacitado para dar explicaciones si así lo requiere.

3. Corrección y Puntuación.

Los ítems del **CEFRAD** han sido diseñados para ser evaluar los factores de riesgo para la adquisición del dengue cuyas respuestas serán puntuadas de la siguiente forma:

Para la prueba de conocimientos:

De 0 a 3 preguntas buenas, no posee conocimientos necesarios.

De 4 a 7 preguntas buenas, posee algunos conocimientos sobre el tema.

De 8 a 11 preguntas buenas, posee todos los conocimientos necesarios.

Para la Prueba de Creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables:

De 0 a 3 preguntas acertadas, posee muchas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 4 a 7 preguntas acertadas, posee algunas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 8 a 10 preguntas acertadas, no posee creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

Instrucciones para el Aplicador:

La persona encargada de realizar la aplicación del **CEFRAD** deberá seguir atentamente las siguientes instrucciones:

- Elija un lugar que sea cómodo y que tenga adecuada iluminación y ventilación.
- Asegúrese de que no hay interrupciones durante la aplicación del instrumento y que la población tenga disposición para resolver el test.
- Explique el objetivo del cuestionario y su forma de respuesta así: “Buenos días” o “Buenas tardes” dependiendo de la hora en que se aplique el Test, mi nombre es (nombre del aplicador), hoy vamos a realizar un Test para evaluar los factores del riesgo para la adquisición del Dengue, el Test consta de 20 Ítems con opciones de respuestas SI o NO las cuales deben ser marcadas con una “X” y está diseñado para ser respondido en 20 minutos. Son preguntas sencillas que brindarán información para el desarrollo eficaz del modelo de

adopción de precauciones. Por tal motivo es necesario que contesten con total sinceridad.

- Después de haber aclarado todas las dudas inicie con la aplicación del test.

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
PARA LA ADQUISICIÓN DEL DENGUE – CEFRAD**

- DATOS DEMOGRÁFICOS:

Nombre (s) y Apellidos:		Edad:
Nivel de Escolaridad: Primaria ____ Secundaria ____ Universitario ____ Técnico ____ Otros ____		
Nivel Socioeconómico: Bajo ____ Medio ____ Alto ____		Estado civil:

- VARIABLES:

I. GRADO DE INFORMACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
1) El Dengue es una enfermedad infecciosa producida por un virus.		
2) Los síntomas del dengue son los mismos para niños y para los adultos.		
3) El Dengue puede causar la muerte.		
4) El dengue se multiplica de forma rápida entre una población.		
5) El mono como portador del Dengue puede transmitirla.		
6) Los síntomas del dengue perduran por más de 15 días.		
7) El mosquito es el único transmisor del dengue.		
8) Una de las principales causas del dengue es la mala alimentación.		
9) Las aguas estancadas en climas cálidos y húmedos favorecen la multiplicación del Dengue.		
10) El dengue se puede contagiar.		
11) Actividades como fumigar, recolectar basuras y eliminar el estancamiento de aguas (Aguas estancadas en botellas, llantas y tanques etc.) previenen la multiplicación del dengue.		

II. CREENCIAS ACERCA DE LA EFICACIA DE LAS CONDUCTAS SALUDABLES

A las siguientes afirmaciones responda de acuerdo con su opinión

- Fumigación:

PREGUNTA	SI	NO
12) La sustancia utilizada en la fumigación (ABATE) para controlar la multiplicación del mosquito transmisor del dengue es perjudicial para la salud.		
13) La sustancia utilizada en la fumigación (ABATE) para controlar la multiplicación del mosquito transmisor del dengue no es efectiva.		
14) Es mejor utilizar sahumeros o venenos comerciales para ahuyentar a los mosquitos que la sustancia química (ABATE) utilizada en la fumigación contra el mosquito transmisor del dengue.		
15) Es suficiente fumigar una sola vez al año para controlar la propagación del mosquito.		

