

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS POBLADORES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE, JAÉN-PERÚ

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: JACK LAWRENCE BERNAOLA ZEVALLOS

Asesora:

Dra. ALBILA BEATRÍZ DOMÍNGUEZ PALACIOS

Cajamarca – Perú

2021

COPYRYGHT @ 2021 by
JACK LAWRENCE BERNAOLA ZEVALLOS
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS POBLADORES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE, JAÉN-PERÚ

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: JACK LAWRENCE BERNAOLA ZEVALLOS

JURADO EVALUADOR

Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Asesora

Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador

M.Cs. Lucy Dávila Castillo
Jurado Evaluador

Mg. Marcela Nancy Arteaga Cuba
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2021



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD



Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Siendo las 7.30 p.m. horas del día 18 de enero de Dos mil veintiuno, reunidos a través de meet.google.com/gro-tcec-wvy, creado por la Escuela de Posgrado Filial Jaén, de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dra. ELENA VEGA TORRES, M.Cs. LUCY DÁVILA CASTILLO, M.C. MARCELA NANCY ARTEAGA CUBA**, y en calidad de Asesora la **Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno, y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS POBLADORES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE, JAÉN-PERÚ.**, presentado por el **Bach. en Medicina Humana JACK LAWRENCE BERNAOLA ZEVALLOS**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobarla con la calificación de DIECISIETE (17) la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bach. en Medicina Humana JACK LAWRENCE BERNAOLA ZEVALLOS**, está Apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 8.55 p.m horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Asesora

.....
Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Lucy Dávila Castillo
Jurado Evaluador

.....
Mg. Marcela Nancy Arteaga Cuba
Jurado Evaluador

A:

Dios, por haberme dado la vida y haber permitido alcanzar mis sueños

Mis padres Marcial Wilmar (Q.P.D.D.G) y Nola Paulina, por darme la vida, por su ejemplo y sacrificio, gracias a ellos logré mi objetivo.

A mis hermanos por sus ejemplos y apoyo en todo momento.

Mi esposa Dorila y a mis Hijos Jack Wilmar, Isis Alondra Isabel y a Iris Sharon Guadalupe por su apoyo incondicional y motivación para seguir cumpliendo mis metas.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios nuestro creador por darme la vida, salud y la sabiduría para concluir exitosamente mi Maestría en Salud Pública.

A mi familia, quienes me brindaron su apoyo moral e indispensable, y me motivaron seguir adelante y conseguir la meta tan anhelada.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por la oportunidad brindada, que me permitió desarrollar y culminar con éxito el programa de maestría.

A la Dra. Elena Vega Torres directora de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén, por su valioso apoyo y tiempo.

Al Centro de Salud Magllanal por su apoyo y colaboración durante todo el proceso de recogida de datos.

A todas las familias del sector Magllanal, por su valiosa participación, colaboración, disponibilidad de tiempo y conocimientos que hicieron posible el levantamiento de datos para el desarrollo del estudio.

La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del
hombre sobre el mundo para transformarlo

- Paulo Freire

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	ix
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Base teórica conceptual.....	12
2.2.1. Educación para la salud.....	12
2.2.2. Empoderamiento.....	17
2.2.3. El dengue.....	21
2.3. Definición de términos.....	23
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
3.2. Unidad de análisis, población y muestra.....	26
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	28
3.4. Procedimiento para recolección de datos.....	31
3.5. Procesamiento y análisis de los datos.....	31
3.6. Consideraciones éticas.....	31
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1. Resultados.....	33
4.1.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	33
4.1.2. Modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud.....	34
4.1.3. Conocimientos acerca de la enfermedad y medidas de prevención del dengue.	34
4.1.4. Prácticas de prevención del dengue.....	36
4.1.5. Relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual en la prevención del dengue.....	37
4.2. Discusión.....	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÉNDICES/ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Características sociodemográficas del poblador del sector Magllanal que participaron en el estudio, 2018.....	33
Tabla 2. Tipo de modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud sobre el dengue, 2018.....	34
Tabla 3. Conocimiento del poblador del sector Magllanal sobre la enfermedad del dengue, 2018.....	34
Tabla 4. Nivel de conocimientos que posee el poblador del sector de Magllanal sobre el dengue, 2018.....	35
Tabla 5. Prácticas de prevención utilizado por el poblador del sector Magllanal respecto a la prevención y control del dengue, 2018.....	36
Tabla 6. Tipificación de las prácticas de prevención y control sobre el dengue sector Magllanal, 2018.....	37
Tabla 7. Relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el nivel de conocimientos del poblador del sector Magllanal sobre la enfermedad del dengue, 2018.....	37
Tabla 8. Relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y las prácticas de prevención y control del dengue en el poblador del sector Magllanal, 2018.....	38
Tabla 9. Relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual del poblador del sector Magllanal frente al dengue, 2018.	39

LISTA DE ABREVIACIONES

DENV-2	: Dengue Virus Tipo 2
EpS	: Educación para la Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PS	: Promoción de la Salud
SPSS	: Formato Estadístico para Análisis completo
ULV	: Ultra Bajo Volumen
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPS	: Unidad Productora de Salud
PNCM	: Programa Nacional Cuna Más
APS	: Atención Primaria de Salud

RESUMEN

El dengue es una enfermedad de alto impacto para la población en especial para los más vulnerables, afecta la calidad de vida y la economía familiar; además representa un elevado coste para el sistema sanitario. Su control depende de diversos aspectos entre ellos el empoderamiento individual de las personas. El objetivo fue determinar la relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual del poblador en la prevención y el control del dengue. La investigación siguió un diseño No experimental – Correlacional – Transversal. Se llevó a cabo en el sector Magllanal de la ciudad de Jaén en una muestra de 245 familias determinadas probabilísticamente. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos. Un cuestionario y una guía de observación para verificar las prácticas respecto a la prevención del dengue. El cuestionario fue validado a través de juicio de expertos. La confiabilidad denota consistencia interna, el Alfa de Cronbach fue: 0,760. Siendo los resultados: el modelo pedagógico, que predomina en la educación para la salud fue el activo-conductual (65,7%). El nivel de conocimientos que posee el poblador sobre la enfermedad y las medidas de prevención del dengue es Medio (49,4%), seguido del nivel bajo (44,9%). El 70,1% de pobladores tiene prácticas inadecuadas sobre la prevención y control del dengue, frente a un 29,9% que tiene practicas adecuadas. Se concluye que, existe relación estadísticamente significativa entre las variables modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual sobre el dengue, el valor $p < 0,05$.

Palabras clave: Dengue, educación para la salud, empoderamiento, conocimientos, prácticas.

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between the pedagogical model used in health education and the individual empowerment of the residents from Magllanal sector for dengue's prevention and control. The Kind of study was Non-experimental - correlational - transversal. The sample consisted of 245 probabilistically determined families. Two instruments were used for data collection. A questionnaire and observation guide to verify practices regarding dengue prevention. The questionnaire was validated through expert opinion. Reliability denotes internal consistency; Cronbach's Alpha was: 0.760. Being its results: the pedagogical model, that predominates in health education, was the active-behavioral (65,7%). The level of knowledge that the residents have about the disease and dengue prevention measures are Medium (49,4%), followed by the low level (44,9%). 70,1% of residents have inappropriate practices on dengue prevention and control, compared to 29,9% who have appropriate practices. It is concluded that, there is a statistically significant relationship between the variables pedagogical model used in health education and the individual empowerment about the dengue, the value $p < 0,05$.

Key words: dengue, health education, empowerment, knowledge, practices.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El dengue es una de las enfermedades emergentes más importantes del siglo XXI¹. Se estima que 3 900 millones de personas de 128 países están en riesgo de infección³. En el mundo cada año se produce aproximadamente 390 millones de casos^{2, 3} y 20 000 muertes⁴.

El impacto de esta enfermedad es alto para la población y para los países⁵ especialmente para los más pobres, las mujeres y los niños que son particularmente vulnerables⁶. En las personas, afecta la calidad de su salud, su rendimiento productivo y su economía familiar, sin dejar de lado los costos sociales que conlleva; y, en el país, la sobredemanda de servicios impacta en la capacidad de respuesta institucional e implica altos costos económicos de atención, tratamiento y control^{5,7}.

En el Perú, el dengue tiene un comportamiento endémico y epidémico⁸. El año 2017 se notificaron 67 294 casos de dengue⁹, observándose un incremento sostenido en los departamentos de Piura, La Libertad, Lambayeque, Ica, Ancash, Ayacucho, Madre de Dios, Tumbes, Cajamarca y Lima⁸. Se estima una población en riesgo de alrededor de 14 millones de habitantes¹⁰. En el año 2018 se notificaron 6 930 casos de dengue¹¹, evidenciándose un incremento en los años 2019 (15 290) y 2020 (56 394)¹².

Los determinantes sociales que condicionan la aparición y persistencia del dengue están relacionados a: condiciones climáticas⁷, cambio demográfico, crecimiento urbano desordenado⁸, insuficiente abastecimiento de agua intradomiciliaria⁵ e inadecuadas prácticas de almacenamiento por ciertos grupos familiares⁸; el hacinamiento y la migración¹³.

Hoy es evidente que las soluciones técnicas con métodos “de arriba para abajo” usados con éxito en el pasado, no aseguran el control y la prevención eficaz de la enfermedad vírica, pues no tienen sostenibilidad⁵. El principal método de control del *Aedes aegypti* adulto (y, por lo general, el único) usado en muchos países, sigue siendo la aplicación espacial de insecticidas a ultra bajo volumen (ULV), procedimiento que se repite constantemente a un costo elevado y eficacia limitada⁵.

La nueva generación de programas de prevención y control del dengue que aboga por un enfoque ecosistémico¹⁴, reconoce la importancia de involucrar a los miembros de la comunidad a fin de lograr programas sostenibles de control vectorial desde las etapas de identificación de las necesidades y prioridades hasta el planeamiento y ejecución de las acciones¹³; de allí que es de vital importancia, empoderar a la población para su participación en las medidas de control¹⁵.

A pesar de los niveles crecientes de conocimiento y la toma de conciencia acerca del dengue²¹, mucha gente todavía no está haciendo lo que debería hacer^{5,14}. En algunos países, las personas saben que el dengue es causado por los mosquitos y que estos pueden reproducirse en los recipientes de almacenamiento de agua; sin embargo, aún no están haciendo lo que es mejor para ellos y dejan estos recipientes sin protección. Lamentablemente, un individuo informado, no es necesariamente receptivo a nivel conductual⁵.

Entre los problemas, es que se ha concebido a la educación como un simple proceso de transmisión/adquisición de conocimientos y no como una educación crítica, cuestionadora y transformadora de la realidad¹⁴. No todas las corrientes educativas en salud promueven la participación social genuina, en la mayoría de los casos predomina

un enfoque vertical del proceso enseñanza-aprendizaje y un concepto estrictamente biomédico de la salud.

En la provincia de Jaén, a pesar de los esfuerzos desplegados por la Dirección de Salud en el control del dengue, aún no se ha logrado erradicar esta enfermedad, cuyo índice incrementa sobre todo en etapa invernal por sus condiciones ambientales, constituyéndose en enfermedad endémica y mortal, debido a la presencia del genotipo DENV-2⁸.

Las acciones sanitarias dirigidas a la prevención y control del dengue a nivel local están centradas en la educación sanitaria sobre la enfermedad, a realizar campañas de salud que incluyen actividades de limpieza e inspecciones casa por casa, fumigación y recojo de inservibles a través de acciones intersectoriales; sin embargo, estas intervenciones se realizan de manera esporádica ante la presencia de nuevos brotes y con un enfoque vertical.

Se ha argumentado que los cambios conductuales se logran a largo plazo y que requieren de estrategias de educación, comunicación y de movilización social que promuevan y refuercen conductas aceptadas por los miembros de las comunidades y que, a su vez sean efectivas desde el punto de vista entomológico¹³.

En la actualidad, no existe evidencia empírica sobre la influencia de la educación y el empoderamiento de la población, que sirva de sustento teórico para lograr comportamientos saludables respecto a la prevención y control del dengue. Las formas de intervención y los métodos educativos tradicionales probablemente estarían generando dependencia y pasividad en la población.

De lo expuesto, surgió la necesidad de formular la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal para la prevención y control del dengue; ¿Jaén-Perú, período 2018?

El objetivo general de la investigación estuvo orientado a determinar la relación que existe entre el modelo pedagógico utilizado en la educación y empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal para la prevención y control del dengue.

Los objetivos específicos fueron:

- a) Identificar el modelo pedagógico utilizado en la educación para la prevención del dengue.
- b) Describir los conocimientos que tiene el poblador del sector Magllanal acerca de la enfermedad del dengue y las prácticas de prevención y control.
- c) Describir las prácticas de prevención y control del dengue que tiene el poblador del sector Magllanal.
- d) Identificar el nivel de conocimientos y las prácticas de prevención y control del dengue que tiene el poblador del sector Magllanal
- e) Establecer la relación entre el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el empoderamiento individual del poblador del sector Magllanal en la prevención y control del dengue.

