REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
DR: "ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN CIUDADANA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA CONTROLAR Y DISMINUIR EL DENGUE, DIRIGIDO A LA COMUNIDAD DE CHAPARRAL, MUNICIPIO COCOROTE ESTADO YARACUY 2007.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título Especialista en Epidemiología.

Autora: Yneva Parra M

Tutora: Fanny Dávila

Maracay, Marzo 2007

Gobierno **Bolivariano** de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la **Salud**

Venezuela
AHORA ES DE TODOS

ANEXO E

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO **EPIDEMIOLOGÍA**

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización** titulado: **"PROPUESTA DE CAPACITACIÓN CIUDADANA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA CONTROLAR Y DISMINUIR EL DENGUE, DIRIGIDO AL SECTOR CHAPARRAL MUNICIPIO COCOROTE, YARACUY 2007"** presentado por el Ciudadano (a) **Ineva Mayela Parra Mendoza** ., para optar al Título de **Especialista en Epidemiología**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos		C.I.	Firma del Jurado
Presidente:	Fanny Dávila	9958866	
Miembro:	Wuilman Gómez	8.809.712	
Miembro:	Vilma Pacheco	6426453	

Maracay, 30 - 10 - 07

DEDICATORIA

A Dios, nuestro creador por haberme dado vida, salud y fortaleza en todas las etapas de mi vida.

A mis padres, por haberme inculcado los valores del trabajo, esfuerzo y dedicación y por su apoyo incondicional, esta meta también es de ustedes.

A Juan Carlos, mi esposo, a mis hijos Carlos Jamal y Kenya Yneva mis amores, por haberles robado parte de su tiempo al ausentarme para realizar este estudio, pero que valió la pena el sacrificio porque es por ustedes y para ustedes, los quiero mucho.

A la familia Ramírez Piña, quienes conforman mis tíos y primos por haberme dado hospedaje todo este tiempo, mi agradecimiento eterno.

A mis hermanos por el apoyo brindado para lograr este objetivo.

A todas las demás personas que de una u otra forma contribuyeron a que culminara en feliz término.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón, tan prestigiosa casa de estudio por permitirnos ser parte de su gran familia.

A las profesoras Tulia Hernández y Julia Rattia por ser nuestras coordinadoras y abrir un espacio para nosotros en su tan apretada agenda, siempre se encontraban a tiempo completo.

A la profesora Fanny Dávila, mi tutora, por brindarme sus conocimientos y experiencias; por sus valiosos aportes intelectuales e ideas para la culminación exitosa de este trabajo.

A Yelitza, por su paciencia en la sala telemática, aprendimos bastante, sin ti no lo hubiésemos logrado, muchas gracias.

A mis compañeros de clase por este compartir que fue un aprendizaje, en especial a los de Barinas, que con su buen humor siempre a flor de piel nos hicieron liberar los momentos de estrés.

Al personal de contraloría sanitaria y salud ambiental del Municipio Cocorote

A las estudiantes de enfermería del V semestre del IUTY, al ayudarme con las encuestas.

A la comunidad de Chaparral

Al Dr. Arriechi, a Epidemiología Regional y a todas las demás personas que hicieron posible que estuviera en este postgrado y culminara este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA..... ii

AGRADECIMIENTOS..... iii

TABLA DE CONTENIDO..... iv

LISTA DE TABLAS..... vi

RESUMEN..... viii

SUMARY……. ix

INTRODUCCIÓN..... 01

CAPITULO I EL PROBLEMA

EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 05

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION..... 19

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL..... 22

OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 22

CAPITULO II MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION..... 23

BASES TEORICAS..... 28

BASES LEGALES..... 63

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

MODALIDAD O ENFOQUE……. 67

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DE L A INVESTIGACIÓN…… 68

UNIDAD DE ANÁLISIS……. 69

POBLACION Y MUESTRA..... 70

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN……... 71

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS..... 72

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD…….. 73

ALCANCES Y LIMITACIONES……. 76

CAPÍTULO IV

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

RESULTADOS Y ANALISIS..... 78

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA……. 100

CAPITULO VI
CONCLUSIONES, RECOMENDACONES Y REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

CONCLUSIONES..... 119

RECOMENDACIONES..... 122

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS..... 123

ANEXOS. 126

LISTA DE TABLAS

Nº.	TITULO	PAG.
1	Morbilidad según Enfermedad de Notificación Obligatoria Municipio Cocorote 2002-2006……..	**79**
2	Casos Sospechosos de Dengue según Enfermedad Notificación Obligatoria Municipio Cocorote 2002-2006……..	**79**
3	Distribución de casos sospechosos por Dengue y otras causas según cifras absolutas y tasas de morbilidad por Dengue Municipio Cocorote 2002-2006……..	**80**
4	Casos Sospechosos de Dengue por Tipo y Año Municipio Cocorote 2002-2006…….	**82**
5	Programación y Ejecución de Medidas Preventivas para el control del Dengue. Municipio Cocorote 2002 - 2006……..	**83**
6	Clasificación de las personas según grupo de edad Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007……	**85**
7	Clasificación de las personas según sexo .Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007… …….	**86**
8	Clasificación de las personas según grado de instrucción Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy……...	**86**
9	Clasificación de las personas según ocupación .Encuesta Comunidad de Chaparral.Cocorote Yaracuy. 2007…….	**87**
10	Pregunta Nº 1: Qué es el dengue……..	**88**

11	Pregunta Nº 2: Cómo se transmite el dengue…….	**89**
12	Pregunta Nº 3: Dónde vive y se reproduce el agente transmisor del dengue……	**90**
13	Pregunta Nº 4: Conoce Usted los síntomas del dengue	**91**
14	Pregunta Nº 5: Por qué cree que hay dengue en su comunidad ……..	**91**
15	Pregunta Nº 6: Cuáles de las medidas que a continuación se mencionan considera Usted que son preventivas de dengue …….	**92**
16	Pregunta Nº 7 La información que tiene sobre el dengue la recibió a través de…… …….	**93**
17	Pregunta Nº 8: Qué medidas preventivas toma Usted para prevenir el dengue …….	**94**
18	Pregunta Nº 9: Quién considera Usted debe realizar actividades para prevenir el dengue ……	**95**
19	Pregunta Nº 10: Quiénes son responsables de la eliminación de los criaderos del agente transmisor del dengue …….	**96**
20	Pregunta Nº 11: Qué medidas preventivas propondría Usted para evitar el dengue …….	**97**
21	Pregunta Nº 12: De las siguientes actividades cuál considera Usted la más adecuada para informarle sobre cómo evitar el dengue en la comunidad……	**98**
22	Pregunta Nº 13: Le gustaría formar parte de la brigada comunitaria de lucha contra el dengue……..	**99**

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN CIUDADANA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA CONTROLAR Y DISMINUIR EL DENGUE DIRIGIDO A LA COMUNIDAD DE CHAPARRAL MUNICIPIO COCOROTE ESTADO YARACUY 2007.

AUTORA: Yneva Parra M.
TUTORA: Fanny Dávila.

RESUMEN

El presente Trabajo de Investigación Propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue dirigido a los habitantes de la comunidad de Chaparral Municipio Cocorote Yaracuy, está enmarcado en la modalidad de un Proyecto Factible. Alcanzar los objetivos propuestos implicó la revisión de la morbilidad del Municipio y de la ejecución de actividades preventivas en el período 2002 al 2006; de la misma manera se requirió aplicación de un instrumento tipo cuestionario de preguntas abiertas y cerradas a 86 personas de 15 años y más; estructurado con la finalidad de medir el conocimiento, aptitudes y corresponsabilidad de la población en las actividades de saneamiento ambiental, específicamente para disminuir el dengue. Esta investigación reveló que dentro de las enfermedades de notificación obligatoria el dengue representa el 1,3%; que el tipo de dengue predominante es fiebre dengue con una relación de 4:1.La tasa de morbilidad por dengue en el período 2002-2006 es de 9,43 x 10.000 habitantes. De lo pautado como medida preventiva no se evidencia información confiable de las actividades de educación sanitaria, el tratamiento a criaderos se cumplió en un 47,8% y la eliminación de criaderos se cumplió en un 14,45% Los resultados del cuestionario fueron analizados por el programa estadístico SPSS versión 10.0 arrojando que el 66,3% de los encuestados considera que la educación sanitaria, campañas divulgativas contra el dengue, la eliminación de criaderos y eliminación del mosquito son medidas preventivas del dengue manifestando una actitud de responsabilidad compartida para realizar medidas de prevención del dengue y control vectorial, el 34,9% prefiere actividades educativas sobre el dengue a través de charlas, talleres y videos. Una vez realizado este diagnóstico, el mismo nos proporcionó los insumos necesarios para elaborar esta propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue dirigido al sector Chaparral Municipio Cocorote Yaracuy.