- **Estancamiento de Aguas (Botellas, Llantas y Estanques):**

PREGUNTA	SI	NO
16) La acumulación de agua en las botellas picadas en las paredillas de las casas contribuye a la multiplicación del mosquito del Dengue.		
17) Almacenar agua por tiempo prolongado y a la intemperie es la mejor forma de conservarla.		
18) Vivir cerca a lugares donde haya aguas estancadas o tenerlas en el hogar afecta la salud.		

- **Manejo de Basuras:**

PREGUNTA	SI	NO
19) Recoger y separar las basuras es inútil y no representa ningún beneficio para la salud.		
20) El manejo adecuado de las basuras influye en la propagación del mosquito.		
21) La recolección diaria de basuras en el hogar reduce el riesgo de contraer la enfermedad.		

CUADRO DE RESPUESTAS
Prueba de conocimiento.

PREGUNTA	SI	NO
1	X	
2		X
3	X	
4	X	
5		X
6		X
7	X	
8		X
9	X	
10	X	
11	X	

PUNTUACION

De 0 a 3 preguntas buenas, no posee conocimientos necesarios.

De 4 a 7 preguntas buenas, posee algunos conocimientos sobre el tema.

De 8 a 11 preguntas buenas, posee todos los conocimientos necesarios.

CUADRO DE RESPUESTAS
Creencias acerca de la eficacia de las conductas saludables

PREGUNTA	SI	NO
12		X
13		X
14		X
15		X
16	X	
17		X
18	X	
19		X
20	X	
21	X	

PUNTUACION

De 0 a 3 preguntas acertadas, posee muchas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 4 a 7 preguntas acertadas, posee algunas creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

De 8 a 10 preguntas acertadas, no posee creencias erróneas acerca de la eficacia de adquirir conductas saludables.

ANEXO 3.

“CONFERENCIA DENGUE ENEMIGO MORTAL”

El dengue es la enfermedad infecciosa reemergente más importante en los últimos 50 años y la principal enfermedad viral humana transmitida por artrópodos. El dengue es una enfermedad producida por un virus del género *Flavivirus* de la familia *Togaviridae*, y transmitida por un mosquito (orden *Diptera*) del género *Aedes* de la familia *Culicidae*. En su forma común, el dengue es una enfermedad febril, cuyo período de incubación es de cinco a ocho días, generalmente de baja letalidad. No obstante, puede observarse una forma grave de la enfermedad, a menudo mortal, el dengue hemorrágico, caracterizado por insuficiencia circulatoria, hipotensión, síndrome de shock y episodios hemorrágicos (Acha y Szyfres, 1992).

El dengue es una enfermedad del tercer mundo, porque son estos países los que generalmente tienen alta tasa de infestación por *Aedes Aegypti* y escasas posibilidades para su erradicación. No obstante, algunos países desarrollados han tenido casos de dengue clásico y dengue hemorrágico (Martínez, 1990).

El dengue es una enfermedad infecciosa producida por un virus RNA al cual se le reconocen cuatro serotipos (1, 2, 3, 4) transmitidos por mosquitos (especialmente el *Aedes Aegypti*) que en su forma clínica clásica se manifiesta por fiebre, dolores osteomioarticulares, adinamia y anorexia (Martínez, 1990).

Los cuatro serotipos del virus del dengue (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4) son antigénicamente muy semejantes entre sí, pero son lo bastante diferentes para provocar sólo protección cruzada parcial después de la infección por uno de ellos. Tras un período de incubación de 4-6 días (mínimo 3 máximo 10), el virus se encuentra en la sangre de los pacientes durante la fase aguda de la enfermedad (OMS, 1987).

Aunque los cuatro virus del dengue pueden producir casos de FHD, DEN2 y DEN3 son los más frecuentes asociados con la enfermedad severa. La secuencia de infección por DEN1, seguida de otra por DEN2, ha sido asociada con epidemias de FHD aunque en las áreas hiperendémicas no es fácil definir el virus que produce la infección primaria. En Colombia, en los últimos años habían circulado DEN1, DEN2 y DEN4, hasta que en el año 2001 fue aislado DEN3 y ahora circulan todos los serotipos (González, G & Méndez, A, 2002).