La hipótesis principal que guio la investigación fue:

El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud tiene relación estadísticamente significativa con el empoderamiento individual del poblador del sector Magllanal en la prevención y control del dengue.

Las hipótesis secundarias fueron:

1. El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud es el activo/conductual
2. El nivel de conocimiento de los pobladores respecto a la enfermedad del dengue es regular
3. Las prácticas de los pobladores respecto a prevención y control del dengue son inadecuadas.

El estudio, tiene pertinencia y relevancia, pues, el dengue constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Es la enfermedad viral más importante en los seres humanos; en la actualidad no existe tratamiento específico, tampoco existe vacuna comercializada para su prevención.

La situación epidemiológica y el control del dengue son complejos; el programa encargado de la intervención ha logrado implementar una serie de estrategias para su control; sin embargo, no se ha logrado el empoderamiento de la población para la prevención del dengue en la comunidad, persistiendo el daño de manera sostenida.

La investigación permitió explorar aspectos relacionados con la educación para la salud y el empoderamiento individual del poblador de un sector vulnerable, importante porque permitirá reflexionar y orientar la práctica educativa, en la adopción de comportamientos saludables dirigidos a la prevención y control de la enfermedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

Benítez et al¹³. demostraron que existe relación entre la percepción de riesgo de padecer dengue y el conocimiento sobre este arbovirus en Colombia el año 2020. También mostraron que existe una actitud positiva de la población encuestada frente al control de la enfermedad producto de una buena estrategia individual y colectiva basados en la comunidad y el cambio social.

Subedi et al¹⁴. en su estudio sobre Conocimientos y practicas preventivas del dengue en población en edad adulta media en el distrito de Jhapa de Nepal el año 2019, concluyeron que la mayoría de los encuestados tuvo conocimiento medio sobre el dengue y solo unos pocos conocimientos altos. Las practicas sobre la prevención de la enfermedad del dengue ha sido baja. Hubo asociación significativa entre las variables sociodemográficas y nivel de conocimiento y practicas preventivas del dengue, de lo que se deduce que es posible educar a la comunidad para que realicen cambios en sus prácticas preventivas.

Hernández et al¹⁶. en el estudio realizado en la ciudad de Colombia el año 2018 sobre conocimientos, actitudes y practicas acerca del dengue, concluyeron que la mayoría de la población estudiada conoce los factores de riesgo para enfermar de dengue, reconoce los síntomas y las medidas de control y prevención, producto de la aplicación de las técnicas masivas de difusión para replicar la información y conocimientos necesarios sobre prevención del dengue y mitigar los efectos

negativos que representan para la salud y la economía de la región. Resaltan que las actividades de educación desarrolladas para el fortalecimiento de los conocimientos y actitudes sobre el dengue deben usar un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento para la comunidad.

Peñaranda et al¹⁷. en su estudio realizado el 2017 sobre educación para la Salud concluyen que en Brasil, Colombia, México y Cuba, existen modelos pedagógicos en tensión en la EpS, por un lado, el modelo tradicional que es reduccionista por la falta de formación de talento humano, basada en una comunicación: emisor, mensaje, receptor y en educación, donde el sujeto concreto, con sus necesidades, características y particularidades, pasa a un segundo plano, pues lo central es el mensaje (el contenido) y los comportamientos que se esperan lograr. Por otro lado, la visión crítica propone una propuesta de educación liberadora que muestra que sin sujeto no existe dicha liberación, el sujeto está en comunión con los demás, para lo cual se precisa la transformación del hombre como persona en este caso: del educador.

Morales et al.² en una investigación realizada en México el año 2017 sobre prevención y control del dengue, identificaron contenedores como posibles sitios de reproducción del vector y entre las acciones para reducirlo mediante el uso de themephos en los contenedores y la protección de los recipientes con agua.

Otro estudio realizado en Colombia por Overgaard et al¹⁸. el año 2017 concluyó que los vectores de mosquitos como *Aedes aegypti* se reproducen tanto en contenedores urbanos como rurales, los primeros tenían más probabilidades de infectarse que los segundos. Los recipientes que nunca se lavan tienen más posibilidades de infestarse con relación a los que se lavan frecuentemente (semanal o mensual); de allí que las

recomendaciones de control de vectores deben llevarse a cabo en zonas urbanas, y rurales; ya que la manera más eficaz y adecuada de controlar los vectores es el lavado frecuente de los contenedores.

Louis *et al*¹⁹. al evaluar las prácticas de prevención de la comunidad y los criaderos de los mosquitos *Aedes aegypti* en la parte urbana de Colombo Sri Lanka el año 2016, concluyeron:

[,,] el manejo apropiado de contenedores, la participación comunitaria, juegan un papel importante en la reducción de los mosquitos en las áreas urbanas. Las escuelas y el trabajo o los sitios públicos se identificaron como de mayor riesgo para albergar criaderos productivos, se manifestaron deficiencias en las medidas de prevención. Los hallazgos respaldan la urgente necesidad de educar a la alta dirección de las escuelas, y a los residentes de la comunidad; sin embargo, la educación sanitaria carece de recursos para el mantenimiento de un programa regular para el control del dengue dirigidas a las escuelas o lugares de trabajo público; de allí que, la educación para la salud juntamente con las estrategias que aseguran la participación comunitaria son de gran importancia.

Castañeda *et al*²⁰. al identificar, los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la comunidad de Villanueva-Casanare en Colombia el año 2016 frente a las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*, sus factores de riesgo, signos asociados con la enfermedad y las medidas de prevención, reconocen que se debe generar un empoderamiento horizontal en adolescentes y estudiantes de educación superior; así como establecer las acciones desde la propia familia de cada estudiante, convirtiendo los actos en hábitos y luego en prácticas que serán evaluadas en 1 a 2 años.

Nivedita²¹ en su estudio realizado en la India el año 2016, sobre Conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas (CACP). Encontró que la Información, Educación y Comunicación-IEC resultó en una mejora del conocimiento de la población en lo referente a la transmisión de la enfermedad, cambios en el comportamiento, reducción de fuentes de infección. Concluye que es posible lograr la prevención y el control de la enfermedad a través de la sensibilización de la población.

Un estudio realizado el año 2016 en Cuba por Morales *et al.*²² demostró que existe desconocimiento de cómo controlar el vector. Señala que la población está en riesgo permanente por guardar aguas en los hogares y por la insuficiente distribución del agua. Los encuestados manifestaron actitudes favorables pero insuficiente responsabilidad social.

Castrillón *et al.*²³. al identificar la relación que existe entre los conocimientos, hábitos y la participación comunitaria, frente a la transmisión del dengue y chikungunya en Colombia el año 2015 se evidenció que la comunidad confunde conceptos en relación con el dengue y chikungunya y la forma de transmisión. Se evidencio un índice aéxico alto, lo que significa un factor de riesgo alto para el dengue y chikungunya. La participación comunitaria favorece de manera positiva la ausencia de criaderos y, la educación dirigida a la comunidad no demostró ser un factor protector ya que no genera impacto en los hábitos y en la conducta de las personas.

En Venezuela, Martínez *et al.*²⁴ en un estudio realizado el año 2015, encontraron que el 9% de los encuestados tienen conocimiento adecuado sobre la enfermedad, 20,6% conocen las medidas preventivas y 5,4% tienen prácticas adecuadas. Concluyeron

que la población que almacena agua de consumo está en alto riesgo de adquirir la enfermedad.

Cándido *et al*²⁶. al indagar sobre el conocimiento de las personas que usan los servicios de atención Primaria de Salud en Brasil, acerca del dengue y su vector, se concluyó que la estrategia más importante en el control de vectores del dengue requiere del apoyo de toda la comunidad, ya que no es responsabilidad exclusiva del gobierno, se debe brindar la educación adecuada a la población acerca de la eliminación potencial de reproducción y utilizar estrategias para la prevención y control del dengue.

Anderson *et al*²⁷. En su estudio realizado en las ciudades de Nicaragua y México en el año 2015, sobre Movilización comunitaria basada en evidencias para la prevención del dengue; concluyeron que. los miembros de la comunidad se involucran en el liderazgo, en la definición de estrategias locales, lo cual es un punto de partida prometedor para el compromiso de la comunidad en la lucha contra el dengue, además la clave para una futura investigación sanitaria es la participación ciudadana, como la integración en la distribución de temefos y de la fumigación.

Guevara *et al*²⁸. en su estudio realizado en la ciudad de Barranquilla – Colombia en los años 2014 – 2015, sobre Conocimientos, actitudes y prácticas de las amas de casa con respecto al dengue en una comunidad, concluyeron que existe algún grado de desconocimiento acerca del agente causal y de trasmisión del dengue, los lugares donde se reproducen y la gravedad de la enfermedad. Esto evidencia por qué la falta de conocimiento de la enfermedad hace que aumenten los casos del dengue en la comunidad. Las amas de casa lavan los recipientes de almacenamiento de agua

semanalmente, esto lo hacen como práctica cotidiana, las amas de casa están predispuestas a recibir educación sanitaria hasta inclusive educar al resto de miembros de la comunidad.

Chanyasanha et al.²⁹ en su estudio realizado en la ciudad de Colombo, Sri Lanka en el año 2014; sobre los Factores que influyen en las conductas preventivas para la infección del dengue entre las amas de casa, se concluyó que el 58,5% tenían conocimiento de la aplicación de las medidas preventivas necesarias para el control del dengue las cuales estaban relacionadas con los niveles socioeconómicos, educación, religión, la edad y otros.

Nacionales

Palma et al.¹⁰ en su estudio realizado en la ciudad de Piura en año 2016, con el objetivo centrado en identificar los factores que estaban detrás de la renuencia en el control vectorial en tres distritos de la ciudad de Piura, emplearon como técnicas la entrevista y la observación. Identificaron 4 factores en relación con la renuencia, ineffectividad de la fumigación, personal de salud no confiable, horario de intervención inadecuado y afectación de la calidad del agua por el larvicida. Concluyeron que como estrategias deberían considerar estos cuatro puntos para la recuperación de los distritos en cuestión.

Vilcarromero et al.¹⁵ en el estudio Lecciones aprendidas en el control de *Aedes aegypti* para afrontar el dengue y la emergencia de chikungunya en Iquitos, Perú, en el año 2015, concluyeron que es muy importante el control vectorial y que se debe

dar más énfasis a las actividades preventivo – promocionales para empoderar a la población y lograr que participe en las medidas de control.

Paz Soldán et al.²⁵ en su investigación realizada en la ciudad de Iquitos–Perú en el año 2015, Prácticas de conocimiento de medidas preventivas del dengue, concluyeron que se necesita mejorar el conocimiento de la enfermedad y las prácticas de medidas preventivas para tener éxito en la prevención.

2.2. Base teórica

2.2.1 Educación para la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁰ define educación para la salud como las “actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud”.

Para otros autores, la educación para la salud comprende un campo de conocimiento que tiene como objetivo promover la salud a través de la enseñanza y el aprendizaje, basado en el respeto, la apreciación de experiencias y costumbres de la comunidad¹².

La bibliografía señala que educar no solo es informar, si bien es un aspecto importante en la educación, no es suficiente para desarrollar capacidades y lograr cambio de comportamientos. La educación tiene que ver con las capacidades para decidir comportamientos¹³.

La Educación para la Salud (EpS) intencional se realiza en diferentes ámbitos, espacios, estructuras y escenarios. Éstos pueden ser: centros de educación formal, servicios de salud, entidades sociales, barrios entre otros.

Modelo pedagógico

La educación para la salud está sustentada en modelos pedagógicos, que son formas de concebir el proceso educativo, ósea de cómo se aprende, de cómo se enseña, de que metodologías son las más adecuadas para la asimilación significativa de los conocimientos, habilidades y valores ³¹.

Los elementos fundamentales que caracterizan a los diferentes modelos pedagógicos son: sus principios centrales, los planteamientos sobre el aprendizaje, objetivos y contenidos, su repertorio de métodos, técnicas y recursos didácticos, así como el rol del educador y del educando.

Gutierrez³¹ señala dos modelos; el transmisioncita y el activo conductual:

El modelo tradicional o transmisioncita. Centrado en la enseñanza, la información, el profesor, los objetivos y contenidos; relacionado con el área cognitiva de la persona (conocimientos). Los métodos más usados son los expositivos, el rol del educador es de experto; la relación docente-alumno es vertical; la programación más allá de los contenidos es escasa y la evaluación es final ³¹.

El modelo activo - conductual. Su eje fundamental es el aprendizaje y el alumnado, se basa en el aprendizaje significativo; los objetivos y contenidos tienen que ver con las tres áreas de la persona: cognitiva, emocional y las habilidades. Utiliza una combinación de métodos y técnicas activas (con participación de quien se educa) e inductivas (que parten de su experiencia). El rol educador es de ayuda y apoyo al aprendizaje; las sesiones se programan detalladamente y la evaluación es continuada y final.

El aprendizaje significativo, es eficaz, permanente y real. Le sirve a la persona para la vida. Es un proceso que se construye por etapas, con secuencias de asimilación y construcción consciente, voluntaria y autónoma.