Palabras Claves: Capacitación, Dengue, Propuesta, Saneamiento ambiental.

PROPOSAL OF CIVIC QUALIFICATION IN ENVIRONMENTAL REPARATION TO CONTROL AND TO DIMINISH THE DENGUE DIRECTED TO THE COMMUNITY DE CHAPARRAL MUNICIPALITY COCOROTE YARACUY 2007.

AUTHOR: Yneva Parra M.
TUTOR: Fanny Dávila.

ABSTRACT

The present Work of Proposed Investigation of civic qualification in environmental reparation to control and to diminish the Dengue directed the inhabitants of the community of Chaparral Municipality Cocorote Yaracuy; it is framed in the modality of a Feasible Project. To achieve the proposed objectives implied the revision of the morbilidad of the Municipality and of the execution of preventive activities in the period 2002 at the 2006; in the same way application was required from an open and closed instrument type questionnaire of questions to 86 15 year-old people and more; structured with the purpose of measuring the knowledge, aptitudes and the population's corresponsabilidad in the activities of environmental reparation, specifically to diminish the dengue. This investigation revealed that inside the illnesses of obligatory notification the dengue represents 1,3%; that the type of predominant dengue is fever dengue with a relationship of 4:1 .La morbilidad rate for dengue in the period 2002-2006 it is of 9,43 x 10.000 inhabitants. Of that averaged as preventive measure reliable information of the activities of sanitary education, the treatment to hatcheries it is not evidenced it was completed in 47,8% and the elimination of hatcheries was completed in 14,45% The results of the questionnaire they were analyzed by the statistical program SPSS version 10.0 hurtling that 66,3% of those interviewed considers that the sanitary education, campaigns divulgativas against the dengue, the elimination of hatcheries and elimination of the mosquito are measured preventive of the dengue manifesting an attitude of responsibility shared to carry out measures of prevention of the dengue and vectorial control, 34,9% prefers educational activities on the dengue through chats, shops and videos. Once carried out this diagnosis, the same one provided us the necessary inputs to elaborate this proposal of civic qualification in environmental reparation to control and to diminish the dengue directed to the sector Chaparral Municipality Cocorote Yaracuy.

Key Words: Qualification, dengue, Proposal, environmental Reparation.

INTRODUCCIÓN

El Dengue es una enfermedad infecciosa producida por un virus genoma ARN, al cual se le conoce con cuatro serotipos Dengue 1, Dengue 2, Dengue 3, Dengue 4 y es trasmitido por su principal vector *Aedes aegypti,* se caracteriza por signos y síntomas como son: fiebre, cefalea, mialgia, dolor retroocular, náuseas, vómitos trombocitopenía y hemorragia (Petequias y Epistaxis) (Benítez et al. 2002).

La trasmisibilidad del dengue viene a estar correlacionada con factores que no sólo son considerados sociales, sino también ambientales y que debe ser estudiado y evaluado desde el punto de vista clínico, epidemiológico y entomológico, para desarrollar intervenciones de control en el ámbito local.

Clínicamente, el dengue se reconoce desde hace más de 200 años y cerca de dos tercios de la población mundial viven en zonas infestadas con vectores de dengue. El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América, África y Asia, donde el vector principal *Aedes aegypti* está presente continuamente. (Benítez et al. 2002)

El dengue clásico, junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue, es un grave problema de

salud en muchas partes de América y puede afectar negativamente la economía nacional de las regiones. Los factores responsables del resurgimiento del dengue como un problema de salud pública son complejos y se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos en los últimos cincuenta años.

El crecimiento sin precedente de la población global, asociada a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en países tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red cloacal y tratamiento de desperdicios), ha creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos.

Otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico; la nebulización con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectiva y, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento de hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Medidas sencillas de saneamiento ambiental pueden eliminar los criaderos de los mosquitos, tales medidas se asocian con prácticas específicas de saneamiento doméstico que traducen los conocimientos que

la comunidad posee o debe poseer respecto a la prevención del dengue y control de *Aedes aegypti.*

El objetivo general del presente trabajo es elaborar la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental dirigido a los habitantes del sector Chaparral para controlar y disminuir el Dengue en el Municipio Cocorote del estado Yaracuy. Por lo tanto el mismo surge de la necesidad de unir esfuerzos a nivel intersectorial y con otros organismos e instituciones, en la lucha contra la enfermedad siendo factores claves los consultorios de Barrio Adentro I con los comités de salud y otros grupos comunitarios organizados, trabajando de forma coordinada con la comunidad y las autoridades sanitarias.

El proyecto se realizó bajo la modalidad de proyecto factible apoyado en una investigación de carácter descriptivo transversal, utilizando la metodología cualicuantitativa y estructurándose en cinco capítulos de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema comprendido por planteamiento del problema, justificación, objetivo general y específicos.

Capítulo II: El marco teórico incluye antecedentes de la investigación, aspectos conceptuales y metodológicos de participación comunitaria, Educación sanitaria, bases legales, el dengue, el vector y definición sobre la propuesta.

Capítulo III: El marco metodológico se refiere al diseño de la investigación, la población y muestra, técnica de recolección de datos.

.

Capítulo IV: Análisis de los resultados

Capítulo V: Comprende propuesta de capacitación, desarrollo del producto del proyecto.

Capítulo VI: Contiene las conclusiones recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades tropicales son un importante problema de salud en aquellos países con regiones tropicales o subtropicales y suelen ser difíciles de prevenir o controlar debido a diversos factores tales como el clima, la pobreza y las condiciones sanitarias deficientes. (OMS, 1999).

Entre las enfermedades tropicales se encuentra el dengue también conocido anteriormente como fiebre rompe huesos o fiebre quebrantahuesos, es una enfermedad que afecta gravemente a nuestro continente, enfermedad infecciosa tropical caracterizada por fiebre, cefalea, dolor retroocular, míoartralgias y erupción en la piel. Es fatal y con frecuencia tiene una evolución de seis a siete días, pero la convalecencia es larga y lenta. Una forma más grave es la fiebre hemorrágica del dengue. Su agente causal es un virus filtrable transmitido de persona a persona por el mosquito *Aedes aegypti.*

El dengue es endémico en algunas zonas de los trópicos y han aparecido epidemias en países tropicales y templados. Esta enfermedad ha

afectado a millones de personas, primordialmente porque no existen en estas regiones campañas suficientemente eficaces.

El dengue proporciona un reto para la salud pública en el mundo ya que más de 2500 millones de personas viven en zonas en riesgo de dengue, lo cual representa más de dos quintas partes de la población mundial y más de 100 países han notificado la presencia de esta enfermedad en sus regiones. El dengue constituye la arbovirosis más importante presente en el ser humano, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad. (OMS, 1999).

Esta enfermedad fue descrita por primera vez científicamente en 1789 por Benjamín Rush, en Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos de América, donde se describía una epidemia ocurrida durante el verano y otoño de 1780, clínicamente, el dengue se reconoce desde hace más de 200 años. Hasta el momento se han descrito cuatro serotipos de este virus que circulan principalmente en países del sudeste asiático, del pacífico y de América Latina y el Caribe, es por ello que la misma es considerada una enfermedad tropical. (Martínez, 2006).

Se estima que en el siglo XIX, se dieron brotes de la enfermedad, los cuales en su mayoría pasaron desapercibidos, tratándose la mayoría de Fiebre Dengue (DEN o FD) y siendo los de Dengue Hemorrágico (DH), confundidos con otras patologías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización Panamericana de la Salud (OPS) han establecido cuatro elementos básicos o principios que son necesarios para controlar el dengue, que son:

1. La voluntad política de los gobiernos.
2. La coordinación intersectorial.
3. La participación activa de la comunidad.
4. El fortalecimiento de las leyes sanitarias nacionales.

Los programas de prevención y control que se han desarrollado en América respaldan estos principios, completados con acciones encaminadas a lograr la adecuada vigilancia y el control de la transmisión con un enfoque ecosistémico. Esto significa que se sabe bien lo que hay que hacer; el resto consiste en hacerlo en forma integrada y sostenible. Sin embargo, en la gran mayoría de los países de la región aún no se aplican a cabalidad estos principios y no se cuenta con programas de control que sean preventivos, integrados y sustentables.

La primera epidemia conocida como dengue en territorio americano ocurrió en el siglo XVIII. Desde entonces, ésta región ha sido una de las más afectadas por el dengue y su forma más grave, el dengue hemorrágico (Martínez, 2006).