Los cuatro tipos de virus dengue han sido obtenidos de dicho mosquito infectado naturalmente. Este insecto pica de día y se ha adaptado al entorno urbano, vive en el agua relativamente limpia estancada en charcas o agua almacenada para beber y asearse en cualquier sitio en que se haya acumulado agua de lluvia. La hembra del *A aegypti*, que adquiere el virus a través de la picada a un individuo virémico, puede considerarse permanentemente infecciosa después de 2 a 15 días y vive semanas, quizás meses. Su radio de vuelo es relativamente limitado. El ciclo hombre-mosquito-hombre constituye el ciclo endémico-epidémico, aunque puede

existir un ciclo secundario en primates no humanos (Martínez, 1990).

Se conocen solamente tres huéspedes naturales para los virus dengue: los seres humanos, algunos primates y los mosquitos *Aedes*. Los chimpancés y otros monos resultan infectados y desarrollan títulos de viremia suficientes para infectar mosquitos. La magnitud y duración de la viremia en estos animales es inferior a la observada en humanos (de 1 a 2 días y entre 2 a 12 días. Respectivamente).

Los seres humanos son los únicos capaces de expresar clínicamente la infección por virus dengue (Behrman, Kliegman & Arvin, 1998).

La infección del hombre por un serotipo produce inmunidad para toda la vida contra la infección con ese serotipo.

Hay tres tipos de Dengue: a) *Fiebre dengue o Dengue Clásico (FD)*: Los rasgos clínicos del dengue dependen frecuentemente de la edad del paciente. Los lactantes y niños pequeños pueden tener una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular. Los niños mayores y los adultos pueden tener un síndrome febril leve o la enfermedad clásica incapacitante de comienzo brusco y con fiebre alta, intensa cefalalgia, dolor retro-ocular, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. No son infrecuentes las hemorragias cutáneas. Suele encontrarse leucopenia y ocasionalmente se observa trombocitopenia. La tasa de letalidad es sumamente baja. Muchas epidemias de dengue van acompañadas de complicaciones hemorrágicas tales como epistaxis, hemorragia gingival, hemorragia gastrointestinal, hematuria e hipermenorrea. Hemorragias

extraordinariamente graves han causado la muerte en algunos de esos casos. Es importante diferenciar los casos de Dengue con hemorragias insólitas de los casos de dengue hemorrágico. Esta enfermedad aguda tiene una duración 2-7 días; *b) Fiebre hemorrágica por dengue (FHD)*, Los casos típicos de DH, como se en los países asiáticos, se caracterizan por 4 manifestaciones clínicas principales: fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia, y a menudo, insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia moderada o marcada con simultánea hemoconcentración es un hallazgo de laboratorio clínico distintivo. La principal alteración pato-fisiológica que determina la gravedad de la enfermedad en el DH y que lo diferencia del D, es la extravasación de plasma, manifestada por creciente valor del índice hematocrito y hemoconcentración; *c) Dengue Hemorrágico con choque*: La enfermedad comienza generalmente con una súbita elevación de temperatura que va acompañada de congestión facial y otros síntomas generales inespecíficos semejantes a los del dengue, tales como anorexia, vómitos, cefalalgia y dolores musculares o articulares. Algunos pacientes se quejan de dolor de garganta y al examen pueden encontrarse congestión de la faringe. Frecuentemente hay molestias epigástricas, dolor a la presión en el reborde costal derecho y dolor abdominal generalizado. Lo típico es que la temperatura sea elevada y se mantenga alta durante 2-7 días, bajando después puede llegar a normal o subnormal. En ocasiones la temperatura puede llegar a 40-41°C y pueden presentarse convulsiones febriles. El hígado suele ser palpable al principio de la fase febril. El tamaño del hígado