El aprendizaje no ocurre por acumulación de información, se construye. La persona lleva a la situación de aprendizaje todas sus experiencias, vivencias, conocimientos y modelos cognitivos, sentimientos, habilidades y formas de actuar respecto al tema de que se trate, y aprende a partir de todo ello, consolidándolo, reorganizándolo y modificándolo ante la nueva información y variadas experiencias que se dan en el proceso educativo.

Vives³² también habla de dos modelos pedagógicos, el tradicional y el conductista. *El primero*, concibe al estudiante como un ser pasivo, es decir, un receptor pasivo del conocimiento y objeto de acción del maestro. El conocimiento es considerado como algo que está dado, determinado por un sabedor (docente), el maestro cumple la función de transmisor del conocimiento.

Esta pedagogía a dominado la mayor parte de instituciones educativas a lo largo de la historia de la humanidad. Los contenidos deberían ser aprendidas por los estudiantes a partir de la repetición. La evaluación consiste en la reproducción de los conocimientos por parte de los estudiantes; en este modelo la relación maestro-alumno es vertical, donde la autoridad es el maestro, pues este es el poseedor del saber. Los contenidos son disciplinares y el método transmisioncita y la repetición.

El segundo, enfatiza en la forma de adquisición de los aprendizajes, basada en la observación de sus conductas. El docente es el intermediario, da la instrucción para

que el estudiante realice ciertos comportamientos. La relación maestro - estudiante se establece desde la planeación de la enseñanza, el maestro es el intermediario y ejecutor de un proceso instruccional. Busca modelar la conducta técnico-productiva en los estudiantes, los contenidos se centran en conocimientos técnicos como códigos y competencias observables, y el método es por fijación, reforzamiento y control de aprendizajes.

Choque³³ en su libro sobre educación para la salud agrupa los modelos educativos de acuerdo con tres perspectivas pedagógicas: la pedagogía de la transmisión, la conductista y la problematizadora.

- a) El modelo pedagógico tradicional, es considerado enciclopedista. En este modelo el profesor asume un rol activo, mientras que el estudiante tiene un papel pasivo, su actividad se limita a la copia de la información. Refuerza la dependencia. La relación pedagógica es asimétrica, hay uno que sabe y el otro no. Ignora lo que el participante conoce, sus experiencias y vivencias.

Existe una ruptura entre la teoría y la práctica, la información es entregado al educando, buscando que éste lo retenga, el saber que se le brinda es incuestionable. Este modelo tiene vigencia en ámbitos no escolares por ejemplo en los espacios comunitarios³³.

- b) Modelo pedagógico del adiestramiento, persuasivo o conductista, es aquel que pone énfasis en los efectos. Su principal propósito es moldear la conducta de los educandos. El objetivo es que el educando haga lo que previamente ha establecido el maestro. Genera una relación de dependencia, el alumnado se habitúa a ser

guiado por otros, hay escasa autonomía y raciocinio, solo valora los resultados, no promueve la participación, la autogestión y la toma de decisiones ³³.

- c) Modelo pedagógico problematizador. El objetivo principal es buscar que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar busque transformar su realidad. La educación problematizadora, difiere de la educación bancaria, porque busca producir cambios a nivel de los conocimientos, de la manera de pensar; busca clarificar los valores, cambios de actitudes, de creencias o de modos de vida. En el estudio se utilizó la clasificación de Choque³¹ por ser el enfoque asumido por el MINSA para la educación en salud.

Métodos o técnicas educativas

En el proceso de aprendizaje se utilizan diversos métodos y técnicas educativas, tales como las expositivas (lectura y discusión; video y discusión, exposición y discusión), las que generan análisis (Casos, ejercicios, discusión), desarrollo de habilidades (demostración, simulación escenificación de roles o rol playing)³⁴.

Utilizan diferentes recursos didácticos de apoyo. Material impreso (entrega de folletos y otro material informativo), material visual (posters), Material audiovisual³⁴.

Rol de facilitador

Los profesionales que ejercen un rol educativo desempeñan un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. No solamente deben conocer la temática, sino también como enseñar, pues, conocen en profundidad la tecnología andragógica y pedagógica para el nivel y la modalidad de la educación, sino que deben poseer ciertas actitudes y habilidades: cómo ser auténtico, aceptar a cada persona como es, teniendo en cuenta, su edad,

sexo, opiniones, entre otros, considerar al usuario o personas como gente valiosa; debe también saber ponerse en su lugar, conectar con sus sentimientos, comprenderlos y manifestar su deseo de ayuda³¹.

El facilitador debe poseer ciertas habilidades personales como: la comprensión empática, la escucha activa, la comunicación interpersonal, autocontrol emocional, el manejo de conflictos, y ciertas habilidades sociales como: conducción de reuniones, refuerzo positivo, ayudar a pensar, manejo de grupos, manejo de discusiones y manejo de distintos tipos de técnicas y recursos educativos³⁴.

2.2.2. Empoderamiento

La Organización Mundial de la Salud- OMS³⁰ define empoderamiento como “un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud”.

Empoderamiento es darle a las personas o colectivos las herramientas necesarias para que adopten medidas por iniciativa propia, sin esperar que otros le tengan que decir que hacer, para eso se debe reforzar el trabajo educativo, con los medios de comunicación¹.

De acuerdo con algunos autores el empoderamiento puede ser de diferentes tipos:

i) individual, que hace alusión a la participación con otros, a los esfuerzos para obtener conocimiento de su realidad y a tener acceso a recursos. ii) el empoderamiento organizacional, que incluye procesos organizacionales y estructurales que motivan la participación de sus integrantes para trabajar por el éxito de su organización, y iii) el empoderamiento comunitario, que hace referencia al desarrollo de actividades de índole colectivo para mejorar sus condiciones de vida,

mejorar la articulación entre agentes comunitarios y otras instituciones, o para promover la movilización social en la búsqueda de desarrollar acciones en beneficio de su comunidad. En este caso la variable objeto de estudio es el empoderamiento individual, de allí que se desarrollará con mayor profundidad.

El empoderamiento individual

Se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones sobre su autocuidado y tener control sobre su vida personal³⁵. El proceso de empoderamiento individual avanza a medida que el individuo toma conciencia de sus posibilidades, aumenta su capacidad de decisión y gana confianza en sí mismo³⁵. Un individuo con elevada autoestima, con capacidades (conocimientos y habilidades) y seguro de sí mismo, puede contribuir de forma más activa a la acción colectiva.

En ese sentido, los conocimientos que un poblador o las familias tengan sobre la enfermedad y las prácticas de prevención respecto al dengue³⁵ forma parte de su proceso de empoderamiento, entendiéndose como conocimiento, al conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos^{37,38}. Para efecto del estudio, conocimiento será la información que refieren poseer los pobladores del sector Magllanal sobre las medidas de prevención y control del dengue. Y se define como prácticas de prevención, a las actividades que refieren realizar los pobladores para la prevención y control del dengue.

Las estrategias de empoderamiento son diversas y su éxito depende de las circunstancias concretas, del escenario en el que se actúa y de las condiciones individuales. Se debe trabajar el componente de prevención y control de la enfermedad y aspectos relativos a la promoción de la salud, solo así la población participará activamente

Hay una serie de factores que promueven el empoderamiento:

- Acceso a la información, puesto que la información es poder.
- Participación. Una organización social activa es una herramienta clave para facilitar el cambio y tomar decisiones. Facilitar la inclusión, la participación, requiere abrir espacios de debate en los que se pueda deliberar antes de pasar a la acción.
- Capacidad organizativa. Permite que los individuos puedan trabajar de forma conjunta y movilizar recursos para resolver sus problemas.
- Instituciones abiertas y transparentes. Permiten, entre otras cosas, el correcto funcionamiento de los sistemas de rendición de cuentas, el flujo de la información, y promueven la distribución equitativa de los recursos¹.

Participación comunitaria en el control del dengue

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF⁴⁰ en el documento sobre participación comunitaria para la prevención del dengue sostiene que la participación de los miembros de una comunidad promueve mayor compromiso e integración entre las personas, lo que ayuda a las organizaciones dentro de la comunidad a contribuir en el cumplimiento de los objetivos fijados.

Para poder participar es necesario tener acceso a la información, tener la posibilidad de opinar en función de sus experiencias y vivencias, poder involucrarse en la toma de decisiones, comprometerse en la realización de las tareas y sentirse satisfecho de los logros obtenidos.

Las acciones que se pueden realizar para controlar y prevenir el dengue en la comunidad son múltiples, algunas implican *transformaciones estructurales*, como por ejemplo el establecimiento de un servicio adecuado de provisión de agua potable,

esto logra modificaciones permanentes en el hábitat de los mosquitos, pero, demandan tiempo, recursos, y el involucramiento de muchos actores sociales. Otras involucran *cambios conductuales*, y están orientadas a incrementar la protección personal frente al contacto con el vector (instalación de mosquiteros, uso de repelentes).

Los grupos de interés (iglesia, centros de salud, instituciones educativas, gobierno local, medios de comunicación, empresas, entre otros) pueden participar activamente en el proceso de prevención del dengue. Es posible que en una comunidad haya personas trabajando de manera aislada en este problema, pero se logran mejores resultados con la participación y compromiso de todos, por lo tanto, es importante aunar criterios y sumar esfuerzos y recursos.

De allí que es importante tener en cuenta lo siguiente:

La información debe ser conocida por todos no solo por algunos.

Dar opinión es un derecho y una responsabilidad.

Para tomar decisiones lo mejor es llegar a consensos, cuando esto no sucede, se debe recurrir a la votación.

No todos tienen que realizar las mismas actividades, por eso lo mejor es organizarse y dividir el trabajo, de tal manera que se asuma la tarea que pueda cumplir de la mejor manera.

Los logros son compartidos por todos, independientemente del grado de participación en cada una de las tareas y actividades planeadas.

El empoderamiento como requisito para la promoción de la salud

La Promoción de la Salud (PS) se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud³⁵.

La propia definición de PS implica el concepto de empoderamiento, ya que busca el control de las personas sobre los factores que determinan la salud en la dimensión personal y colectiva. Para lograr el empoderamiento, las iniciativas de promoción de la salud deben seguir los siguientes principios:

- Capacitar: se debe educar a los individuos para que asuman un mayor control sobre los factores de riesgo frente a la enfermedad del dengue.
- Participación: se debe involucrar a las personas en la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades de prevención y control del dengue
- Las instituciones y organizaciones públicas y privadas deben desarrollar acciones de colaboración, tendientes a la prevención y control de la enfermedad.
- Viabilidad: se debe producir cambios que los individuos y las comunidades puedan mantener una vez que la financiación inicial haya terminado.
- Multiplicidad de estrategias: las iniciativas de promoción de la salud deben utilizar una variedad de estrategias y métodos combinados, que incluyan: el desarrollo de políticas, el cambio organizativo, el desarrollo comunitario, la legislación, la educación y la comunicación^{31,33}.

2.2.3 El dengue

Es una enfermedad viral endemo-epidemiológica causada por cuatro serotipos del virus del dengue. Esta enfermedad es importante en términos de morbilidad y mortalidad. Diversos factores han sido relacionados con la reemergencia de esta

enfermedad¹⁰. El dengue se encuentra sobre todo en las regiones tropicales y subtropicales de Asia y América del sur⁴¹.

El vector principal del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*. El virus se transmite a los seres humanos por la picadura de mosquitos hembra infectadas. Tras un periodo de incubación del virus que dura entre 4 y 10 días^{3,36}, un mosquito infectado puede transmitir el agente patógeno durante toda la vida³.

Es una enfermedad de tipo gripal que afecta a bebés, niños pequeños y adultos. Se sospecha que una persona padece dengue cuando tiene una fiebre elevada (40° C), dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o salpullido. Por lo común duran entre 2 y 7 días³.

No hay tratamiento específico para el dengue. En caso de dengue grave, se requiere asistencia especializada. Es decisivo mantener el volumen de los líquidos corporales³

El control fundamentalmente pasa por el autocuidado de los individuos y de las familias de su propio espacio: el domicilio y el espacio que rodea la casa, el peridomicilio. El cuidado de la casa de cada uno es la mejor medida: significa no tener agua estancada, jarrones, macetas, botellas, hasta la tapita de un refresco puede ser un lugar de riesgo para que un mosquito ponga huevos y se desarrolle el ciclo de larva ninfa para dar nuevos adultos.

Las medidas de prevención deben estar encaminadas específicamente a^{3,36}:

- eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales;

- cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico;
- aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie;
- utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores;
- mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector;
- durante los brotes epidémicos, las medidas de lucha anti vectorial de emergencia pueden incluir la aplicación de insecticidas mediante el rociamiento.
- educación y comunicación, para conseguir una actitud y comportamiento adecuado de la comunidad con relación a la transmisión del dengue²¹.

2.3 Definición de términos básicos

Vector: es cualquier agente (persona, animal o microorganismo) que transporta y transmite enfermedad a otro organismo vivo².

Enfermedades emergentes: son enfermedades nuevas, o enfermedades conocidas que aparecen por primera vez o que presentan manifestaciones desconocidas o indiferenciadas; como el sida, SARS, H1N1, H5N1, influenza aviar, el virus Ébola¹.