El dengue, junto con sus formas más graves, el dengue hemorrágico y el síndrome de choque del dengue, es un grave problema de salud en muchas partes de América, esto afecta de forma negativa las economías nacionales de la región, ya que las epidemias originan grandes costos de hospitalización, asistencia a enfermos y campañas de emergencia para el control de los vectores.

En América, la primera epidemia de dengue clásico que ha sido documentada en laboratorios estaba relacionada con el serotipo de dengue 3 y afectó a la cuenca del Caribe y a Venezuela en 1963-1964. Igualmente la epidemia del 70 estuvo asociada con los serotipos 2 y 3; para el año 1977 se introdujo en América el serotipo de dengue 1 seguida de una epidemia devastadora que se prolongó hasta 1980. Todos los serotipos han sido aislados de casos autóctonos de América; sin embargo, sólo los serótipos de dengue 1,2 y 4 han estado circulando durante 1978-1991, mientras que el dengue 3 fue aislado la última vez en Colombia y Puerto Rico en 1977.(OPS/OMS,1999).

Es significativo que por decenios transcurrió como una patología banal e ignorada. El reconocimiento del Dengue Hemorrágico (DH) y el síndrome de choque del Dengue (SCD), como entidades nosológicas definidas, llegó sólo en la década del 40, cuando se logró la adaptación de los virus a animales de laboratorio, comenzando por los serotipos DEN-1 y DEN-2 y

luego en los años 50 DEN-3 y DEN-4. Para 1954, los pediatras filipinos y otros médicos del sureste asiático describieron con propiedad la clínica del complejo DH/SCD y Hammon y colaboradores asociaron el cuadro con la infección.

En tanto que en las décadas de 1980 y 1990, la transmisión epidémica de fiebre dengue se incrementó y actualmente se acrecienta globalmente la enfermedad expandiéndose demográficamente tanto el vector como el virus, acrecentando la incidencia de la afección epidémica y de la emergencia de la fiebre hemorrágica dengue en mucho países. Cinco países sudamericanos: Brasil, Bolivia, Paraguay, Ecuador y Perú, en los años 80, personas que no habían sufrido dengue antes, fueron castigados por epidemias causadas por el serotipo 1. En 1981, Cuba notificó el primer brote importante de dengue hemorrágico ocurrido en América. (OMS, 1999).

Esta enfermedad constituye una de las epidemias de expansión más rápida en el mundo tropical. En América la incidencia se ha elevado en forma dramática. Desde hace años, muchos países han registrado epidemias de dengue por primera vez en casi 50 años. En menos de veinte años, América latina ha dejado de ser hipoendémica para convertirse en hiperendémica con circulación viral concomitante de múltiples serotipos. Este cambio de endemicidad coincide con la aparición de Dengue Hemorrágico (DH) en la región, lo cual agrava la situación de salud mundial.

Los casos de DH para 1981 que estuviesen bien documentados eran pocos, siendo Cuba la que enfrentó una severa epidemia de DEN-2 con 344.203 casos registrados de dengue; 116.143 pacientes hospitalizados, estimándose en 24.000 los afectados por DH, resultándose 158 defunciones. Desde ese entonces casos esporádicos de DH han sido confirmados en diversos países de la región con su patrón epidemiológico que tiende a evolucionar en forma desfavorable. A los registros ocasionales separados a veces por décadas, corresponde hoy un acortamiento de los intervalos ínter epidémico con brotes cada 1 a 5 años.

Diversos estudios serológicos en Panamá han sugerido que en el brote de 1941-42 circuló DEN-2 pero se presume que DEN-3 también estuvo presente. El primer serotipo aislado en la región fue DEN-2 en Trinidad (1953). DEN-3· fue el responsable de la mayoría de las epidemias a inicios del 60 y DEN-2 al término de esa década. Durante 1963 y 1964, se sucedió el primer brote que afectó al continente Americano, siendo el primero documentado por un laboratorio y se relacionó con la circulación del serotipo de Dengue 3. Para 1977, DEN-1 fue introducido en el Nuevo Mundo por primera vez y finalmente en 1981, hizo su aparición DEN-4. Desde ese momento en diversos países ha habido circulación contemporánea de DEN-1, DEN-2 y DEN-4. En la década actual se detecta la circulación del DEN-3, se sospecha que en la década anterior también ha estado presente. (Martínez, 2006).

En los años previos a la epidemia que afecto a Venezuela durante 1980-1990, el Dengue ya era endémico en el país; desde 1950 hasta 1988 se habían registrado un total de 37.956 casos con 34 defunciones para los cuales no existen referencias que sustenten el diagnóstico de Dengue Hemorrágico.

Según Guzmán et al. (2006), Durante la década de los años sesenta se registraron un total de 35802 casos con 31 defunciones, valores éstos que sólo vuelven a registrar en la década de los noventa.

El comportamiento del dengue clásico y del hemorrágico, a partir del año 1989, permite observar una marcada tendencia al ascenso, con un incremento muy importante en el número de casos registrados para el año 1995, que en comparación con los años siguientes 1996 y 1997 representaron dos y hasta tres veces el número de casos detectados.

Desde la epidemia que comienza en Venezuela en 1989, no se han evidenciado diferencias importantes en relación a sexo; el grupo de edad más afectado es el de menores de 15 años casi con exclusividad al comienzo, pero que ha medida que se avanza en el tiempo, ha ido afectando consecutivamente al grupo de 15 a 44 años y luego a los 45 años y más, sin que se pierda la importancia que sigue teniendo el primer grupo. Las entidades federales más afectadas al principio corresponden a la región

centro-occidental del país; se destacan con mucha importancia los estados Aragua y Lara; posterior y progresivamente, se ha ido extendiendo el resto de las entidades federales, hasta cubrir todo el territorio nacional. El Distrito Federal, Táchira, Zulia, Miranda, Carabobo, Barinas y Guárico, al igual que los estados Aragua y Lara, siguen reportando un importante número de casos. Los estados Barinas, Lara, Mérida, Aragua, Falcón, Apure, Trujillo y Yaracuy, han presentado tasas de morbilidad por encima del promedio nacional. Las tasas de letalidad han disminuido, observando sin embargo que tomando en cuenta solamente los casos de Dengue hemorrágico, se registra un comportamiento similar con fluctuaciones leves entre 1993 y 1997. (Guzmán et al. 2006).

La relación Dengue Clásico/Dengue Hemorrágico, comienza en 1989 con una razón muy cercana de uno a uno (1:1) mejorando progresivamente hasta llegar prácticamente a 4:1 en los últimos tres años.

En términos prácticos durante el periodo desde 1989 hasta lo que se estima para el final de 1997, habrán ocurrido holgadamente más de 98.000 casos de Dengue Clásico, cerca o más de 24.000 casos de Dengue Hemorrágico y aproximadamente 270 defunciones. La letalidad promedio, en relación con Dengue Clásico, se calcula en un 0,27%; en relación con Dengue Hemorrágico un 1.12% y la razón dengue Clásico/Dengue Hemorrágico de 4:1. Las tasas de morbilidad para Dengue ambos tipos

durante el periodo 1989-1997 han oscilado entre 20,91 para 1989 y 71,05 por 100.000 habitantes para 1994; el año 1995 presentó una tasa de 147,77 por 100.000 habitantes, la mayor del todo el lapso, misma que duplicó y hasta triplicó las tasas de morbilidad registradas para el resto de los años observados. (Guzmán et al. 2006).

Los serotipos que se han aislado hasta los momentos son DEN-1 DEN-2 DEN-3 y DEN-4. Se observa movimiento entre las entidades federales de diferentes serotipos. Probablemente sea uno de los factores mas importantes en la producción de casos graves entre la población bajo riesgo.

Como se puede observar el dengue se ha registrado desde más de dos siglos, afectando a la población mundial, en especial y con más fuerza a las regiones tropicales. El continente Americano se ha visto muy afectado, debido a que existen zonas proclives a criar el mosquito que lo transmite, siendo el ambiente un factor preponderante para esta condición. Venezuela se ha visto muy afectada por el Dengue durante décadas, constituyendo un problema de salud pública nacional determinada por agentes que se encuentran estrechamente asociados a cambios sociales y demográficos de los últimos cincuenta años.

El estado Yaracuy no escapa de esta realidad, sus condiciones ambientales son propicias para criar los mosquitos, también las numerosas

zonas urbano marginal con poca o nada de condiciones higiénicas apropiadas y la falta de campañas de concienciación a la comunidad frente a este problema, constituyen factores importantes en la propagación de la enfermedad en el Estado, es importante destacar que según los reportes de Epidemiología Regional el estado Yaracuy presenta tasas de morbilidad por encima del promedio nacional.