no esta en correlación con la gravedad de la enfermedad, pero la hepatomegalía es más frecuente en los casos de choque. El hígado es sensible, pero no suele observarse ictericia ni siquiera en pacientes con un hígado grande y doloroso. En los casos graves (*Síndrome de choque por dengue (SCD)*), después de algunos días de fiebre el estado del paciente empeora bruscamente. Coincidiendo con el descenso de la temperatura o poco después entre el tercer y séptimo días de la enfermedad, hay signos de insuficiencia circulatoria: La piel está fría con manchas, y congestionada, frecuentemente se observa cianosis alrededor de la boca; y el pulso se hace rápido. Aunque algunos pacientes pueden parecer letárgicos, se agitan y luego pasan rápidamente a una fase crítica de choque. El dolor abdominal agudo es una molestia frecuente poco antes del comienzo del choque. El choque se caracteriza por un pulso rápido y débil, o hipotensión, con la piel fría y húmeda y agitación. Los pacientes en estado de choque se hallan en peligro de muerte si no se administra rápidamente el tratamiento apropiado. Los pacientes pueden pasar la mayor parte concientes hasta la fase terminal. La duración del choque es breve, el paciente puede morir en 12 a 24 horas o recuperarse rápidamente después del tratamiento anti-choque (Parias, Palacio, Pérez & De la Cruz, 2001); (González, G & Méndez, A, 2002).

El tipo de dengue que más afecta a la población cartagenera es el clásico, con una tasa de incidencia de 4,3% por cada 100.00 habitantes y en menor proporción se presenta el dengue hemorrágico en el 4,2% por cada 100.000 habitantes. Con respecto al sexo se puede decir que el más afectado es el

femenino (58,6%) porque ellas y los niños son los que permanecen constantemente en el hogar y por consiguiente están más expuestos a la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, pues este ataca en las horas de la mañana y las primeras horas de la tarde (DADIS, 2003).

En cuanto a la edad, los datos proporcionados por el DADIS afirman que el dengue hemorrágico se presenta en personas de 1-4 años en un 3,1% por cada 100.000 habitantes, de 5-14 años en un 10,3% por cada 100.000 habitantes, de 15-44 años en un 2,9% por cada 100.000 habitantes y de 45 o mas en un 4,0% por cada 100.000 habitantes. Actualmente (2003), se han reportado 83 casos de dengue clásico y la población más afectada ha sido mujeres y niños con edades comprendidas entre los 5 y 14 años (DADIS, 2003).

No hay medicamentos que lo curen ni ninguna vacuna que lo prevenga. Se debe recurrir a medidas básicas para evitar la propagación del dengue, la eliminación de los criaderos de mosquitos (aguas estancadas, tratamiento adecuado de basuras) y la fumigación constante. En Cartagena, la prevención a nivel de Salud pública se lleva a cabo mediante campañas de fumigación para la eliminación del vector con un químico llamado Abate que se riega en el agua para la eliminación de las larvas del mosquito, campañas de educación para la eliminación de criaderos y depósitos de aguas, Campañas de control biológico donde se lleva a cabo un cultivo de peces (DADIS, 2003).

Por otro lado, la dinámica de transmisión del virus del dengue también

depende de interacciones entre el ambiente, el agente, la población de huéspedes y el vector, los que coexisten en un hábitat específico. La magnitud e intensidad de tales interacciones definirán la transmisión del dengue en una comunidad, región o país. Estos componentes pueden dividirse en macro factores y micro factores determinantes. Macro factores determinantes de la transmisión del dengue: factores de riesgos ambientales y sociales. Entre los macro factores están las zonas geográficas donde el vector se desarrolla y entra en contacto con la población huésped.