Endémico: enfermedad que afecta habitualmente a una región o país^{3,10}.

Epidémico: brote propagado de una enfermedad en un gran número de personas en un período en particular, ya sea en una zona determinada o en un grupo específico de la población^{3,10}.

Aedes aegypti: es el principal vector de los virus que causan el dengue. Los seres humanos se infectan por picaduras de hembras infectadas, que a su vez se infectan principalmente al succionar la sangre de personas infectadas³.

Brote: es una clasificación usada en la epidemiología para referirse a la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico. Estos a menudo se limitan a un pueblo o una pequeña área⁸.

Modelo: patrón sostenido en una disciplina científica o epistemología o a diversa escala, en otros contextos de una sociedad⁴¹.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio No experimental– Correlacional – Transversal

No experimental, no se manipula las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural ⁴¹.

Los estudios correlacionales, este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular⁴¹.

Los estudios transversales, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado es como tomar una fotografía de algo que sucede⁴¹.

3.2. Lugar y área de estudio

El sector Magllanal se fundó en el año 1940, tiene una población de 5 201 habitantes, la población más numerosa lo constituyen los niños menores de 4 años. Se ubica geográficamente en la parte norte de la ciudad de Jaén.

Magllanal, cuenta con instituciones educativas del nivel inicial, primario y secundario. Además, tiene un Centro de Salud del MINSA, cuya área de jurisdicción incluye a los caseríos de la Granadilla, La Virginia, La Victoria, San Juan del Porvenir, El Porvenir, San Francisco de Jaén, El Diamante, La Flor del Café, San Luis del Milagro, La Corona, Alto Jaén, Virgen del Carmen, Puente la Corona y La Esperanza, también incluye al Sector de Miraflores y el Huito.

La zona urbana está sectorizada en ocho (8) Sectores: Magllanal Centro, La Primavera, Jesús María, Los Jardines, Almendras I, Almendras II, Los Cedros y Monterrico, sectores donde se realizó el estudio (ver croquis anexo 2).

Se caracteriza por su capacidad de organización. El club de madres y los promotores de salud desarrollan una acción relevante. Además, operan los programas sociales como: Vaso de Leche, el Centro de Atención diurna del Programa Nacional Cuna Más - PNCM y comedores populares del Programa Qaliwarma.

Un alto porcentaje de familias cuentan con servicios higiénicos dentro de la vivienda. La fuente de abastecimiento de agua es la red pública con conexión al interior de la vivienda en la mayoría de los domicilios y otras viviendas se abastecen de agua proveniente del canal progreso quienes también cuentan con conexión al interior de su domicilio; sin embargo, son pocas las viviendas que tienen agua durante todo el día, lo que hace que muchas familias tengan que recolectar agua en depósitos.

La morbilidad general, se caracteriza por la presencia de enfermedades de la cavidad oral, infecciones de las vías respiratorias y las enfermedades metaxénicas⁴².

3.3. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis

Cada uno de los pobladores del sector de Magllanal entre 18 a 64 años

Población

La población de estudio estuvo constituida por 1342 pobladores que radicaron en el sector de Magllanal, en el periodo 2018.

Muestra

- Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue estimado probabilísticamente utilizando la fórmula para poblaciones finitas, considerando un margen de error del 5%.

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

Dónde:

N = Total de la población: 1342

Z_{∞} = Coeficiente del 95% de confidencialidad (1.96)

p = Proporción esperada o de éxito (en este caso 50% = 0.5)

q = Probabilidad de fracaso equivale 0.5

d = Nivel de error: 5%

n = Muestra: 245

- Tipo de muestreo

Se utilizó el muestreo probabilístico por conglomerados, para tal efecto se siguió el siguiente proceso:

a) Se definió el número de conglomerados que tiene la comunidad. Identificándose ocho (08) sectores, cada sector constituyó un conglomerado.

b) Luego se procedió a identificar el número de viviendas, por cada sector: Magllanal Centro (28 viviendas), La primavera (48 viviendas), Jesús María (30 viviendas), Los jardines (29 viviendas), Almendras I (37 viviendas), Almendras II (23 viviendas) Los cedros (20 viviendas) y Monterrico (30 viviendas).

c) Finalmente de cada vivienda, se eligió a un miembro del hogar que cumplía con los criterios de selección. Cuando el número de personas superó las viviendas, se seleccionó al azar una vivienda para encuestar a una segunda persona, procedimiento que se siguió hasta completar la muestra (apéndice 2).

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Población entre 18 a 64 años.
- Varones y mujeres.
- Un representante por familia.
- Que radiquen en el ámbito de estudio.

Criterios de exclusión:

- Secuelas de enfermedades crónicas.
- Migrantes.
- Personas que no deseen integrar el estudio a pesar de tener conocimiento de los objetivos de estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

-Técnicas

Las técnicas fueron la encuesta y la observación.

-Instrumentos

Se utilizó *un cuestionario*, organizado en tres partes: la primera, incluye algunas características sociodemográficas; la segunda parte, contiene preguntas sobre modelo pedagógico de la educación para la salud y la tercera tiene preguntas sobre empoderamiento individual (conocimientos y prácticas de prevención y control del dengue) (apéndice 3).

La variable, modelo pedagógico de la educación para la salud, incluye indicadores del proceso educativo: (técnicas y recursos didácticos, contenido, lenguaje, espacios de aprendizaje, frecuencia, participación, frecuencia).

Para el estudio de esta variable se utilizó 31 preguntas cerradas, elaborado por el investigador, con respuestas Si (3), No (1), No sabe (0)

La primera variable incluyó las siguientes dimensiones:

N°	Dimensiones	Preguntas
1	Contenido	1,11, 7, 10
2	Técnicas y recursos didácticas	3,6,8,12,14,26,30,4,5,9,25,28
3	Lenguaje	20, 21,22
4	Participación	2,13,29
5	Escenario de ejecución	14,16,17
6	Frecuencia / continuidad	23,24, 31
7	Horario	18,19,27

La variable, modelo pedagógico se clasificó siguiendo el método de Sturges en:

Modelo pedagógico	Escala
Tradicional (Transmisión)	31-61 puntos
Activa- conductual	62-93 puntos

Para medir la variable conocimientos, se han considerado 10 preguntas, con opciones de respuesta: Si (2), No (1), no sabe (0)

Para clasificar el nivel de conocimientos, se consideró:

- Nivel alto : 81-100% de respuestas correctas
- Nivel medio : 60-80% de respuestas correctas
- Nivel bajo : menos de 60% de respuestas

Para el procesamiento de esta variable se construyó el libro de códigos de respuestas correctas e incorrectas (apéndice 4).

Para medir la variable práctica de prevención, se trianguló dos instrumentos: el cuestionario con preguntas y respuesta de opción múltiple y *una guía de*

observación (anexo 2), la misma que se aplicó in situ en cada vivienda para verificar la acción preventiva. El estudio de las prácticas se clasificó en prácticas: adecuadas e inadecuadas.

→ Prácticas adecuadas: porcentaje superior a 60%

→ Prácticas inadecuadas: porcentaje inferior a 60%

La variable final se clasificó en: poblador empoderado, no empoderado:

→ Poblador empoderado (Nivel alto de conocimientos + prácticas adecuadas)

→ Poblador no empoderado (Nivel medio y bajo de conocimientos + prácticas inadecuadas)

-Validez y confiabilidad

El cuestionario fue validado a través de juicio de 05 expertos (cuatro jueces expertos en el tema y 01 profesional en metodología de la investigación). Los ítems tuvieron un 95% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tenga sesgo), de allí que fueron incluidos en el instrumento (apéndice 5).

Para determinar la confiabilidad se hizo una prueba piloto en una muestra de 20 personas que no pertenecieron a la muestra seleccionada pero sí a la población. La confiabilidad se estimó mediante el estadístico Alfa de Cronbach, por tratarse de alternativas de respuestas politómicas ⁴¹ (Si, No, No sabe), obteniéndose un valor de 0,760. El valor superior a 0,7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas (Apéndice 6).

3.5. Procedimiento para la recolección de datos

- Se enviaron documentos para los permisos correspondientes.
- Se realizó el control de calidad de los instrumentos
- Se elaboró el libro de códigos para el estudio de conocimientos
- Se explicó a cada participante los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado escrito y verbal (anexo 3).
- Se aplicó el cuestionario en la vivienda de cada participante seleccionado.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó electrónicamente utilizando el programa estadístico SPSS versión 21. Los datos fueron analizados en frecuencias simples y relativas.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba Chi cuadrado (X^2) y el estadístico exacto de Fisher, ya que el objetivo fue establecer la relación entre dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

Los datos se presentan en tablas simples y tablas de contingencia o de doble entrada.

3.7. Consideraciones éticas

- **Principio de beneficencia:** se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones ⁴⁴. La encuesta no significó un riesgo físico o psicológico para los encuestados, por el contrario, los resultados al ser asumidos por los directivos de la unidad prestadora de servicios de salud podrán redundar en su beneficio.

- **Principio de justicia:** este principio comprende el derecho al trato justo y a la privacidad de los sujetos del estudio ⁴⁴. Los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto sin prejuicios, sin discriminaciones; se establecieron acuerdos y espacios para aclarar dudas.

- **Respeto por las personas:** permite reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones. A partir de su autonomía se protege su dignidad y su libertad ⁴⁴. El respeto por las personas que participaron en la investigación se expresó a través del consentimiento informado.

- **Respeto a la autonomía.** Establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones, libre de interferencias externas y limitaciones que impiden hacer una elección⁴⁴. La población seleccionada decidió de manera voluntaria participar en el estudio luego de haberseles brindado información sobre el objetivo del estudio. Molina N⁴⁵.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Perfil sociodemográfico de la muestra

Tabla 1. Características sociodemográficas del poblador del sector Magllanal que participó en el estudio, 2018

Características sociodemográficas		n=245	%
Edad	18 - 29	71	29,0
	30 - 59	163	66,5
	36 - 45	28	4,5
Sexo	Masculino	64	26,1
	Femenino	181	73,9
Grado de instrucción	Primaria	63	25,7
	Secundaria	107	43,7
	Superior	70	30,8
Persona que contestó el cuestionario	Padre	42	17,1
	Madre	142	58,0
	Hijo mayor	27	11,0
	Otros	34	13,9

En la tabla 1 se observa que las personas que participaron en el estudio en su mayoría se ubican en el grupo de edad entre los 30 a 59 años (66,5%), seguido de un 29% que tienen entre 18 a 29 años. El 73,9% son mujeres, frente a un 26,1% que son varones. El grado de instrucción predominante es secundaria (43,7%), seguido del nivel superior (30,8%). La persona que respondió al cuestionario fue la madre (58,0%), y en menor proporción el padre (17,1%).

4.1.2. Modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud

Tabla 2. Tipo de modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud sobre el dengue. 2018

Modelo pedagógico	n	%
Tradicional	84	34,3
Activo-conductual	161	65,7
TOTAL	245	100,0

El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud sobre el dengue es el Activo-conductual con un 65,7%, frente a un 34,3% que utiliza el método tradicional.

4.1.3. Conocimientos sobre la enfermedad del dengue

Tabla 3. Conocimientos del poblador del sector Magllanal sobre la enfermedad del dengue, 2018

Indicador	Conoce		No conoce	
	n	%	N	%
Que es el dengue	95	38,8	150	61,2
Mecanismo de transmisión	183	74,7	62	25,3
Signos y síntomas de la enfermedad	203	82,8	42	17,2
Signos de peligro	49	20,0	196	80,0
Reproducción del vector	55	22,5	190	77,5
Prácticas de prevención y control del dengue	127	51,8	118	48,2

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos aplicado al poblador del sector Magllanal

El poblador del sector Magllanal en una alta proporción tiene conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad (82,8%), el modo de transmisión del dengue (74,7%), y las prácticas de prevención y control del dengue (51,8%).

Pero, desconoce que es la enfermedad del dengue (61,2%), cuáles son los signos de peligro (80,0 %) y como se reproduce el vector (77,5%), según se muestra en la tabla 3.

Tabla 4. Nivel de conocimientos que posee el poblador del sector de Magllanal sobre el dengue, 2018

Nivel de conocimientos	n	%
Alto	14	5,7
Medio	121	49,4
Bajo	110	44,9
TOTAL	245	100,0

El nivel de conocimientos que posee el poblador del sector de Magllanal sobre el dengue es medio (49,4%) con tendencia a bajo (44,9%), según se muestra en la tabla 4.