Para el año 2005, en el estado se reportaron 749 casos sospechosos de Dengue; de los cuales 634 fueron reportados como fiebre dengue y 135 como dengue hemorrágico. El Municipio Cocorote del estado Yaracuy también se encuentra inmerso en esta problemática, ya que se encuentra igualmente afectado, reportó 106 casos sospechosos de Dengue de los cuales 99 fueron reportados como FD y 7 como DH ocupando el cuarto lugar en el estado y con una tasa superior al mismo. La comunidad con mayor caso fue San Gerónimo con un 16% seguida de Chaparral con un 11%.

En el año 2006 se reportaron en el estado 633 casos sospechosos de dengue con 510 FD y 123 DH alcanzando una tasa de 10x10.000 habitantes; el Municipio Cocorote reportó 68 casos con 46 FD y 22 DH alcanzando una tasa de 15 x 10.000 habitantes es decir superior al estado., lo cual hace necesario la participación real y efectiva de los ciudadanos en la lucha contra el dengue a través de un trabajo intersersectorial con énfasis preventivo

enfocado en el saneamiento ambiental desde la ciudadanía y con la participación y el apoyo del gobierno regional y local.

Actualmente existe un programa de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental denominado VESA, por sus siglas, que pretende controlar el vector y combatir la enfermedad, sin embargo los esfuerzos no han sido suficientes para eliminarla.

Debido fundamentalmente al crecimiento desmerusado de la población, asociada a la urbanización no planificada y descontrolada especialmente en zonas tropicales en desarrollo (viviendas precarias, hacinamiento, deterioro en los sistemas de suministros de agua, red de cloacas y tratamiento de desperdicios), se han creado las condiciones ideales para el incremento de enfermedades transmitidas por mosquitos, otro factor preponderante es la ausencia de un control efectivo del mosquito en áreas donde el dengue es endémico; la nebulización con insecticidas para combatir los mosquitos adultos no ha sido efectivo y, al contrario, ha dado una sensación de falsa seguridad. Adicionalmente la densidad de la población de mosquitos ha aumentado en áreas urbanas tropicales debido al crecimiento de hábitat para la larva del mosquito en el medio ambiente doméstico.

Otras causas son el movimiento constante del virus en humanos infectados, cambios en la política de salud pública que pone énfasis en

responder a las epidemias con alta tecnología dirigida al control del mosquito más que a prevenir las epidemias con medidas de saneamiento ambiental para reducir la población de mosquitos eliminando su hábitat o actuando sobre estadios inmaduros del vector, el único método que ha demostrado ser efectivo.

En la actualidad existe el consenso de que mientras no haya vacunas ni tratamiento específico contra el dengue, las medidas sencillas de saneamiento ambiental pueden eliminar los criaderos de los mosquitos. Dichas medidas se asocian con prácticas específicas de saneamiento doméstico que traducen los conocimientos que la comunidad posee respecto a la prevención del dengue. (Martínez, 2006).

Las autoridades sanitarias nacionales deben reaccionar de inmediato ante el riesgo de epidemias de dengue, sin esperar a que ocurran muertes por dengue hemorrágico y antes de que se sienta la presión de la población y de los medios masivos de comunicación. La voluntad política debe manifestarse mediante campañas intensivas de control del vector, tanto preventivas como durante las epidemias, ya que son la única opción que tenemos para controlar la transmisión de la enfermedad. Aunque se han desarrollado varias vacunas candidatas contra el dengue, aún no se cuenta con una vacuna capaz de proteger a la población en riesgo. (Martínez, 2006).

El sector de la salud debe desempeñar un papel protagónico en la dirección de las campañas de lucha antivectorial, la vigilancia epidemiológica para la detección temprana de los brotes y la capacitación del personal médico para lograr un diagnóstico oportuno y certero que evite muertes. Sin embargo, numerosas actividades, tales como el suministro de agua potable, su adecuado almacenamiento y la disposición de residuos líquidos y sólidos, no dependen de las estructuras del sistema de salud.

A pesar de que la participación comunitaria es un elemento clave en la lucha contra el dengue, es difícil que una comunidad pobre cuya población tiene un bajo nivel cultural y educacional se preocupe por el control del vector cuando su prioridad es luchar por su subsistencia. En la situación actual de nuestra Región, esta realidad constituye un reto para el control del mosquito vector y por tanto de la enfermedad.

La situación epidemiológica del dengue en Venezuela, en especial en el estado Yaracuy y en el Municipio Cocorote, establece la necesidad de intensificar las actividades de prevención y control de la enfermedad. La meta de la estrategia de prevención y control de dengue es prevenir las epidemias de dengue y dengue hemorrágico como un problema global de salud pública. Al no contarse con una vacuna, la lucha antivectorial es actualmente el único método disponible para combatir el dengue/dengue hemorrágico.

Por lo antes expuesto resulta importante conocer ¿Cuál es la morbilidad por Dengue en el Municipio Cocorote en los últimos años? ¿Las medidas preventivas aplicadas al municipio han sido realmente efectivas para controlar y disminuir los casos de Dengue? ¿Cuál es el conocimiento de los habitantes del sector Chaparral con respecto a Dengue-Saneamiento ambiental y Participación Ciudadana?

Se considera, entonces, necesario responder a estas interrogantes, para elaborar una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el Dengue en el Municipio Cocorote, estado Yaracuy.

JUSTIFICACIÓN

En Venezuela, todavía subsisten factores de riesgo que condicionan el peligro potencial de una epidemia de dengue de gran magnitud, aunado a ello se encuentra el aumento de la frecuencia de casos de fiebre de dengue clásico y la ocurrencia de casos hemorrágicos graves causantes de las cifras de letalidad actuales, lo cual ha hecho que Venezuela se encuentre entre los países con una alta cifra de casos de dengue en América Latina.

Entre los factores que condicionan la ocurrencia de epidemias de dengue y/o dengue hemorrágico en el país se pueden nombrar los siguientes:

1. El ingreso del Dengue 3 en América, ya que se han registrado en años recientes cifras cercanas a 300 casos por año afectando a más de 40 países con la presencia de uno hasta cuatro de los serotipos existentes.
2. La detección de los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-4 para los años 1989 y 1997.
3. Altos niveles de infestación por *Aedes aegypti* en numerosas entidades, debido a la aplicación irregular de medidas de control de vector.

4. La falta de aplicación de la prioridad oficial a la prevención y el control del dengue.
5. Carencia del objetivo de disminución de la carga de necesidades y de recursos para la atención hospitalaria, por lo que no se priorizan las acciones preventivas frente a las curativas.
6. La deficiencia de servicios adecuados de agua potable, que propician un perfil de saneamiento básico defectuosos y facilitan la presencia de criaderos del vector; así como también la falta de organización y de urbanismo.

La epidemia del dengue en Venezuela ha dejado enseñanzas acerca de diversos aspectos técnicos y operacionales de lo que significan las medidas de intervención para la prevención de la enfermedad, para el control de transmisor *Aedes aegypti*, así como del diagnóstico clínico y medidas terapéuticas, pero a pesar de ello no ha existido una campaña capaz de erradicar por completo este flagelo, o por lo menos controlarlo; las falta de capacidad política para resolver asuntos en el área de salud, le ha abierto las puertas a este mal, que crece indiscriminadamente a la par del crecimiento demográfico.

Las altas cifras de zonas infestadas con el *Aedes aegytpti*, principal vector del dengue en Venezuela y específicamente en Yaracuy han demostrado que en el mundo moderno existen condiciones ambientales

favorables para su propagación. Las cifras cada vez más alarmantes y en constante crecimiento, sobre todo en el estado Yaracuy, específicamente en el Municipio Cocorote, hacen que sea justificable la inversión de tiempo y dinero en la comunidad por parte del estado como ente de gobierno para capacitar a la ciudadanía en cuanto a saneamiento ambiental, a fin de controlar y disminuir el dengue y su propagación en este Municipio.

Se reconoce que los programas de prevención, centrados en el control de vector, que utilizan sólo el combate químico, con escasa participación de la comunidad y sin integración intersectorial, no consiguen contener al Aedes, el cual posee una gran capacidad de adaptación de ambiente.

A fin de alcanzar un descenso significativo y sostenido en el tiempo, de las infestaciones domésticas, es vital alcanzar una participación efectiva de la población en la disminución de los criaderos peridomiciliares y de educar a la ciudadanía en cuanto a la prevención; así como también la aplicación de políticas que conllevan a la mejora del sector salud de la comunidad y del mundo entero, razones estas que justifican la presente investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el Dengue dirigida a los habitantes del sector Chaparral, Municipio Cocorote, Estado Yaracuy. 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la morbilidad por dengue en el Municipio Cocorote en los años 2002-2006.