Algunos parámetros geográficos y climatológicos pueden usarse para estratificar las zonas donde la transmisión previsible puede ser endémica, epidémica o esporádica. Como los *patrones de asentamiento*: urbanización no planificada, y densidad de asentamiento elevada. *Viviendas*: tejidos de alambre inadecuados o inexistentes, y desagües obstruidos con desechos. *Aprovisionamiento de agua*: agua almacenada en la casa por más de 7 días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente, y uso de tambores o tanques destapados crean focos de proliferación. *Recolección de desechos sólidos*: envases de almacenaje inadecuados, recolección inadecuada o inexistente, recipientes pequeños en desuso de menos de 50 litros, neumáticos o pilas de neumáticos desechados, y automóviles abandonados. También se reconocen varios factores sociales que determinan la transmisión del dengue. El dengue es principalmente una enfermedad urbana. Su transmisión esta relacionada con densidades de población de moderadas a altas, una urbanización no

planificada y densidades habitacionales muy elevadas. La situación socioeconómica es otro factor determinante de la transmisión del dengue; sin embargo, en cualquier comunidad, los vecindarios más ricos o los más pobres pueden propagar grandes cantidades de focos. Las mujeres y los niños pequeños que pasan largos períodos de tiempo en el hogar, con una actividad mínima durante las horas del día, pueden experimentar exposiciones más largas a mosquitos potencialmente infectados que las personas que están fuera de la casa o activas. Las creencias y conocimientos de las familias sobre el dengue, sus causas y los medios para prevenirlo o controlarlo influyen en el nivel de saneamiento del ambiente doméstico y, en última instancia, determina la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el entorno domiciliario. Los factores de riesgo que influyen en la transmisión del virus del dengue deben separarse de los que influyen en la gravedad de la enfermedad. Entre las categorías de factores de riesgo reconocidos para la transmisión figuran los del huésped, el vector y el agente. Los factores propios del huésped incluyen el sexo, la edad, el grado de inmunidad, las condiciones de salud específicas y la ocupación. Toda persona es susceptible a la infección pero, como se señaló anteriormente, las mujeres y los niños pequeños podrían correr mayor riesgo porque sus actividades condicionan mayores períodos de contacto con los mosquitos infectados en el entorno doméstico. Para controlar estos factores de riesgo es necesario adquirir conductas saludables, tales como: fumigación constante, control de aguas estancadas y el manejo adecuados de basuras.

ANEXO 4.

**EVALUACIÓN FASE 1
“PRUEBA DE CONOCIMIENTOS”**

El siguiente cuestionario está diseñado para evaluar el conocimiento a cerca del dengue a través de 7 preguntas que brindarán información que se tendrá en cuenta para conocer el impacto de las fases del programa (basado en el Modelo de Adopción de Precauciones). Favor contestar con sinceridad.

1. ¿Qué es el Dengue?

2. ¿Cómo se transmite?

3. ¿Qué situaciones pueden facilitar la aparición del Dengue?

4. ¿Sabe usted si existe vacuna contra el dengue?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿El dengue se puede curar?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿El dengue es una enfermedad que puede repetir?

Si

No

7. ¿Cuáles son los tipos de dengue?

ANEXO 5.

EVALUACIÓN FASE 2.

“LA VUELTA A LA MANZANA”

Objetivo:

Diagnosticar el entorno.

Materiales:

Hojas de papel o cartulina.

Desarrollo:

Antes de iniciar la actividad la persona que dirige, debe crear un clima favorable a fin de que los participantes inicien un paseo imaginario por las manzanas o calles de su barrio y de cada uno de sus hogares, mientras que él les pide que reflexionen sobre las características de los vecinos, los problemas ecológicos, el manejo de los desechos (actividades de saneamiento), lo que caracteriza la cotidianidad de la localidad, así como que imaginen qué pudiera hacerse para mejorar el entorno.

Al concluir el paseo, entre todos, caracterizarán la manzana; puede hacerse narrativamente, dibujando entre todos un mural, en representación dramática, en fin, de forma libre. Sobre lo realizado el facilitador promoverá una reflexión de cómo es y qué hacer para mejorar, listándose las reflexiones y propuestas o plan de acción. Al concluir cada participante debe referir cómo se sintió durante la actividad.

ANEXO 6.