4.1.4. Prácticas de prevención y control del dengue

Tabla 5. Prácticas de prevención respecto a la prevención y control del dengue utilizadas por el poblador del sector de Magllanal, 2018

Práctica evaluada	Si		No	
	n	%	N	%
El agua de consumo es guardada en recipientes limpios y tapados	174	71,0	71	29,0
Se observa aguas estancadas fuera del hogar	12	4,9	233	95,1
Mantiene limpios los lavamanos e inodoros	223	91,0	22	9,0
Elimina potenciales criaderos fuera del hogar	213	86,9	32	13,1
Utiliza abate en los depósitos de agua	51	20,8	194	79,2
Usa mosquiteros	104	42,4	141	57,6
Protege puertas y ventanas con malla metálica	18	7,3	227	92,7
Utiliza ropa apropiada como medida de protección	80	32,7	165	67,3
Aplica repelentes para insectos	26	10,6	219	89,4

Fuente. Lista de cotejos aplicada en visita al domicilio, 2018

El estudio sobre las prácticas ejecutadas por el poblador del sector Magllanal para la prevención y control dengue según verificación in situ muestra que, las familias guardan el agua en recipientes limpios y tapados (71,0%), mantiene limpios los lavamanos e inodoros (91%), no existen aguas estancadas fuera del hogar (95,1%) y elimina potenciales criaderos como: llantas, tapas de gaseosas, baldes, entre otros (86,9%). Pero, un alto porcentaje de pobladores no utilizan el abate (79,2%), no protegen sus puertas y ventanas (92,7%), tampoco utilizan ropa adecuada (67,3%), repelentes (89,4%) y mosquiteros (57,6%) como medidas de protección para reducir los riesgos de enfermar por dengue, según se muestra en la tabla 5.

Tabla 6. Tipificación de las prácticas de prevención y control sobre el dengue.
Sector Magllanal, 2018

Prácticas	n	%
Adecuadas	73	29,9
Inadecuadas	172	70,2
TOTAL	245	100,0

El poblador del sector de Magllanal, en su mayoría tiene prácticas inadecuadas sobre la prevención y control del dengue (70,2%) frente a un 29,9% que tiene prácticas adecuadas, según se muestra en la tabla 6.

4.1.5. Contrastación de la hipótesis

Tabla 7. Relación entre el modelo pedagógico y el nivel de conocimientos del poblador del sector de Magllanal sobre la enfermedad del dengue, 2018

Chi-cuadrado de Pearson=19.445 p=000 p < α

		Nivel de conocimiento			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Modelo pedagógico	Tradicional	n.	40	16	1	57
		%	16,3	6,5	4	23,3
	Activo/conductual	N	70	105	13	188
		%	28,6	42,9	5,3	76,7
	Total	N	110	121	14	245
		%	44,9	49,4	5,7	100,0

Los datos demuestran que existe relación estadísticamente significativa entre las variables: modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud y el nivel de conocimientos sobre el dengue. El valor $p < 0,05$.

Tabla 8. Relación entre el modelo pedagógico y las prácticas de prevención y control del dengue en el poblador del sector de Magllanal, 2018

		Prácticas de prevención y control de dengue			
		Inadecuadas	Adecuadas	Total	
Modelo pedagógico	Tradicional	N	41	16	57
		%	16,7	6,5	23,3
	Activo/conductual	N	131	57	188
		%	53,5	23,3	76,7
Total	N	172	73	245	
	%	70,2	29,8	100.0	

Chi cuadrado de Pearson Valor: 0,106 p=0,745 p > α

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables modelo pedagógico en la educación para la salud y las prácticas de prevención del dengue, el valor $p > 0,05$.

Tabla 9. Relación entre el modelo pedagógico y el empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal frente al dengue, 2018

		Empoderamiento Individual			
		Poblador no empoderado	Poblador empoderado	Total	
Modelo pedagógico	Tradicional	n	71	13	84
		%	29,0	5,3	34,3
	Activo/ conductual	n	119	42	161
		%	48,6	17,1	65,7
Total	n	190	55	245	
	%	77,6	22,4	100,0	

Chi Cuadrado $\chi^2 = 3.570$ y $p=0.040$

$p < \alpha$

H₁: El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud se relaciona con el empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal frente al dengue.

H₀: El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud no se relaciona con el empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal frente al dengue.

Estadístico de Prueba

Chi Cuadrado χ^2

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Decisión

Valor $\chi^2 = 3.570$ y $p=0.040$

Según el estadístico exacto de Fisher, se afirma que el modelo pedagógico de la educación para la salud se relaciona con el empoderamiento individual del poblador del sector de Magllanal frente al dengue. Como el $p < 0,05$, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

4.2. Discusión

Los resultados relacionados con la educación para la salud y el empoderamiento individual en la comunidad de Magllanal-Perú (tablas 2, 9), evidencian que el modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud en la prevención y control del dengue es el *activo/conductual* en contraposición al modelo tradicional o de transmisión de conocimiento que señala la teoría^{31,33}.

Este hallazgo encuentra sustento en la tesis de Giraudo⁴⁶ quién sostiene que la educación para la salud ha variado sustancialmente en su enfoque conceptual y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con la salud. Desde un concepto de salud como de “no-enfermedad” hacia otro mucho más amplio y complejo, que considera a la salud como “bienestar físico, psíquico y social”.

El paso desde este concepto negativo de la salud hacia una visión positiva no solo ha ocasionado un cambio de enfoque en la EpS, también ha producido un cambio de término de la tradicional denominación Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EpS)⁴⁶.

Según los participantes, el personal de salud en las sesiones educativas busca el “aprender haciendo”, utiliza metodologías participativas, técnicas y recursos didácticos que identifican saberes previos, articula los conocimientos y la práctica a través de la demostración y la ejecución de tareas.

La educación para la salud se desarrolla tanto a *nivel intramuros* (en el establecimiento de salud) como *extramuros* (en la vivienda, en un local comunal, en una institución educativa u otro escenario comunal). La primera, amparada en el

documento técnico sobre acciones para la prevención del dengue donde el MINSA⁸ sugiere que la educación se debe brindar como parte de la educación integral, aprovechando los momentos de espera y en la atención en laboratorios, farmacias, entre otras unidades productoras de salud (UPS).

La evidencia demuestra que esta forma de brindar EpS no es eficaz para mejorar el nivel de conocimientos y la adopción de prácticas saludables, ya que adicional al estrés que produce buscar atención en un establecimiento de salud, las madres de familia acuden con sus hijos pequeños, que se inquietan y lloran, lo que se constituye en un factor distractor para lograr una cabal comprensión de los mensajes que se imparten.

La segunda (educación extramuros), responde a los lineamientos del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria-PROFAM y al Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad - MAIS-BFC, que se viene implementando desde el 2014 y pone énfasis en la actividad extramural. El Centro de Salud de Magllanal siguiendo la normativa antes señalada ha sectorizado la comunidad, cada sector está a cargo de un sectorista que ejecuta cinco visitas a domicilio al mes, en la segunda y tercera visita se realiza la consejería según las necesidades identificadas; en la primera y en la tercera se hace una visita de seguimiento. Sin embargo, los mismos trabajadores reconocen que las acciones muchas veces la hacen por cumplir, porque reciben un incentivo económico por la ejecución de actividad de Atención Primaria de Salud-APS, pero no con el fin de contribuir al cambio de comportamientos.

El personal de salud reconoce que existen algunas restricciones para desarrollar la actividad educativa en el seno de la comunidad. Por un lado, se hace referencia a la

escasa formación del personal de salud para el trabajo comunitario; por otro lado, se menciona el esfuerzo que demanda la planificación, organización y la ejecución de los talleres educativos en la comunidad, haciendo hincapié en lo difícil que es la convocatoria y la asistencia de los participantes. La escasa continuidad de las actividades educativas se justifica argumentando escaso tiempo por las múltiples ocupaciones sobre todo administrativas (exceso de formatearía) y por la alta demanda de los servicios.

Estudios anteriores realizados en Colombia, señalan que a los profesionales de la salud les resulta más atractivo y menos agobiante utilizar metodologías participativas en la EpS que el trabajo individualizado en el consultorio, consideran que este tipo de abordaje tiene un mayor impacto tanto individual como poblacional, los participantes al compartir con sus pares, aumenta su autoestima y el poder de resolución⁴⁶.

Para Giraud⁴⁶ la EpS tiene como objeto promover la salud de las personas y se la puede considerar desde dos perspectivas, una preventiva y otra de promoción de la salud. En este caso, en la educación para la salud predomina la preventiva.

A diferencia de los resultados del estudio, Peñaranda et al.¹⁷ en su estudio realizado en Colombia concluyeron que la enseñanza de la Educación para la Salud (EpS) se fundaba en un modelo pedagógico tradicional/coactivo en el que predomina la perspectiva biomédica, de allí que no tiene la relevancia que se espera.

De Zubiría⁴⁷ al referirse a los modelos pedagógicos sostiene que toda acción educativa responde a una concepción curricular explícita, que a su vez es expresión de la concepción educativa imperante en la sociedad, en este caso el modelo

pedagógico dominante manifestaría la concepción educativa preponderante en el sistema sanitario en el área en estudio.

Los resultados también revelan que los pobladores tienen *un nivel de conocimientos medio con tendencia a bajo y practicas inadecuadas* respecto a la prevención y control del dengue. Las personas encuestadas, conocen el mecanismo de transmisión del dengue refieren que la transmisión es por picadura de mosquito, aunque desconocen el nombre del vector; identifican los signos y síntomas de la enfermedad como: fiebre, dolor de cabeza y cuerpo, y algunas medidas de prevención. Pero, desconocen qué es el dengue, los signos de peligro como: dolor abdominal, lo que podría confundirse con otra enfermedad, llevando a una auto medicación o a la postergación de la atención en un servicio de salud. También, desconocen los mecanismos de reproducción del vector.

Las prácticas implementadas por las personas no solo fueron medidas a través de la encuesta, sino que se hizo verificación casa por casa, lo que se considera una fortaleza del estudio. En el trabajo de campo, se comprobó en una alta proporción de hogares, que éstos mantienen limpios y tapados los recipientes que contienen agua, no existe agua estancada dentro y fuera del hogar, las familias eliminan objetos en desuso o inservibles, salvo algunas que tienden a acumularlos.

Estos resultados encuentran explicación en las actividades de control vectorial focal que realiza de manera sostenida la DISA Jaén, para controlar las enfermedades Metaxénicas. El personal sanitario identifica e inspecciona entre 20-25 viviendas/día y abastece el uso de larvicida (“bolsitas” “motas” o “minas” de larvicida) para ser colocados en recipientes donde se guarda el agua y en

inservibles; acciones que son monitoreadas por inspectores sanitarios, quienes verifican el cumplimiento de las funciones de acuerdo con la norma técnica.

Los propios trabajadores manifiestan que el personal de salud que realiza las acciones de control vectorial, son personas que fueron contratados para acciones de fumigación, la mayoría con nivel de educación secundaria, muchos no han tenido formación técnica en temas relacionados con la salud, por lo tanto, realizan acciones puntuales que se mencionó anteriormente, que ayudan parcialmente al control de la expansión del vector, pero, no contribuyen a incrementar conocimientos, tampoco a cambiar comportamientos.

Las prácticas inadecuadas están referidas a las medidas de protección personal y de la vivienda. Las personas en su mayoría no usan mosquiteros, repelentes, ropa adecuada tanto en niños como adultos (pantalón manga larga), por el contrario, visten short y polos o camisa manga corta. Tampoco protegen las puertas y ventanas de sus viviendas. Por la temperatura ambiental las familias abren puertas y ventanas en horas de mayor circulación del vector, lo que los expone a riesgo de enfermar.

Los resultados de la investigación coinciden con los reportados por Cáceres et al.¹ quienes muestran que los conocimientos sobre el dengue son escasos y existe un porcentaje aceptable de prácticas adecuadas, por encima del 50% eliminan aguas estancadas, pero solo un 29,1% manifiestan conocer la enfermedad. Paz Soldán et al.²³ describen que se necesita mejorar el conocimiento de la enfermedad y las prácticas de medidas preventivas para tener éxito en la prevención del dengue, de lo que se infiere que los participantes del estudio tienen insuficientes conocimientos sobre el dengue.

Existen también, estudios internacionales que corroboran los hallazgos, como el de Morales et al.²² en Cuba, quienes demostraron que existe desconocimiento de cómo controlar el vector. En Venezuela, Martínez et al.²⁴ encontraron que sólo el 9% de los encuestados tienen conocimiento adecuado sobre la enfermedad, 20,6% conocen las medidas preventivas y 5,4% tienen prácticas adecuadas para la prevención y control del dengue. Castrillón *et al*²³. concluyeron en un estudio realizado en Colombia que la educación dirigida a la comunidad no demostró ser un factor protector ya que no genera impacto en los hábitos y en la conducta de las personas.

Otras investigaciones como las realizadas en Colombo por Chanyasanha et al.²⁹ muestran que el 58,5% de amas de casa tienen conocimiento sobre las medidas preventivas para el control del dengue. Castañeda et al.²⁰ también hallaron que el 93,6% de encuestados conocían las medidas más usadas para el control del vector del dengue. La población conoce los factores de riesgo, reconoce los signos y síntomas y las medidas de prevención y control del dengue.

Nivedita²¹ sostiene que es posible lograr la prevención y el control de la enfermedad a través de la sensibilización de la población. En su estudio encontró una mejora en los conocimientos y cambios en el comportamiento de la población después de la educación sanitaria impartida.

La evidencia empírica muestra que no siempre los conocimientos, se expresan en la adopción de comportamientos saludables. Una persona puede tener conocimientos, pero este no se deriva en prácticas preventivas, tal como lo señala Sánchez⁴⁸ en su estudio.