2. Describir las medidas preventivas aplicadas al Municipio Cocorote para controlar y disminuir los casos de dengue.

3. Precisar el conocimiento de los habitantes del sector Chaparral con respecto a Dengue, Saneamiento Ambiental y Participación Ciudadana.

4. Elaborar la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigido a los habitantes del sector Chaparral Municipio Cocorote, estado Yaracuy.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El objetivo fundamental de este trabajo es una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue en el Municipio Cocorote del estado Yaracuy, el cual obliga a realizar una revisión exhaustiva sobre antecedentes y bases teóricas del mismo, realizar la caracterización del Municipio y el sector Chaparral escogido como área de estudio y conocer sobre la enfermedad, el dengue y el vector que la transmite, algunos conceptos de educación sanitaria y participación comunitaria.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Benítez et al. (2002) Anunció que la segunda epidemia de dengue clásico se inició en Paraguay a partir de febrero de 1999. En marzo de 2000 se establece un plan de emergencia interinstitucional por decreto del Poder Ejecutivo. El objetivo de su estudio era determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los pobladores del barrio San Pablo de la ciudad de Asunción acerca del control de los mosquitos y del dengue.

Realizando un estudio observacional, descriptivo, aplicado a residentes adultos del barrio San Pablo, a través de una encuesta concluyendo que la población estudiada posee conocimientos adecuados con respecto a las características del dengue y el control de los mosquitos. Existe escasa participación en actividades comunitarias. Los conocimientos (información) adecuados no necesariamente derivan en prácticas preventivas.

Concepción et al. (2003). Realizan un rápido estudio en los 15 municipios de Ciudad de La Habana a principios del año 2003, con el fin de evaluar el comportamiento de algunos indicadores relacionados con el saneamiento ambiental y el trabajo de la comunidad en la prevención del dengue, para lo cual se utilizó el método de epicluster. Se aplicó una encuesta a un total de 3 150 personas de 15 o más años y a la vez se supervisaron las viviendas de los encuestados por personal de la campaña. Se inspeccionaron todos los centros de trabajo que se encontraban dentro de cada manzana seleccionada. Los encuestadores evaluaron durante su recorrido el comportamiento de un grupo de indicadores relacionados con el saneamiento ambiental que constituían riesgos para la aparición de focos, y tuvieron en cuenta también los reportes de las dependencias municipales. Mediante la aplicación de la encuesta se evaluaron los criterios de la población sobre el saneamiento ambiental en su manzana, calidad del trabajo por parte del personal de la campaña, médico y enfermera de la familia y organizaciones de masas, el conocimiento, el comportamiento y la

percepción de factores de protección para la aparición de focos. En el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SAS, mediante el cual se determinaron los porcentajes, medias, intervalos de confianza y cuartiles de los diferentes aspectos abordados. El saneamiento ambiental en las manzanas visitadas fue considerado de regular. El saneamiento de las viviendas y centros laborales muestran avances, pero exigen que se mantenga la atención priorizada y se continúe incrementando la participación sistemática de la comunidad. La percepción del riesgo, el conocimiento y el comportamiento de las personas encuestadas son aceptables; no obstante se debe continuar trabajando en el desarrollo de conductas para hacer sostenible la prevención y el control del dengue.

Liborio et al. (2004) En su proyecto sobre estrategias de prevención del dengue en Argentina centrando su trabajo en la acción de promotores domiciliarios, que acercaron conocimientos a los ciudadanos sobre el Dengue y su vector transmisor. Se recabó, además información para evaluar el riesgo asociado a la presencia de criaderos. La actividad se extendió a establecimientos educacionales y organizaciones barriales. Se promovieron, también, actividades intersectoriales concretas de limpieza y ordenamiento ambiental. La evaluación de dichas intervenciones, permitió verificar el perfeccionamiento de los conocimientos de la población mediante la promoción personalizada y posibilitó apreciar que se lograron mejores resultados con la incorporación de las escuelas y con las intervenciones

realizadas con amplia participación estatal. Este trabajo puso en evidencia la necesidad del rol del Estado como incentivador y organizador de actividades para modificar actitudes e incorporar comportamientos responsables y solidarios de los ciudadanos, que aporten a las estrategias saludables.

Guédez, (2004), realizó un trabajo de intervención comunitaria en el Municipio de Jiguani, Cuba, para determinar e incidir sobre el nivel de conocimiento acerca del *Aedes aegypti*. Se trabajó sobre la base de un diseño completamente aleatorizado y con un tamaño de muestra de 15 por cada grupo. Para ello se aplicó una encuesta a tres grupos de diferentes sectores de la población. Determinadas las deficiencias se aplicaron tres charlas educativas a cada uno y se procedió a realizar una segunda encuesta para valorar el efecto de las charlas. La encuesta inicial mostró que aunque el conocimiento de los tres grupos era aceptable, era susceptible de mejora. Sobre la base de estas deficiencias y sobre los aspectos que los encuestados querían conocer, se impartieron las charlas educativas. La última encuesta mostró que el 100% de los encuestados reconocen la importancia del vector en su capacidad de trasmitir dengue, y un 65% mencionan la fiebre amarilla. El 95% realiza el autofocal porque con el se contribuye a la eliminación de los posibles criaderos de mosquitos, aspectos estos deficientes en la primera encuesta. Además se reconocen un grupo importante de depósitos como importantes para el mosquito, como los tanques bajos, no reconocidos en la primera etapa. No existieron diferencias

en lo relacionado con el conocimiento del mosquito en cuanto a edad, profesión y nivel cultural. Se concluye que las charlas educativas fueron un buen método para hacer llegar los conocimientos que no se tenían o reforzar los ya existentes. Los conocimientos después de aplicadas las charlas educativas mejoraron, llegando a ser suficiente, para enfrentar la lucha por la eliminación del *Aedes aegypti*.

Naranjo, (2002) realizó una investigación cualitativa siguiendo la metódica hermenéutica. Que parte del sentir de que la problemática del Dengue trasciende el abordaje tradicional y biológico. Se realizó en la comunidad de Campo Alegre, ubicada en el Municipio Girardot, Estado Aragua, Venezuela para aproximarnos a la cultura política de miembros de esta comunidad y caracterizar la relación entre esta y las acciones de prevención contra el Dengue. El desarrollo de la investigación y la interpretación realizada permiten concluir que la cultura política de miembros de la comunidad, los hace corresponsables de las acciones de prevención, consideran que su participación para evitar la enfermedad es importante y va en beneficio del bienestar colectivo. No obstante piensan que su contribución no es determinante para resolver la problemática del Dengue. Lo cual es reforzado desde el sector salud, al promover en la comunidad acciones utilitarias y de colaboración, afianzando de ésta manera el paternalismo del Estado. Lo aquí planteado abre un camino para la investigación en ésta área.

Se recomienda que las acciones de prevención contra el Dengue se dirijan a la implementación de programas que partan de los aportes que hagan los propios habitantes de la comunidad que, son los que verdaderamente conocen la dinámica sociocultural de acción que se está dando en las mismas. Esto pasa por flexibilizar las medidas de control, debido a que no se pueden seguir aplicando medidas homogéneas para comunidades que son heterogéneas.

BASES TEÓRICAS

CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO SANITARIO COCOROTE

El Municipio Sanitario Cocorote se encuentra ubicado en el estado Yaracuy, posee una extensión de 135 Km2, su capital es Cocorote. Sus limites son: Por le norte el municipio Bolívar; por el sur Trinidad, al este Municipio Independencia y al oeste Municipio Sucre.

Presenta excelentes condiciones climáticas, con cuatro tipos de clima, los cuales son: Tropical seco, tropical húmedo, perimontañoso húmedo y perimontañoso seco. La temperatura oscila entre 20 y 32 grados centígrados con una media de 26◦C. Se identifican claramente dos estaciones, el periodo seco que va de Enero hasta Abril y el periodo lluvioso que va de Mayo a Diciembre.

La división política territorial actual divide al municipio Cocorote en 45 comunidades, 11 en zona rural y 34 de zona urbana; entre estas últimas se encuentra el sector Chaparral con 130 familias.

Existen siete establecimientos de atención médica adscritos al Municipio Sanitario Cocorote: Consultorios populares 3; Ambulatorio rural 1; ambulatorio urbano 2; centro de diagnostico integral 1, sala de rehabilitación integral 1; además de 20 consultorios de Barrio Adentro con la siguiente distribución: Casas 14, Octogonales 2, Ambulatorio del Ministerio de Salud 4. El Municipio posee 25 instituciones educativas, distribuidas en: 17 preescolares, 18 de educación básica y 3 instituciones de educación media, la tasa de alfabetización es de 94.4% (INE, 2001).