**CONFERENCIA
“VULNERABILIDAD E INVULNERABILIDAD”**

DEFINICIONES

➤ *La Vulnerabilidad* es un Factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o ser susceptible de sufrir pérdida. Es el grado estimado de daño o pérdida de un elemento o grupo de elementos expuestos como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de una magnitud e intensidad dada, que va desde 0 o sin daño hasta 10 o pérdida total.

➤ *Por Vulnerabilidad* vamos a denotar la incapacidad de una comunidad para "absorber", mediante el auto ajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente, o sea su "inflexibilidad" o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye, por las razones expuestas, un riesgo. La vulnerabilidad determina la intensidad de los daños que produzca la ocurrencia efectiva del riesgo sobre la comunidad.

➤ El concepto de vulnerabilidad, por definición, es eminentemente social, por cuanto hace referencia a las características que le impiden a un determinado sistema humano adaptarse a un cambio del medio ambiente.

Así mismo, los conceptos de vulnerabilidad y riesgo están íntimamente ligados entre sí, puesto que, también por definición, un fenómeno (y

obviamente uno de origen humano) sólo adquirirá la condición de riesgo cuando su ocurrencia se dé -o se prevea- en un espacio ocupado por una comunidad que sea vulnerable frente a dicho fenómeno. La condición de vulnerabilidad de un grupo humano, puede dar lugar a nuevos riesgos, los cuales, a su vez, generan nuevas vulnerabilidades.

En resumen, el que un evento o fenómeno se considere o no riesgo, dependerá de que el lugar en donde se manifieste esté ocupado o no por una comunidad vulnerable al mismo. El que se considere o no amenaza, dependerá del grado de probabilidad de su ocurrencia en esa comunidad.

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona¹ y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentra entre los factores de riesgo más importantes.

Específicamente los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de

dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

Los factores que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. La autoeficacia es útil para entender comportamientos

relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período.

Las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

ANEXO 7.

EVALUACIÓN FASE 3.

“PEGADA DE MANOS”

DEFINICIÓN

Consiste en contestar las 5 preguntas, una por cada dedo de la mano, que hace el evaluador.

PARTICIPANTES

Madres comunitarias

MATERIALES

Hojas y lápices

DESARROLLO

Cada uno dibuja la silueta de su mano derecha o izquierda, y va rellenando cada uno de los dedos de la mano con las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Pienso que me puedo llegar a contagiar de dengue?
2. ¿Tengo la misma probabilidad que los demás de contraer la enfermedad?
3. ¿Tengo la misma probabilidad de contagiarme de dengue que los demás?
4. ¿Siento temor de contraer el dengue?
5. ¿Me interesa conocer sobre el dengue?

Para terminar, se hace un mural donde se pegan las manos de todos luego de haber realizado la puesta en común. También se indagará sobre las

impresiones que se tuvieron a lo largo de la dinámica, qué dificultades se encontraron para hacerla y qué se logró.

ANEXO 8.

“TALLER TOMA DE DECISIONES”

META GENERAL DEL TALLER

Los participantes podrán desarrollar estrategias efectivas para la toma de decisiones. La información les proveerá herramientas para la creación de opciones y maximizar este proceso.

Nuestras decisiones

Cuando se les pregunta a los personas acerca de las decisiones que toman habitualmente, muchos afirman que ellos no tienen que tomar decisiones. Sin embargo, si nos detenemos a pensar, nos daremos cuenta de que esto no es así, ya que, a lo largo del día, todos debemos hacer frente a cientos de decisiones y solucionar problemas de escasa relevancia.

Con el pasar de los años, las decisiones que tenemos que tomar van adquiriendo cada vez más importancia, por lo que se requiere un mayor cuidado a la hora de decidir.

Proceso de toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones, es el proceso durante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas. Todos y cada uno de nosotros pasamos los días y las horas de nuestra vida teniendo que tomar decisiones.

Algunas decisiones tienen una importancia relativa en el desarrollo de nuestra vida, mientras que otras tienen mayor en ella.