Existen determinantes estructurales ligados a la prevención del dengue que hace que la población no los adopte como una práctica cotidiana, y tiene que ver con la pobreza, ocupación/desocupación, niveles de ingreso, posición social que de manera personal pero trascendente condicionan a las personas menos favorecidos que no utilicen medidas de protección personal ⁴⁰.

Vilcarromero et al.¹⁵ en el estudio realizado en Iquitos, concluyeron que se debe trabajar las actividades de prevención de los riesgos, pero se debe poner énfasis en las acciones de promoción de la salud para empoderar a la población, para su participación de manera comprometida en las acciones de control del dengue.

Los resultados muestran que la conducta preventiva de las familias es diversa; hay familias que realizan siempre medidas protectoras de su salud respecto al dengue; otras la hacen de manera relativa, conducta que es explicada con la teoría de cambio de comportamiento, que dice que las personas pasan por diversas fases desde la fase de Preparación que no es muy estable, hasta la fase de mantenimiento, en la que las personas logran sostener el cambio comportamental por un periodo largo según Noreña⁴⁹. El paso por cada una de estas etapas varía mucho entre un individuo a otro. Algunas personas se quedan en la etapa de contemplación durante meses o años, y otras avanzan y retroceden una y otra vez. Todos somos propensos a reincidir en un comportamiento que creíamos haber superado, de allí que, la educación y seguimiento deben ser sostenido y con participación de las familias. El desarrollo de capacidades humanas es un factor central para el cambio de conductas, en la medida en que se integra conocimiento y práctica.

Pick et al.⁵⁰ sostienen que el desarrollo de capacidades debe plantearse a largo plazo, de manera sostenida y enmarcadas en un enfoque ecosistémico, donde la labor educativa se acompañe de un trabajo intersectorial, participación de los líderes comunales y el compromiso de las personas en su autocuidado.

Si bien es cierto, se han dado algunos cambios en el modelo pedagógico, esto no es suficiente, consideramos que en educación para la salud se debe avanzar hacia la “pedagogía problematizadora” Gutierrez³¹ que parta *desde* “la práctica” o sea de lo que la gente sabe, vive y siente; es decir, de las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en sus vidas o en sus comunidades, teorizar u obtener nuevos conocimientos y regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla. Lo ideal es que la educación para la salud avance hacia el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y a la comunidad en dueños de su propio destino, y en constructores de alternativas y soluciones.

Finalmente, los resultados muestran que existe relación estadísticamente significativa, entre el modelo pedagógico y el empoderamiento individual de la población $p < 0,05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. No se ha podido corroborar el resultado con otras investigaciones, pues, las variables han sido estudiadas por separado, de allí que la escasa evidencia científica para establecer la comparación se constituye en una limitante.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El modelo pedagógico utilizado en la educación para la salud en la prevención y control del dengue en el sector Magllanal, es el activo/conductual en contraposición al modelo de la transmisión- tradicional.

Los pobladores tienen un nivel de conocimientos medio con tendencia a bajo respecto a la prevención y control del dengue. Conocen el mecanismo de transmisión, los signos y síntomas de la enfermedad y algunas medidas de prevención. Pero, desconocen que es el dengue, los signos de peligro y los mecanismos de reproducción del vector.

Los pobladores del sector de Magllanal asumen prácticas inadecuadas en la prevención y control del dengue. Realizan prácticas de control vectorial pero no asumen medidas de protección personal y el de su vivienda.

Existe relación estadística significativa entre el modelo pedagógico usado en la educación para la salud y el empoderamiento individual $p < 0,05$ por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Recomendaciones

1. Al Centro de Salud de Magllanal, se recomienda desarrollar actividades de fortalecimiento de capacidades en el personal de salud sobre la pedagogía problematizadora, para mejorar la práctica educativa en la comunidad.
2. Las actividades educativas y de seguimiento deben desarrollarse de manera sostenida a fin de lograr cambios en el comportamiento respecto a la prevención y control del dengue, con participación activa de la comunidad.
3. Las actividades educativas deber desarrollarse en diversos públicos: familias, estudiantes, docentes, actores comunitarios para sinergizar esfuerzos en la prevención y control del dengue.
4. Las actividades educativas deben desarrollarse de manera paralela con el mejoramiento de los servicios, por lo que se hace necesario un trabajo conjunto con el gobierno local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres M, Angulo M, Vesga C. Eficacia de la movilización y la participación social para la apropiación o “empoderamiento” (sic.) (empowerment) de las medidas de control del dengue, Comuna Norte, Bucaramanga. *Rev. Biomédica*; 2010; 30:539-50.
2. Morales A, Nava E, Balanzar A, Cortés A, Gasga D, Rodríguez I, et al. *Aedes aegypti* breeding ecology in Guerrero: cross-sectional study of mosquito breeding sites from the baseline for the Camino Verde trial in Mexico. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(Suppl 1):450 DOI 10.1186/s 12889-017-4293-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave. Vol. [Consulta 2017] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. Vol. 2, Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS. 2015. 126 p.
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud Ginebra. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue, Biblioteca de la OMS.
6. Ministerio de Salud de El Salvador. Estrategia de comunicación y participación comunitaria para el abordaje integral del Zika y otras arbovirosis, 1ª edición 2017, Ministerio de Salud San Salvador, El Salvador julio 2017.
7. Brady O, Gething P, Bhatt S, Messina J, Brownstein J, Hoen A, et al. Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by evidence-based consensus. *Plos Neglected Tropical Diseases*. 2012;6: e1 760. doi: 10.1371/journal.pntd.0001760
8. Ministerio de Salud. Documento técnico: “acciones de promoción de la salud para la prevención del dengue a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud” año 2014, Biblioteca del Ministerio de Salud.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Semana 26. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/14.pdf>
10. Palma H, Cabrera R, Yagui M. Factores detrás de la renuencia al control vectorial del dengue en tres distritos del Norte del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*;2016, 33(1):13–20.doi: 10.17843/rpmesp.2016.331.1900

11. Ministerio de Salud. Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. 27 SE 52; diciembre, 2018. ISSN 2415-0762 Versión electrónica, www.dge.gob.pe
12. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú Volumen 29 – SE 53; diciembre, 2020 –enero 2021, Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de enfermedades www.dge.gob.pe
13. Benítez L, Díaz F y Martínez R. Experiencia y percepción de riesgo asociado al conocimiento, actitudes y prácticas sobre el dengue en Riohacha, Colombia; *Ciencia y Salud Colectiva*, 2020, DOI 10.1580/1413-81232020253-08592018.
14. Subedi S, Kumar S, Karki K, Karki R, Dev R, Gautam K. Conocimientos y prácticas preventivas sobre el dengue entre los habitantes de barrios marginales en edad adulta media en el distrito de Jhapa en Nepal; *Ministerio de Salud Publica* 2019, Volumen 8 número 4-2019.
15. Vilcarrero S, Casanova W, Ampuero J, Ramal C, Siles C, Diaz G, et al. Lessons learned in the control of *Aedes aegypti* to address dengue and the emergency of chikungunya in Iquitos, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32(1):172–8.
16. Hernández C, Olavarria A y Mejia M, Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, en el Municipio de Dibulla-Guajira, Corregimiento Mingueo; Estudio CAP dengue en el Municipio de Dibulla-Guajira, Colombia; 2018.
17. Peñaranda F, López J y Molina D, La educación para la Salud en la Salud Pública: un Análisis Pedagógico; *Antioquia Medellin Colombia*; 2017, hacia promoc. salud. 2017;22(1):123-133. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.10.
18. Overgaard H, Olano V, Jaramillo J, Matiz M, Sarmiento D, Stenstrom T, et al. Una encuesta transversal de *Aedes aegypti* Abundancia inmadura en contenedores domésticos urbanos y Rurales en el centro de Colombia 2017, *BioMed Central, parásitos y vectores* (2017) 10:356 DOI:10.1186/s13071-017-2295-1.
19. Louis R, Montenegro C, Kusumawathie P, Palihawadana P, Janaki S, Tozan Y, et al. Características y factores asociados con los criaderos del vector del dengue en la ciudad de Colombo, Sri Lanka 2016, DOI:10.1080/20477724-2016.1175158.
20. Castañeda O, Segura O, Garón E, Manosalva C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente al control del vector *Aedes aegypti*, Villanueva Casanare, Colombia, 2016, *Rev. Méd. Risaralda* 2017;23(1): 14-22.

21. Nivedita, Conocimientos, actitudes, comportamientos y practicas (CACP) de la comunidad y la resultante IEC que conducen a un cambio de comportamiento sobre el dengue en la ciudad de Jodhpur ,Rajasthan; 2016, J Vector Borne Dis 53,septiembre de 2016,pp.279-282.
22. Morales M, Betancourt J, Acao L y León C. Actitudes, conocimientos y prácticas sobre el dengue y su vector en el municipio de Camagüey-Cuba, Rev. Arch. Méd. Camagüey Vol. 20 (3) 2016.
23. Castrillón A, Santa V, Loaiza D, Ortiz D y Aragon V. Relación entre conocimientos, hábitos y participación comunitaria frente a la transmisión del dengue y chikungunya, Colombia 2017;8 (1):70-81.
24. Martínez M, Espino C, Moreno N, Rojas E, Mazzarri M, Mijares V, et al. Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre dengue y su relación con Hábitats del vector en Aragua- Venezuela, 2015, Boletín de Malariología y Salud Ambiental Enero – Julio 2015, Vol. LV (1): 69-85.
25. Paz-Soldán V, Morrison A, Córdova J, Lenhart A, Scott T, Elder J, Sihuincha M, et al. Prácticas de conocimiento dengue y preventivas en Iquitos, Perú; 2015 Am J. Trop. Medicina. Hyg. 93(6). 2015. pp.1330-1337 doi: 10.4269/ajtmh.15-0096.
26. Cándido A, Lelis dal Fabbro A, Costa A, Mendes A, Martins T y Martínez E. Conocimientos y prácticas relacionadas con el dengue y su vector: Un estudio comunitario del Sudeste de Brasil; 2015, Rev. De la Soc. Brasileña de Med. Trop. 49(2):222-226, marzo-abril de 2015.
27. Andersson N, Nava E, Arosteguí J, Morales A, Suazo H, Legorreta J, et al. Movilización comunitaria basada en evidencia para la prevención del dengue en Nicaragua y México (Camino Verde, la Vía Verde): ensayo controlado aleatorio grupal; 2015, BMJ 2015;101h;267/doi: 10.1136/bmj.h267.
28. Guevara C, Cogollo Z, Conocimientos, actitudes y prácticas de las amas de casa con respecto al dengue en una comunidad en Barranquilla –Colombia; 2015
29. Chanyasanha Ch, Rathnawardana G, Sujirarat D, Factores que influyen en las conductas preventivas para dengue, infección entre amas de casa en Colombo, Sri Lanka; 2014, Asia y el Pacifico Journal of Public Health DOI:10.1177/10105395145456646.
30. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ginebra: OMS, 1986

31. Gutiérrez A. Enfoques y Modelos Educativos Centrados en el estudiante. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Oficina de Educación Virtual. México 2008
32. Vives M, Modelos Pedagógicos y reflexiones para las Pedagogías del Sur, Universidad La Gran Colombia –Bogotá; 2016.Boletin virtual-octubre-vol. 5-11 ISSN 2266-1538.
33. Choque R. Comunicación y educación para la Promoción de la Salud. Lima, 2005
34. Pérez M^a J, Echauri M, Ancizu O, Chocarro I. Manual de educación ´para la salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra 2006, Imp. ONA Industria Gráfica.
35. Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud. Red de Salud 14 junio 2009, Red de Salud 14>junio 2009.
36. Diaz G, Malca L. Conocimientos y practicas respecto a las medidas preventivas de dengue en la persona responsable del cuidado de la vivienda en el centro poblado Batangrande,distrito Pítipo-Ferreñafe 2015.
37. Zepeda A. Fundamentos teóricos de la Investigación científica Guatemala 2016, la Ciencia su método y su filosofía ¿Qué es la Ciencia? Mario Bunge, Escuela de Ciencias Políticas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1º Edición, Impr. Litografía Mercurio (2251 3245).
38. Salazar A. El punto de vista filosófico. Ediciones el Alce Lima - Perú 1988
39. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Participacion social en la prevencion del dengue.Guia para el promotor.argentina 2016,Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,3º Edicion,marzo 2016,ISBN: 978-92-806-4429-8.
40. Louis VR, Phalkey R, Horstick O, Ratanawong P, Wilder-Smith A, Tozan Y, et al. Modeling tools for dengue risk mapping - a systematic review. Int J Health Geogr [Internet]. 2014;13(1):50. Available from: <http://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-13-50>
41. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6º Edicion impreso en mexico año 2014
42. Centro de Salud Magllanal. Plan de Salud Local (PSL) Institucional; 2018
43. Oviedo H, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXIV /Nº (4); 2005