Posee una escuela de música, una casa de la cultura; existe una radio comunitaria. El transporte público es terrestre y labora 12 horas diarias. La vialidad consta de asfalto y granzón.

La actividad económica se basa en la actividad agropecuaria y comercio, sin embargo no satisface las necesidades del Municipio, existen 3 industrias privadas, locales comerciales y economía informal; no existen suficientes fuentes de empleo por lo cual migran al municipio vecino o a la capital del estado. El ingreso de un empleado equivale al salario mínimo.

Reseña histórica del sector Chaparral del Municipio Cocorote de Estado Yaracuy.

El sector Chaparral se encuentra ubicado al norte de la capital del municipio Cocorote con una altura de 540 metros sobre el nivel del mar, con una superficie de 8 hectáreas aproximadamente. Su nombre se debe al predominio del árbol Chaparro en el sector.

Antiguamente existía una laguna artificial para el consumo de agua del ganado, hoy en día es un foco de contaminación y almacenaje de aguas de lluvias. El sector presenta características geográficas naturales, colinda con una quebrada natural la playita.

El terreno de topografía inclinada hacia el sur, muestra una fachada de sus viviendas propias de la fabricación personal; unas 110 viviendas por INAVI el resto son ranchos; el 50% de los servicios públicos se basa en agua potable, servicios de cloaca, luz eléctrica, asfalto y aceras de algunas calles, se evidencian ranchos de zinc y madera, el servicio de ruta urbana es escaso. La población tiene características urbanas marginales basando su economía en pequeños establecimientos, economía informal y empleos del sector público.

Existe una institución educativa de primera etapa, Escuela Básica “Blas Herrera”, que cubre las etapas desde preescolar hasta sexto grado, la

cual fue construida hace cuatro años; se benefician con las misiones Robinsón, Ribas, Sucre y Vuelvan Caras.

El sector Chaparral cuenta con una cancha deportiva, plaza, Iglesias con diferentes grupos religiosos entre ellos: católico, testigo de Jehová, sana doctrina, Jesucristo es rey, piedra angular y práctica mágica religiosa espiritual.

Existe pobreza extrema, embarazo en adolescente, drogadicción, deficiencia de áreas recreativas y de vivienda. (Cordero et al., 2006)

A través de un estudio descriptivo, observacional y transversal, se caracterizó la población mediante el Análisis de la Situación de Salud y Calidad de Vida.

La aplicación del enfoque clínico epidemiológico y social permitió desarrollar la identificación de los principales problemas de salud, se priorizaron los problemas con la participación de la comunidad resultando que los cinco primeros problemas fueron: 1) Inseguridad 2) Mala disposición de la basura por parte de la comunidad 3) Déficit en el suministro de agua potable 4) Viviendas inadecuadas y riesgos ambientales por aguas naturales 5) Déficit de áreas recreativas.

La carencia de suministro de agua potable obliga a la comunidad a almacenar el preciado líquido lo cual se realiza sin tomar en cuenta las medidas preventivas necesarias para evitar el crecimiento del vector Aedes *aegypti,* creando un ambiente propicio para la existencia del dengue.

El sector Chaparral limita por el norte con el cerro Papacho y Quebrada la Virgen; por el Sur con el sector Caja de agua y Bomberos; al Este Quebrada la playita, al Oeste sector La cruz y terreno los españoles.

El Municipio Sanitario Cocorote, posee una población para el año 2006 de 42934 habitantes (INE, 2006).

El sector Chaparral ubicado al noreste de la capital del Municipio, posee una población de 1337 habitantes, cuenta con la siguiente red asistencial: ambulatorio Urbano tipo I de 8 horas (lunes a viernes), 2 consultorios médicos populares ubicados en casas, atendidos por colaboradores cubanos.

El sector se divide en dos comunidades que son Chaparral propiamente dicha y Colinas de Chaparral con 96 y 56 familias respectivamente. La población en estudio en esta investigación es la comunidad de Chaparral.

LA ENFERMEDAD, EL DENGUE

El dengue es una enfermedad febril de comienzo súbito, epidémica de origen vírico y transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* y con menor frecuencia por el *Aedes albopictus* Es frecuente en zonas de la India, Sudeste Asiático, Centro y Sudamérica, Caribe y África central y occidental.

Es causada por cualquiera de cuatro virus estrechamente relacionados (DEN-1, DEN-2, DEN-3 ó DEN-4) que son transmitidos a los humanos por la picadura de un mosquito infectado. El mosquito aegypti es el transmisor o vector de los virus de dengue más importante en el hemisferio occidental.

Se caracteriza por comienzo repentino, fiebre que dura de tres a cinco días (rara vez más de siete días y suele ser bifásica), cefalea intensa, mialgias, artralgias, dolor retroorbital, anorexia, alteraciones del aparato gastrointestinal y erupción. En algunos casos aparece tempranamente eritema maculopapular generalizado. Pueden aparecer fenómenos hemorrágicos de poca intensidad, petequias, epistaxis o gingivorragia. Debido a cambios patológicos fundamentales, los adultos posiblemente muestren graves fenómenos hemorrágicos, como hemorragia de las vías gastrointestinales en casos de úlcera péptica o menorragia. (Añez et al 2006).

La recuperación puede acompañarse de fatiga y depresión duraderas. Son frecuentes la linfadenopatía y la leucopenia con linfocitosis relativa; con

menor frecuencia se observan trombocitopenia e incremento de las transaminasas (aminotransferasas). Las epidemias tienen carácter "explosivo", pero la tasa de letalidad es muy baja siempre que no se presente dengue hemorrágico.

El diagnóstico diferencial incluye todas las enfermedades epidemiológicamente importantes incluidas bajo los rubros de fiebres víricas transmitidas por artrópodos, sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles sistémicas, en particular las eruptivas.

La presencia del anticuerpo IgM, que denota infección actual o reciente, suele detectarse entre el sexto y séptimo días después de comenzar la enfermedad. El virus se aísla de la sangre por inoculación de mosquitos o por técnicas de cultivo celular de mosquitos o vertebrados, y después se identifica con anticuerpos monoclonales con especificidad de serotipo. Del 2º y 3er día comienza a descender los glóbulos blancos y hay franco predominio del linfocito. (Añez et al, 2006).

CÓMO SE TRANSMITE

El virus del Dengue se transmite al ser humano por la picadura del mosquito infectado. Es decir, cuando el mosquito sano pica a una persona con Dengue, toma el virus de la sangre y al picar posteriormente a una persona sana la contagia con la enfermedad. El mosquito después de 8

días pasa a ser transmisor de la enfermedad. Ante todo recordamos que el mosquito en el primer período de su vida, lejos de ser volador es una larva acuática. Por ello es importante centrar la prevención en la identificación de criaderos de larvas y de ser posible, en el reconocimiento de las mismas.

ASPECTO CLÍNICO

Según OPS/OMS (1997) el dengue se caracteriza por presentar fiebre de aparición brusca y alta, cefalea y dolor retroocular, no moco, no tos; cara, orejas y ojos, enrojecidos, artralgias y malestar general, erupción o Rash (puede cursar o no con manifestaciones hemorrágica).

LABORATORIO

Hemoglobina - hematocrito: normal acorde a la edad. Valores Normales: HB:16 + ó – 2 gr % en el hombre y 14. + ó – 2 gr%. en la mujer. Hcto:47 + ó – 5 % en ambos sexos. Plaquetas: normales o ligeramente bajas sin llegar a menor de 100.000 mm3 Los valores normales son: 150.000 a 300.000 x mm3. Glóbulos blancos: Ligero descenso con predominio de segmentados.Los valores normales son: 4700 – 10000x mm3., luego del 3er al 5º día, cambia a linfocitos.

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE FIEBRE POR DENGUE HEMORRÁGICO**:**

- Grado I: Criterios clínicos y de laboratorio para el Dengue Hemorrágico, caso probable. Única manifestación hemorrágica: prueba de lazo positiva.

- Grado II: Criterio del Grado I mas, hemorragias espontáneas epistaxis, gingivorragia, petequias generalizadas, otras.
- Grado III (SCD): Criterios del grado II, inicio del choque (SCD), signos de alarma, debilidad, hipotensión, dolor abdominal, sudoración, frialdad distal, irritabilidad.
- Grado IV (SCD): Signos de choque profundo por insuficiencia circulatoria, acidosis metabólica, sangramiento o no por C.I.D. convulsión, coma, muerte.