➤ ¿Qué es la toma de decisiones?

La toma de decisiones es un proceso de definición de problemas, recopilación de datos, generación de alternativas y selección de un curso de acción.

➤ Precondiciones para la toma de decisiones.

Los fundamentos de la toma de decisiones entran en juego cada vez que realizamos actividades que impliquen planeación, organización, dirección y control. Sin embargo, para que un proceso de toma de decisiones pueda considerarse completo es preciso que existan ciertas precondiciones. Estas precondiciones se cumplen cuando es posible responder "sí" a las cuatro preguntas siguiente:

1. ¿Existe una diferencia entre la situación presente y las metas deseadas?
2. ¿El responsable de tomar la decisión está consciente del significado de la diferencia?
3. ¿El responsable de tomar la decisión se siente motivado a actuar para eliminar la diferencia?
4. ¿El responsable de tomar la decisión cuenta con los recursos necesarios (capacidad y dinero, por ejemplo) para actuar a favor de la eliminación de la diferencia?

➤ Toma de Decisiones

- La Toma de Decisiones es una destreza que puede ser aprendida por todos y todas.
- Existen dos tipos básicos de decisiones: las que se dan usando un proceso específico y aquellas que se dan por sí solas.
- Ambos tipos proveen oportunidades y experiencias de aprendizaje. La ventaja de utilizar un proceso específico para la toma de decisiones es que reduce los niveles de estrés.
- Aquellas decisiones sabias son las que se toman utilizando un proceso definido.
- Este proceso está basado en los valores y percepciones del aquel que toma la decisión. Incluye la consideración de alternativas y opciones a través de una evaluación periódica de las decisiones y sus efectos.
- Cada “problema” puede ser visto como una “oportunidad” de cambio.

➤ Proceso de los cinco pasos para tomar decisiones y resolver problemas:

Algunas personas tienen serios problemas a la hora de tomar sus decisiones porque no se detienen a pensar bien las cosas o por carecer de las habilidades necesarias para decidir responsablemente.

Aquí te presentamos un procedimiento para tomar decisiones o resolver problemas eficazmente.

➤ DEFINE claramente el problema que se te plantea.

En este paso debemos preguntarnos ¿Ante esta situación qué es exactamente lo que quiero lograr?, ¿Qué creo que causa el problema?, ¿Dónde, cómo y qué está pasando?, ¿Con quién está pasando?, ¿Por qué está pasando? Describa de manera específica el problema. Otro aspecto a considerar es establecer un orden o prioridad en los problemas a tratar. Para ello es útil distinguir entre “urgente” e “importante”.

El entender nuestro rol en el problema es importante, pues influye enormemente en como uno percibe el rol de los demás.

➤ Considera el mayor número de ALTERNATIVAS posibles:

Se trata de pensar en las diferentes cosas que podemos hacer. Cuantas más alternativas se nos ocurran, más posibilidades tendremos de escoger la mejor.

Desarrollar una “lluvia de ideas” para la solución del problema.

La “lluvia de ideas” consiste en recolectar el mayor número de ideas posibles y luego ir eliminándolas para encontrar la mejor idea.

➤ Valora las CONSECUENCIAS de cada alternativa:

Después de que ya no se nos ocurran más alternativas, debemos pensar en las consecuencias de cada una de ellas (las positivas y las negativas, tanto para nosotros como para otras personas). Para esto, muchas veces es necesario buscar información con la que no contamos en un principio.

➤ ELIGE la mejor alternativa posible:

Este paso consiste en comparar las consecuencias de cada alternativa y escoger la que nos parezca mejor.

Se debe considerar:

¿Cuál alternativa resolverá el problema a largo plazo?

¿Cuál alternativa es más realista para el momento?

¿Qué recursos tenemos? ¿Están a nuestro alcance?

¿Tenemos el tiempo suficiente para implementar la alternativa?

¿Cuál es el riesgo asociado a cada alternativa?