44. Osorio J. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. Universidad del Valle, Cali, Colombia. *MEDICINA* (Buenos Aires) 2000; 60: 255-258, ISSN 0025-7680.
45. Molina N, La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso, *Revista Colombiana de bioética*, Vol. 8 N° 2 -Julio – diciembre de 2013.
46. Giraud N, Chiarpenello J. Educación para la salud basada en la comunidad. *Revista evidencia* [Online] (Acceso enero 2019) Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3012#
47. De Zubiría J. Los modelos pedagógicos. Hacia una pedagogía dialogante Bogotá-Colombia. Fundación Alberto Merani, 2010, Libro ISBN 978-958-20-0876-5, 3° Edición, Cooperativa Editorial Magisterio.
48. Sánchez J. Análisis de las actividades de prevención y control del dengue, según conocimientos, actitudes y prácticas en los barrios de Florida y Las Palmas II del municipio de las Neivas durante el II semestre del 2014. [Tesis de maestría]. Universidad Santo Tomas, Colombia; 2015
49. Noreña M. Teoría de cambio de comportamiento. [Acceso 8 de agosto de 2019] Disponible en: <http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Modelo%20Participativo/Teor%C3%ADas%20de%20cambio%20de%20comportamiento.pdf>
50. Pick S, Sirkin J, Ortega I, Osorio P, Martínez U, Xocolotzin U, et al. Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE). *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* - 2007, 41 (3), pp. 295-304

APÉNDICES/ANEXOS

Apéndice 1
Matriz de operacionalización de variables

N°	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Fuente	Instrumento
1	Modelo pedagógico en la Educación para la salud	Forma como se aprende y enseña para generar conocimientos y mejorar las prácticas de prevención y control del dengue.	Incluye Métodos, técnicas, lenguaje, horario, frecuencia de la actividad educativa, escenario, rol del educador y educando.	Modelo pedagógico	Tradicional conductista- Problematizador	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Técnicas y Recursos didácticos	- Exposición - Talleres en grupos - Exposición y ayudas visuales - Demostración - Escenificación, teatro	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Lenguaje	- Sencillo y claro - Uso de palabras técnicas	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
					- Sencillo y práctico - Fácil de entender - Difícil de entender	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Frecuencia	- De vez en cuando - Frecuentemente	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Contenido	- En la teoría - Teoría y práctica - Teoría y sugerencias para el hacer	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Horario de preferencia	- Responde a las expectativas	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Escenario de preferencia	- En el establecimiento - En el hogar - En un ambiente comunal	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario
				Rol del educando	- Recibe información - Recibe información y lo discute en grupo - Recibe información y se aplica en la practica	Si No	Nominal	Poblador	Cuestionario

N°	Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de	Fuente	Instrumento	Tipo de variable
2	Empoderamiento individual de la población para la prevención del dengue	Capacidad de las personas para realizar acciones tendientes a la prevención y control de la enfermedad del dengue	El empoderamiento individual combina conocimientos y prácticas respecto a la prevención del dengue.	Conocimientos sobre medidas preventivas del dengue	¿Qué es el dengue?	Una enfermedad. Transmitida por zancudo. Producida por virus. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Síntomas de la enfermedad.	Fiebre. Dolor de cabeza. Dolor de cuerpo. Dolor de ojos. Náuseas y vómitos. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Modo de trasmisión.	Por consumo de agua. De persona a persona. Picadura de mosquito. Contacto de animal doméstico. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Características reproductivas del vector.	En las plantas. En la basura. Aguas estancadas. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Medidas para eliminar Los criaderos del mosquito.	Eliminación de basura. Limpieza de depósitos. Eliminando objetos en desuso. Eliminando agua acumulada. Manteniendo Cubrir los recipientes con agua. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Evita la picadura del mosquito.	Cerrar puertas y ventanas de la casa. Con la fumigación. Con el uso de repelente y/o espiral. Usando tela metálica en puertas y ventanas. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Abate en agua.	Sabe. No sabe.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa dicotómica

N°	Variable	Definición	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de	Fuente	Instrumento	Tipo de variable
				Prácticas sobre medidas preventivas de dengue.	Almacenamiento de agua para consumo.	Sí. No.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa dicotómica
					Almacenamiento de agua para otros fines.	Sí. No.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa dicotómica
					Tipo de recipiente que usa para almacenamiento de agua.	Tanques. Balde. Ollas. Galonerías. Jarras.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Presencia de floreros y/o masetas en casa.	Sí. No.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa dicotómica
					Intervalo de lavado de depósitos para consumo.	Nunca. Cada semana. Cada 4 a 5 días. Cada 2 a 3 días. Diario.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Intervalo de lavado de depósitos para otros fines.	Nunca. Cada semana. Cada 4 a 5 días. Cada 2 a 3 días. Diario.	nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					Medidas de prevención del dengue.	Eliminando inservibles. Lavado y tapado de recipientes donde almacenan agua. Elimina las aguas estancadas. Fumiga su vivienda. Colocación de abate en depósitos de agua. Usa repelente y/o espiral. Tapa recipientes. Uso de mosquiteros.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica

Nº	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de	Fuente	Instrumento	Tipo de variable
3	Características sociodemográficas de la población de estudio	Perfil que caracteriza al poblador de Magllanal			- Edad	Edad en años cumplidos.	Razón	Poblador	Cuestionario	Cuantitativa discreta.
					- Sexo	Masculino. Femenino.	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cualitativa dicotómica
					-Jefe de Hogar o entrevistado.	Padre. Madre. Otros.	Nominal.	Poblador	Cuestionario	Cualitativa politómica
					- Abastecimiento de agua.	Pozo. Pileta pública. Camión cisterna. Red intradomiciliaria	Nominal	Poblador	Cuestionario	Cuantitativa politómica.
					- Grado de instrucción.	Primaria. Secundaria. Superior.	Ordinal	Poblador	cuestionario	Cuantitativa politómica.

Anexo 1
CROQUIS SECTOR MAGLLANAL



Apéndice 2

Cuadro1. Muestreo por conglomerados: distribución de la muestra por sectores

N°	Sector	Población total n total Nh	Fracción por sector	Muestra de cada sector
1	Magllanal Centro	155	0,11	28
2	La Primavera	258	0,19	48
3	Jesús María	165	0,12	30
4	Los Jardines	162	0,12	29
5	Almendras I	202	0,15	37
6	Almendras II	126	0,09	23
7	Los Cedros	111	0,08	20
8	Monterrico	163	0,12	30
TOTAL		1342		245

Fuente. Centro de salud Magllanal; 2017

Apéndice 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Cuestionario sobre educación para la salud y empoderamiento individual (conocimientos y prácticas) para la prevención y control del dengue, dirigida a la población entre 18 y 64 años.

I. Instrucciones

A continuación, se presentan una lista de preguntas. Lea cada una de ellas y responda según crea conveniente.

El resultado será usado para fines de investigación y es anónima.

II. Objetivo:

Obtener datos sobre la educación desarrollada por el personal de salud y los conocimientos y prácticas sobre la prevención y control del dengue.

III. Datos generales:

1. Edad.....(años cumplidos)
2. Sexo :
 - 1) Masculino ()
 - 2) Femenino ()
3. Sector:
4. En su hogar usted es:
 - 1) Padre: () 3) Hijo Mayor ()
 - 2) Madre () 4) Tío/Tía () 5) Otro:
5. Grado de Instrucción:
 - 1) Primaria: completa () 3) Secundaria: completa () 5) Superior ()
 - 2) Primaria: incompleta () 4) Secundaria: incompleta () 6) Sin grado de instrucción ()
6. De donde consigue usted el agua (puede marcar más de una alternativa):
 - 1) Pozo () 2) Acequia () 3) Camión cisterna () 4) Pileta publica ()
 - 5) Red intradomiciliaria () 6) Otros ():

IV. DATOS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (PROCESO EDUCATIVO)

Nº	Ítems	Si (3)	No (1)	NS/NR (0)
1	¿La educación brindada por el personal de salud ayuda positivamente en la prevención del dengue?			
2	¿Durante la educación, el personal de salud busca la participación activa de los asistentes?			
3	¿El personal de salud inicia las sesiones educativas solicitando que los participantes expresen lo que conocen sobre el dengue?			
4	¿Durante la sesión educativa, el participante es un simple receptor de información?			
5	¿La exposición, es la forma más utilizada en la educación sobre el dengue?			
6	¿La demostración, es la forma más utilizada por el personal de salud en la educación contra el dengue?			
7	¿La educación sobre el dengue consiste en dar consejos breves durante la visita al establecimiento?			
8	¿El personal de salud utiliza con frecuencia la demostración y el teatro para educar a la población?			
9	El personal utiliza con frecuencia, ayudas visuales, ¿y rotafolios para educar a la población sobre el dengue?			
10	¿La educación sobre el dengue, consiste en dar información breve durante la consulta?			
11	¿Durante la sesión educativa, los participantes reciben información, sobre los aspectos más importantes de la enfermedad?			
12	¿El personal de salud al brindar educación sobre el dengue, lo hace en sesiones grupales?			
13	¿Cuándo el personal de salud educa sobre el dengue analiza los problemas y las alternativas de solución junto con los participantes?			
14	¿El centro de salud es el ambiente más frecuente para realizar la educación sobre el dengue?			
15	¿La forma más común para la enseñanza sobre el dengue es la orientación individual?			
16	¿El hogar es el ambiente más frecuente donde se realiza la educación sobre el dengue?			
17	¿El mejor lugar para brindar educación sobre el dengue es un ambiente comunal?			

18	¿Las sesiones educativas duran mucho tiempo?			
19	¿El tiempo utilizado para el desarrollo de las sesiones educativas, es el adecuado?			
20	¿Cuándo el personal brinda educación sobre el dengue usa palabras, que no se entienden?			
21	¿El personal brinda educación sobre el dengue con un lenguaje sencillo y claro?			
22	¿Los mensajes que se transmiten por el personal de salud sobre el dengue son fáciles de entender?			
23	¿Las sesiones educativas sobre el dengue se desarrollan con frecuencia de una o más veces al mes?			
24	¿Las sesiones educativas sobre el dengue son desarrolladas de vez en cuando? (mensual o solo cuando se incrementa los casos)			
25	¿El personal de salud al educar sobre el dengue pone énfasis en la teoría y da sugerencias para la práctica?			
26	¿El personal de salud al educar sobre el dengue pone énfasis en la teoría y lo demuestra?			
27	¿El horario en el que se desarrolla la educación responde a las necesidades de los participantes?			
28	¿Durante las sesiones educativas el participante solo recibe información sobre la enfermedad del dengue?			
29	¿Durante las sesiones educativas los participantes reciben información y dan a conocer sus opiniones?			
30	¿Durante las sesiones educativas el participante recibe información y luego lo aplica en la práctica?			
30	¿El personal de salud visita a su hogar para verificar la ejecución de las prácticas recomendadas en la sesión educativa?			
31	Los participantes en las sesiones educativas solo se concentran a recibir la información brindada por el personal de salud.			

5.1. CONOCIMIENTOS SOBRE EL DENGUE

1. ¿El dengue es una enfermedad contagiosa?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No sabe

2. ¿El dengue se transmite por?

- 1) Contacto persona a persona.
- 2) Contacto con animales domésticos.
- 3) Picadura del mosquito
- 4) Por consumo de agua.

- 5) Todas las anteriores
- 6) No sabe

3. ¿Dónde se reproduce el mosquito que transmite el dengue?

- 1) En las plantas.
- 2) En la basura
- 3) Aguas estancadas y sucias
- 4) Agua limpia
- 5) Todas las anteriores
- 6) No sabe
- 7) Otro:

4. Los síntomas del dengue son:

- 1) Fiebre, dolor de cabeza, dolor de cuerpo o decaimiento
- 2) Fiebre, náuseas y vómitos; piel de color amarillo
- 3) No sabe.

5. Los signos de peligro o de alarma del dengue son:

- 1) Dolor abdominal
- 2) Descenso brusco de temperatura
- 3) Todos los anteriores
- 4) No sabe
- 5) Otro:

6. El mosquito se cría en aguas limpias, bajo sombra y en calor

- 1) Si
- 2) No
- 3) No sabe

7. La medida más efectiva para el control del dengue es:

- 1) Fumigación
- 2) Eliminación de criaderos
- 3) No sabe

8. ¿Qué medidas conoce para eliminar los criaderos del mosquito del dengue?

- 1) Eliminando la basura
- 2) Lavando los depósitos (baldes, tinas, ollas, etc.)
- 3) Tirando objetos en desuso (llantas, botellas, baldes viejos, etc.)
- 4) Eliminando agua acumulada.
- 5) Manteniendo tapados los depósitos con agua.
- 6) Todas los anteriores
- 7) No sabe.
- 8) Otros:

9. ¿La presencia de lluvias es motivo para la multiplicación del mosquito transmisor del dengue?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No sabe

10. ¿Conoce usted que es el abate (motita, muñequita, bolsita)?

- 1) Si

- 2) No
- 3) Si la respuesta es sí ¿para que sirve?.....

4.2. PRÁCTICAS REALIZADAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

11. ¿Almacena agua en su vivienda?

- 1) Consumo
- 2) Cocinar
- 3) Todas las anteriores
- 4) Ninguna

12. ¿Almacena agua para otros fines?