SIGNOS DE ALARMA

- Distensión y dolor abdominal
- Frialdad distal (manos o pies)
- Sudoración profusa y piel pegajosa
- Somnolencia o irritabilidad
- Taquicardia e hipotensión
- Dificultad respiratoria o dolor toráxico
- Epigastralgia
- Convulsiones

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DENGUE/DENGUE HEMORRÁGICO

- Rubéola**:** Febrícula, adenopatías, retroauriculares, occipitales,3-5 días de evolución, no aumenta hematocrito.

- Influenza**:** Congestión nasal, tos, lagrimas, faringitis, odinofagia, no aumento hematocrito.
- Malaria**:** Palidez, duración mayor de 7 días, antecedentes epidemiológico, escalofrío, sudoración, fiebre en la tarde.
- Leptospirosis: Ictericia, anemia hemolítica, pruebas hepáticas alteradas.
- Fiebre amarilla**:** Ictericia, vómitos, nauseas, insuficiencia renal, aumento de bilirrubina, sérica, albuminuria, oliguria.
- Encefalitis equina venezolana**:** cefalea intensa y difusa, rigidez de nuca, convulsiones, antecedentes de contacto con equidos.
- Exantema súbito**:** fiebre elevada duración de 3 a 5 días, luego aparece eritema maculopapulares raro luego de 3 años de edad.
- Fiebre hemorrágica venezolana**:** Tos, faringitis, odinofagia, neumonía, postración, somnolencia, vómitos, alta letalidad (30-40%)
- Ehrlichiosis**:** Adenopatías dolorosas, retro auricular o cervical, más larga duración. Inclusiones de citoplasma de las plaquetas en frotis de capa blanca.
- Hantavirus**:** Compromiso renal insuficiencia respiratoria.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Signos de alarma

- Hemoconcentración con plaquetopenia
- Sangramiento activos
- Intolerancia a los líquidos por vía oral
- Decaimiento
- Domicilio lejano
- Lactantes y ancianos

AEDES AEGYPTI, EL VECTOR

Mosquito introducido en América, es una especie diseminada por el hombre por medio del transporte de sus adultos, huevos, larvas o pupas en barcos, aviones y transportes terrestres.

Sus hábitos son netamente antropófilos y domésticos, con radicación de criaderos en la vivienda o su peridomicilio.

Depósitos de agua, ubicados en objetos o construcciones, como neumáticos, baterías viejas, recipientes de todo tipo, botellas, floreros y piletas, entre otros, le sirven a *A. aegypti* para establecer sus criaderos en agua limpia, con bajo tenor orgánico y de sales disueltas, mediante la puesta de huevos en la superficie del recipiente a la altura de la interfase agua-aire. (OPS/OMS, 1999).

Los huevos, menores al milímetro de largo, son inicialmente de color blanco, para tornarse negros con el desarrollo del embrión, que evoluciona

en óptimas condiciones de temperatura y humedad en un lapso de 2 a 3 días. Con posterioridad a ese período, los huevos son capaces de resistir desecación y temperaturas extremas con sobrevidas de siete meses a un año. La mayor parte de cada postura es de eclosión rápida, mientras un porcentaje reducido constituye los llamados huevos resistentes, inactivos o residuales, capaces de largas sobrevidas.

Las larvas que emergen inician un ciclo de cuatro estados larvarios, creciendo a lo largo de tres mudas Su desarrollo se completa en condiciones favorables de nutrición y con temperaturas de 25 a 29 ºC, en 5 a 7 días, estando dotadas de movimientos característicos verticales, entre fondo y superficie, disponiéndose en forma de ese (S) durante los mismos. Son incapaces de resistir temperaturas inferiores a 10 ºC, superiores a 44 o 46 ºC, impidiéndose a menos de 13 ºC su pasaje a estadio pupal. (OPS/OMS, 1999).

La pupa no requiere alimentación y entre 28 y 32 ºC, completa su desarrollo hasta la emergencia del adulto en 1 a 3 días. Las variaciones extremas de temperatura pueden dilatar este período.

El ciclo completo de A. aegypti, de huevo a adulto, se completa en óptimas condiciones de temperatura y alimentación, en 10 días.

Las hembras hematófagas poseen hábitos de alimentación diurnos, en cercanía a los domicilios humanos, con gran afinidad a la alimentación sobre

el hombre. En resumen, es necesario recordar cómo se multiplica el mosquito Aedes aegypti. (OPS/OMS, 1999).

Criadero, es cualquier recipiente con agua almacenada, limpia y a la sombra. Entre los criaderos favoritos están: canchas, barriles, chapas, frascos, ollas, baldes, tanques, cisternas, botellas, latas, canales, estanques, bloques de cemento, hojas de plantas, huecos de árboles, envases de plástico, etc. La hembra deposita sus huevos en recipientes Estos huevos pueden ser vistos a simple vista, pues forman un anillo junto a las paredes internas de los recipientes a la altura del nivel del agua, el adulto sigue a las personas en sus desplazamientos

- Se poza en el interior de las viviendas (dormitorios, baños , cocinas entre otros)
- En el exterior, elige los lugares frescos y con sombra, cercanos a viviendas en donde las personas desarrollan sus actividades.

LA PROPUESTA

Según la Real Academia Española, una propuesta es una proposición o idea que se manifiesta y ofrece a alguien para un fin. La autora considera que una propuesta de capacitación es pertinente cuando se desea desarrollar procesos educativos orientados a mejorar y/o fortalecer comportamientos en este caso sanitarios en la población y que a su vez

pretenda lograr cambios conscientes y perdurables de conducta y no sólo aumentar los conocimientos siendo necesario que el capacitador deje de ser un transmisor de información y mensajes, y adopte mas bien el papel de facilitador del cambio.

Desde este punto de vista, la propuesta de capacitación ciudadana debe comprender un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente con educación continua todos los actores, como parte de las actividades institucionales y no se limite a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones, debe ser un conjunto de actividades encaminadas explícitamente al logro de unos objetivos, la esencia debe mostrar la conexión entre las acciones y lo que se desea conseguir.

La estructura de una propuesta educativa sanitaria según el Manual de Educación Sanitaria (1997) debe contener**:**

1. Justificación.
2. Identificación de necesidades educativas
3. Elaboración del diseño curricular y materiales educativos
4. Ejecución de la educación sanitaria
5. Evaluación del proceso educativo
6. Presentación y aprobación de la propuesta

La Justificación de una propuesta de salud esta dada por las razones que empujan a hacer dicha propuesta. Esta justificación se debe realizar tras un diagnóstico o identificación de necesidades relacionadas con el tema de estudio.

Identificación de necesidades educativas. En general todo adulto tiene un interés muy direccionado respecto de lo que desea aprender, dentro de una escala de prioridad de actividades se interesa más por lo que define que le va a ser útil para mejorar aquellas que considera más importantes.

Considerando que la población con la que vamos a trabajar son adolescentes y adultos, antes de iniciar un proceso educativo es necesario identificar a través de un diagnóstico, sus necesidades e intereses de capacitación, sólo así los contenidos de la capacitación tendrán las condiciones para ser aceptados por los usuarios y habrá posibilidades de lograr los resultados esperados.

El diseño curricular no es más que el plan que debe guiar nuestras acciones para el logro de objetivos durante el desarrollo del proceso educativo. El plan nos ayudará a saber qué vamos a hacer, cómo vamos a hacerlo, qué necesitamos y en qué tiempo lo haremos.

Este diseño debe contener:

a. Objetivo General

Un objetivo educativo debe enunciarse en términos de resultado, es decir, que es lo que pretendemos que el auditórium esté en condiciones de hacer luego de desarrollada la actividad educativa, Un objetivo general expresa una nueva situación (el cambio que queremos producir).

b. Objetivos Específicos

Estos objetivos deben desprenderse del objetivo general y apuntar a lo que los participantes deberán hacer o conocer para lograrlo.

.

c. Contenidos

Lo que los participantes deberán conocer y saber hacer para alcanzar el o los objetivos específicos constituirán los contenidos temáticos.

d. Procedimiento

En este espacio se describe en forma detallada cómo van a ser desarrollados los contenidos educativos considerados en el diseño.

e. Materiales

En este rubro se consideran todos los materiales que van a requerirse para el desarrollo de la sesiones de acuerdo al procedimiento que se utilizará en cada tema. Con esta relación el equipo responsable podrá preveer su disponibilidad para evitar inconvenientes o improvisaciones en el momento

de la ejecución. Así mismo se distribuirán tareas para la preparación de láminas, guías, tarjetas, u otros materiales que fueran necesarios.

f. Tiempo o Duración

Especificar el tiempo necesario para el desarrollo de cada sesión de acuerdo al procedimiento y características de los participantes. Cuando la capacitación se realiza en aula se recomienda no exceder de 02 horas continuas por sesión, porque se corre el riesgo de cansar a los participantes y perder el interés en el tema tratado. No basta con identificar el tiempo total necesario para la sesión, es de gran utilidad distribuir este tiempo entre los diferentes momentos al interior del tema a tratar.

g. Responsables

Designar las personas que tendrán a su cargo la ejecución de cada sesión. Es conveniente que todos los involucrados tengan un conocimiento global del proceso educativo a desarrollar y conozcan sus responsabilidades específicas con anticipación, para poder preparar los contenidos y materiales necesarios.