➤ LLÉVALA a cabo y COMPRUEBA si los resultados son satisfactorios:

La decisión tomada puede no lograr los resultados esperados, por lo que se deben evaluar sus efectos para poder corregir aquellos aspectos que no satisfagan.

Algunos aspectos a considerar:

- Observar que se estén dando lo esperado a través de la implementación.
- Comparar que se esté llevando a cabo el itinerario o agenda programada.
- Si el plan establecido no está dando los resultados esperados favor de revisar el plan.
- Examinar si los cambios realizados evitarán el mismo problema en el futuro.
- Preguntarnos que hemos aprendido del proceso de toma de decisiones (conocimiento, entendimiento, destrezas).

Errores en la Toma de Decisiones

- Focalizarse en una sola fuente de información.
- Sobreestimar el valor de la información recibida de otros.
- Subestimar el valor de la información recibida de otros.
- Escuchar y ver sólo lo que queremos.
- No escucharnos
- No ofrecer participación
- Hacer de forma unilateral u obligada

Sesgos sistemáticos en la toma de decisión individual.

La toma de decisiones puede verse afectada por la educación o preparación académica de sus participantes, por el nivel decisional que se le otorga a cada persona, por los propios valores y creencias, por la motivación de las personas, por los expectativas de cada cual o por los intereses de cada cual.

ANEXO 9.

EVALUACIÓN FASE 4

Utiliza esta guía para practicar el proceso de cinco pasos para tomar decisiones.

SITUACIÓN

Una persona quiere empezar a prevenir el dengue, pero no ha decidido como hacerlo.

1. ¿Qué quiero conseguir previniendo el dengue?
2. ¿Qué podría hacer para conseguir lo que quiero? ¿Qué alternativas tengo?
 -
 -
 -
 -
3. ¿Ventajas y desventajas de cada alternativa?

ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS

4. ¿Qué alternativa parece más adecuada?
5. Puesta en marcha de la decisión.

ANEXO 11.

“CARTILLA”

Guía Para La Aplicación Del Modelo
De Adopción De Precauciones
Para La Prevención Del Dengue
(Anexo Adjunto)

Referencias

- Behrman, R. (M.D); Kliegman, R. (M.D) & Arvin, A. (M.D). (Marzo, 1998).
Tratado de Pediatría. Volumen 1. Edición 15. Editorial: Mc. Graw Hill.
Interamericana Editores. S.A. de CV. México DF.
- Brannon, L. & Seist, J. (2001). Psicología de La Salud. Editorial Paraninfo.
Capítulo: Búsqueda de Atención Sanitario. Madrid: España.
- Departamento Administrativo Distrital de Salud. DADIS. (2003). El Dengue.
Cartagena de Indias.
- González Valencia, R. & Méndez, A. (Abril 14 de 2002). Médicas UIS Revista
de los estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de
Santander. Volumen 14 No. 2. Editorial: Colciencias.
- Martínez Torres, E. (Junio de 1990). El Dengue Hemorrágico en Niños.
Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Editorial: OMS.
Bogotá DC.
- Merhey, Jr. ; McPhee, S. & Papadakis, M. (1993). Diagnóstico Clínico y
Tratamiento. Editorial: Manual Moderno. Edición 30.

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1987). Dengue Hemorrágico: Diagnóstico, Tratamiento y Lucha. Ed. OMS. Ginebra.

Palacio, I; Pérez, O; & De La Cruz, C. (Enero 30 de 2001). Universidad Metropolitana. Ciencias de la Salud Unimetro. Órgano de información e investigación. Barranquilla, Colombia. Volumen 14.

Sánchez, L.G. (Mayo 12, 1998). OMS: 50 años muy saludables. (En Línea). <<<http://www.diariomedico.com/sanidad/san120598comtris.html>>>.

García-Viniegras, M. & Martínez Canals, L. (1997). Factores psicosociales y salud. Reflexiones necesarias para su investigación en nuestro país. (Enínea).<<http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi09697.htm>>