- 1) Lavar ropa
- 2) Limpieza del hogar
- 3) Higiene personal
- 4) Todas las anteriores
- 5) ninguna

13. ¿En qué recipientes deposita usted el agua de consumo diario?

- 1) Tanques
- 2) Baldes
- 3) Ollas
- 4) Galoneras
- 5) Jarras
- 6) Otro:.....

14. ¿Tiene floreros y/o maceteros con arena húmeda en casa?

- 1) Si
- 2) No .
- 3) Si la respuesta es sí ¿Por qué?.....

15. ¿Cada cuánto tiempo lava sus depósitos para consumo (baldes, tinas, ollas, galoneras, etc.)?

- 1) Nunca.
- 2) Cada semana.
- 3) Cada 4 a 5 días.
- 4) Cada 2 a 3 días.
- 5) Diario.
- 6) Otro:

16. ¿Cada cuánto tiempo lava sus depósitos que emplea para otros fines (lavar ropa, limpieza de la casa, uso para higiene, etc.)?

- 1) Nunca.
- 2) Cada semana.
- 3) Cada 4 a 5 días.
- 4) Cada 2 a 3 días.
- 5) Diario.
- 6) Otro:

17. ¿Cómo elimina los inservibles fuera del hogar?

- 1) Quemándolos
- 2) Al carro recolector
- 3) A campo abierto
- 4) Todas las anteriores
- 5) Ninguno

18. ¿Usa repelentes para protegerse de los insectos?

- 1) Siempre
- 2) A veces
- 3) Nunca

Muchas gracias

Anexo 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL DENGUE EN DOMICILIO

Objetivo:

Obtener datos sobre las prácticas de prevención y control del dengue, a través de la verificación in situ.

N°	Practica Evaluada	Si (2)	No (1)
1.	Cuenta con servicios básicos.		
2.	Cuenta con techos y pisos protegidos para evitar acumulación de agua.		
3.	El agua de consumo es guardada en recipientes limpios y tapados.		
4.	Se observa aguas estancadas fuera del hogar		
5.	El inodoro y lavamanos están limpios		
6.	Elimina potenciales criaderos fuera del hogar (llantas, tapas de gaseosas, baldes u otros)		
7.	Tiene espacios para crianza de animales, con recipientes de agua tapados y limpios.		
8.	Mantiene limpia la vivienda		
9.	Utiliza la motita, muñequita en los depósitos de agua		
10.	Usa mosquiteros		
11.	Protege puertas y ventanas con malla metálica		
12.	Usa ropa apropiada como medida de protección		
13.	Aplica repelentes para insectos		

Fuente: Minsa. Norma técnica sobre prevención y control del dengue.

Apéndice 4

LIBRO DE CÓDIGOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

Nº	Ítem	Respuesta	Puntaje
1.	¿El dengue es una enfermedad contagiosa?	2	2
2.	¿El dengue se trasmite por?	3	2
3.	¿Dónde se reproduce el mosquito que transmite el dengue?	4	2
4	¿Los síntomas del dengue son?	1	2
5.	¿Los signos de alarma o gravedad del dengue son?	1	2
6.	¿El mosquito se cría en aguas limpias, bajo sombra y en calor?	1	2
7.	¿La medida más efectiva para el control del dengue es?	2	2
8.	¿Qué medidas de control conoce para eliminarlos criaderos del mosquito del dengue?	6	2
9.	¿La presencia de lluvias es motivo para la multiplicación del mosquito transmisor del dengue?	1	2
10.	¿Conoce la motita, muñequita o bolsita que se pone al agua?	1	2
TOTAL			20

Apéndice 5

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES, CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Criterios	Jueces					Total	Valor binomial
	J1	J2	J3	J4	J5		
1. Claridad en la redacción.	1	1	1	1	1	5	0.03125
2. Organización (coherencia interna)	1	1	1	1	1	5	0.03125
3. Inducción a la respuesta (sesgo)	1	1	1	0	1	4	0.15625
4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante.	1	1	1	1	1	5	0.03125
5. Mide lo que se pretende.	1	1	1	1	1	4	0.03125
Total	5	5	5	4	5	24	

Se ha considerado

1: Si la respuesta es positiva

0: si la respuesta es negativa

Si $p < 0.05$, el grado de concordancia es significativo. De acuerdo a los resultados obtenidos para cada ítem, los resultados son menores a 0,05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

El valor p en todos los criterios son menores que 0,05, excepto el criterio (inducción a la respuesta –sesgo) por lo que debería mejorarse el cuestionario en este criterio.

Para calcular la concordancia del juicio de expertos, del total; estadísticamente no es correcto calcular el promedio de los valores de p, aunque algunos investigadores lo hacen.

Se debería calcular el grado de concordancia de los expertos mediante la siguiente formula:

$$b = \frac{Ta}{Ta+Td} \times 100$$

b = Grado de concordancia entre expertos

Ta: N°. Total de acuerdos

Td: N°. Total de desacuerdos

b= 25

Ta=24

Td= 1

Reemplazando tenemos:

$$b = \frac{24}{24+1} \times 100$$

b: 96%

El 96% de las respuestas de los expertos concuerdan

Apéndice 7

FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA DE CRONBACH

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	49

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
De donde consigue el agua de consumo	92,30	88,432	,701	,734
¿La educación brindada por el personal de salud ayuda positivamente en la prevención del dengue?	95,20	98,274	,191	,758
¿Durante la educación, el personal de salud busca la participación activa de los asistentes?	95,30	97,063	,277	,755
¿El personal de salud inicia las sesiones educativas solicitando que los participantes expresen lo que conocen sobre el dengue?	95,25	96,618	,338	,753
¿Durante la sesión educativa, el participante es un simple receptor de información?	95,70	96,958	,329	,754
¿La exposición, es la forma más utilizada en la educación del dengue?	96,05	95,208	,553	,749

¿La demostración, es la forma más utilizada en la educación contra el dengue?	95,15	100,766	-,080	,763
¿La educación sobre el dengue consiste en dar consejos breves durante la visita al establecimiento?	96,00	97,158	,393	,754
¿El personal de salud utiliza con frecuencia la demostración y el teatro para educar a la población?	96,05	102,366	-,204	,769
¿El personal de salud utiliza con frecuencia, ayudas visuales, y rotafolios para educar a la población sobre el dengue?	95,85	97,713	,306	,755
¿La educación sobre el dengue, consiste en dar información breve durante la consulta?	96,05	102,050	-,273	,766
¿Durante la sesión educativa, los participantes reciben información, sobre los aspectos más importantes de la enfermedad?	95,35	92,976	,549	,745
¿El personal de salud al brindar educación sobre el dengue, lo hace en sesiones grupales?	95,85	100,555	-,044	,764
¿Cuándo el personal de salud educa sobre el dengue analiza los problemas y las alternativas de solución junto con los participantes?	95,20	100,695	-,063	,763
¿El centro de salud es el ambiente más frecuente para realizar la educación sobre el dengue?	96,05	103,945	-,405	,772
¿La forma más común para la enseñanza sobre el dengue es la exposición por el trabajador de salud?	95,95	96,155	,457	,751
¿El hogar es el ambiente más frecuente donde se realiza la educación sobre el dengue?	95,45	93,208	,453	,747
¿Los ambientes comunales son los lugares más frecuentes donde se realiza educación sobre el dengue?	96,35	103,818	-,290	,774
¿Las sesiones educativas duran mucho tiempo?	95,20	98,695	,211	,758
¿Cuándo el personal brinda educación sobre el dengue usa palabras que no se entienden?	95,45	100,576	-,046	,764
¿El personal de salud brinda educación sobre el dengue con un lenguaje sencillo y claro?	95,30	93,800	,588	,746

¿Las sesiones educativas sobre el dengue se desarrollan con frecuencia (una vez o más al mes)?	95,55	100,892	-,077	,765
¿Las sesiones educativas sobre el dengue son desarrolladas de vez en cuando? (Mayor a u mes)	95,75	97,776	,255	,756
¿El personal de salud al orientar sobre el dengue indica las medidas que debe implementar la familia en su hogar y en la comunidad para prevenir la enfermedad?	96,15	97,503	,302	,755
¿La educación sobre el dengue permite a las familias adoptar conductas de prevención sobre el dengue?	95,35	91,397	,680	,740
¿El horario en el que se desarrolla la educación responde a las necesidades de los participantes?	95,50	92,158	,587	,743
¿Durante las sesiones educativas el participante solo recibe información sobre la enfermedad del dengue?	95,90	99,463	,105	,760
¿Durante las sesiones educativas el trabajador de salud informa y demuestra las medidas de prevención sobre el dengue?	95,40	94,042	,451	,748
¿Durante las sesiones educativas los participantes reciben información y dan a conocer sus opiniones?	95,30	98,011	,245	,756
¿El personal de salud visita a su hogar para verificar la ejecución de las prácticas recomendadas en la sesión educativa?	95,30	102,326	-,240	,768
¿El dengue es una enfermedad contagiosa?	95,20	93,537	,571	,745
¿El dengue se transmite por?	94,20	91,011	,444	,745
¿Dónde se reproduce el mosquito que transmite el dengue?	93,50	97,000	,309	,754
Los síntomas del dengue son:	95,75	96,724	,295	,754
Los signos de peligro o de alarma del dengue son:	94,50	94,263	,162	,764
El mosquito se cría en aguas limpias, bajo sombra y calor	95,55	103,208	-,237	,773
La medida más efectiva para el control del dengue es:	95,30	94,432	,527	,748
¿Qué medidas conoce para eliminar los criaderos del mosquito del dengue?	91,65	93,292	,182	,763

¿La presencia de lluvias es motivo para la multiplicación del mosquito transmisor del dengue?	95,95	99,524	,122	,759
¿Conoce usted que es la motita, muñequita, bolsita que se pone en los depósitos de agua?	95,85	97,713	,306	,755
¿Almacena agua en su vivienda?	93,80	94,484	,213	,758
¿Almacena agua para otros fines?	92,60	95,200	,172	,761
¿En qué recipientes deposita usted el agua de consumo diario?	93,25	89,882	,158	,779
¿Tiene floreros y/o maceteros con arena húmeda en casa?	95,20	98,905	,182	,758
¿Cada cuánto tiempo lava sus depósitos para consumo (baldes, tinas, ollas, galoneras, etc.)?	92,15	88,661	,591	,737
¿Cada cuánto tiempo lava sus depósitos que emplea para otros fines (lavar ropa, limpieza de la casa, uso para higiene, etc.)?	92,35	92,766	,275	,754
¿Cómo elimina los inservibles fuera del hogar?	94,80	96,484	,189	,758
¿Usa repelentes para protegerse de los insectos?	94,50	94,789	,382	,750

Anexo 3

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Jaén, 01 Septiembre del 2018

Carta DE Autorización.

Señor:

JACK LAURENCE BERNAOLA ZEVALLOS

MD. DEL CENTRO DE SALUD MAGLLANAL

S.D

PRESENTE

Es grato dirigirme a su digna persona para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo manifestarle que se le otorga la autorización y permiso correspondiente para la aplicación de sus encuestas y el levantamiento de información en su proyecto de tesis titulado: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS POBLADORES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE; JAÉN PERÚ.**

Agradeciendo la atención brindada, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.


JUNTA VECHAL SECTOR MAGLLANAL
PROVINCIA JAÉN
Luis Guerrero Vicente
PRESIDENTE
DNI: 27676811

Luis Guerrero Vicente

DNI: 27676811

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Jaén, 01 Septiembre del 2018

Carta DE Autorización.

Señor:

JACK LAURENCE BERNAOLA ZEVALLOS

MD. DEL CENTRO DE SALUD MAGLLANAL

S.D

PRESENTE

Es grato dirigirme a su digna persona para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo manifestarle que se le otorga la autorización y permiso correspondiente para la aplicación de sus encuestas y el levantamiento de información en su proyecto de tesis titulado: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL EMPODERAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS POBLADORES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE; JAÉN PERÚ.**

Agradeciendo la atención brindada, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.



Ubilberto Sánchez Santillán
DNI: 27746460
PRESIDENTE

Ubilberto Sánchez Santillán

DNI: 27746460

Anexo 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del proyecto: El siguiente estudio de investigación será realizado por el Maestría JACK LAURENCE BERNAOLA ZEVALLOS, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca afines de obtener el grado de Maestro en Salud Pública, se desea obtener información sobre los CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ACERCA DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN POBLADORES DEL SECTOR DE MAGLLANAL.

Que se hará: si acepta participar en el estudio, contestará un cuestionario con respuestas simples sobre el tema a investigar.

Riesgos: la participación en este estudio no posee riesgos. Los datos serán preservados en anonimato.

Beneficios: como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, los datos recogidos serán de mucha importancia al colectivo universitario, al centro de salud y profesionales interesados en el tema.

Su participación en el estudio es confidencial, y los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

Consentimiento:

Se me ha explicado los objetivos del estudio. Por lo tanto accedo a participar en la investigación.

Nombre del participante: *Carolina Edith Becerra Sanchez*
Firma: *[Firma manuscrita]*
Fecha: *04-9-10*