Ejecución de la educación sanitaria. Se realizarán las coordinaciones con los líderes de la comunidad y otras instituciones involucradas para su ejecución. Es frecuente que al llegar a una comunidad a desarrollar una actividad educativa las condiciones previstas hayan cambiado (los líderes no están, hay un proyecto productivo) por lo que para aplicar nuestro diseño

debemos adecuarlo al nuevo contexto, es decir revisar los contenidos y la metodologías planteadas y cambiarlas si fuera necesario.

El fracaso de muchos procesos educativos radica en que la exigencia por cumplir metas hace que los diseños o planes se apliquen tal cual fueron elaborados, sin considerar el contexto al momento de su aplicación. Durante la ejecución de la educación sanitaria, el diseño debe constituirse en un instrumento que guíe el trabajo día a día.

La evaluación del proceso educativo nos permitirá estimar los resultados obtenidos con el propósito de tomar decisiones sobre la continuidad del proceso, modificaciones o ajustes a realizar. La evaluación puede realizarse en diferentes momentos, antes de iniciar el proceso (situación inicial), paralelo a su desarrollo y después de concluido (resultados).

La presentación se refiere a que toda propuesta debe ser presentada a una instancia superior. El documento de la propuesta debe ser corto, sintético, claro, atractivo y ha de redactarse con un lenguaje adecuado a los posibles lectores.

La capacitación ciudadana en salud debe estar condicionada a dar respuesta organizada institucional y socialmente para enfrentar en forma integral los problemas prioritarios de salud de una población. Este proceso

reflexivo llevó a definir el conjunto de características y criterios que debe tener el proceso educativo en salud para cumplir las metas propuestas.

La parte educativa de esta propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue en la comunidad de Chaparral Cocorote-Yaracuy, fundamenta sus estrategias de aprendizaje en la problematización, reflexión y acción, a través de procesos andragógicos, horizontales, participativos y dialógico para la construcción colectiva del saber. Al respecto Freire (1977) señala que la "educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se elaboró la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigido a la comunidad de Chaparral Municipio Cocorote estado Yaracuy**.**

EDUCACIÓN SANITARIA

Según el Manual de educación sanitaria (1997), es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos

formales e informales, que ejecutan permanentemente con educación continua todos los actores, como parte de las actividades institucionales; no se limita a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones.

También se afirma en este Manual que la educación sanitaria es un componente muy importante para:

- Fortalecer y/o mejorar estilos de vida (hábitos, costumbres y comportamientos) saludables en hombres y mujeres.
- Garantizar el adecuado uso y mantenimiento a los Sistemas de Agua Potable e instalaciones para la disposición de excretas y basuras.
- Promover la organización comunal, de manera que la población asuma un papel más activo en el cuidado de su salud y en la gestión de su desarrollo.
- Mejorar las propuestas institucionales tomando en cuenta las experiencias y conocimientos locales.
- Ampliar el espacio de relación actual entre la comunidad e instituciones.

Es frecuente que se piense que es el Ministerio de Salud quien debe asumir la responsabilidad de la Educación Sanitaria, mientras que otras instituciones serían las encargadas de construir las infraestructuras que

necesita la comunidad, actuando en forma paralela, sin coordinar sus acciones. Esto ocasiona, que una vez terminada una obra no haya continuidad del proceso educativo y tampoco seguimiento al uso de los servicios, a pesar de que en la mayoría de los casos, se realiza una entrega oficial de la obra al Sector Salud y comunidad.

Para garantizar la sostenibilidad de los resultados en salud y saneamiento ambiental es necesario involucrar a todos los actores presentes en la zona, como: Establecimientos de Salud, ONG, Municipios, Iglesia, Educación, Promotores de Salud, y otras Organizaciones de la Población. (Manual de Educación Sanitaria, 1997)

La educación sanitaria es tarea de todos, el rol de los capacitadores es orientar y facilitar la identificación de necesidades e inquietudes expresadas por el grupo.

Su papel fundamental es fomentar que los participantes expresen sus conocimientos y experiencias en relación a los temas, presentar en forma sencilla las propuestas institucionales, y facilitar el análisis buscando la complementariedad de ambos conocimientos (nuevo conocimiento) (Manual de Educación Sanitaria, 1997)

Según este Manual para lograr cambios en las direcciones deseadas, es necesario que el capacitador establezca una relación horizontal con la comunidad, bajo este principio la actitud de los educadores estará caracterizada por:

- Respeto a la dinámica de las personas y su forma de diálogo (ser tolerantes y cautelosos en la expresión).
- Saber escuchar.
- Modestia y sinceridad.
- Planificación participativa de las actividades educativas, con horarios adecuados a la dinámica comunal.
- Uso de métodos que animen a las personas a expresar sus opiniones.
- Interés en indagar los por qué de las explicaciones de los pobladores.

El adulto a diferencia del niño, tiene ciertas características dadas por su experiencia e intereses que deben tenerse en cuenta en el desarrollo de procesos educativos. En tal sentido, presentamos 4 principios básicos, a considerar en todo proceso educativo dirigido a adultos:

El adulto tiene un *pensamiento integral* en la toma decisiones para la acción; es decir en toda decisión combina factores económicos, técnicos, sociales y culturales, con predominancia de alguno de ellos pero sin excluir los otros, según el tipo de decisiones que desea tomar, sin embargo muchas

veces nuestras propuestas sólo consideran el factor técnico y desconocen los otros factores, lo que hace que muchas de nuestras propuestas no sean asumidas.

Todo adulto muestra interés por aprender lo que define que le va a ser útil para mejorar aquellos aspectos que considera más importantes, es así que todo aquello que esté directamente ligado a sus necesidades de mejorar sus actividades económico-productivas estará en primer orden de prioridad.

La estrategia de aprendizaje del adulto es práctica, aprende y enseña haciendo, por lo que los procesos educativos deben ser eminentemente prácticos, siguiendo la lógica de “cómo hacer” antes que una lógica académica.

Toda acción educativa se desarrolla en el marco de una dinámica social, económica y cultural, que abarca espacios sociales, familiares e individuales, provocando en los actores reacciones a favor, en contra o neutral, según sientan que serán o no afectados; en tal sentido se hace necesario diseñar una estrategia que permita manejar el contexto en favor del proceso educativo a desarrollar.

Si bien a nivel comunal, el que tiene mayor participación en actividades de saneamiento básico, es el hombre; la mujer es la principal figura que permanece en los hogares , es la persona que está en relación

directa y tradicionalmente con las necesidades por lo que, la capacitación y los procesos de educación sanitaria pueden facilitar la participación de la mujer como un agente de cambio de conducta dentro del hogar convirtiéndose en agente importante para garantizar un mayor efecto de los proyectos correspondientes a la población destinataria. Asimismo la mejora de la salud familiar depende del cambio en el concepto que tiene la comunidad de la relación existente entre las enfermedades transmitidas por el agua y el ambiente inmediato, espacio en el que la mujer tiene especial ingerencia.

A diferencia de los adultos que ya tienen comportamientos, hábitos y costumbres establecidos, los niños se encuentran en una etapa de formación y aprendizaje, en la que se pueden fortalecer actitudes positivas y generar nuevos hábitos y comportamientos, con ello se pretende que las nuevas generaciones adquieran estilos de vida más saludables, en este marco el trabajo con escuelas adquiere especial importancia.

Según el Manual de Educación Sanitaria (1997), Si bien es cierto que la estructura curricular contempla aspectos de salud y deja espacios para adecuarlos al contexto local, en la práctica son muy pocos los docentes que lo realizan, limitándose la mayoría a replicar contenidos diseñados en función a las zonas urbanas.

Esto implica:

- Trabajar con los docentes de los Centros Educativos.
- Promover la articulación de contenidos de salud en todas las materias de estudio, buscando la adecuación de estos a la realidad de sus comunidades.
- Asimismo promover el diseño y elaboración de material educativo utilizando recursos de la zona, de tal manera que la educación sanitaria sea un proceso permanente en la formación de los niños.

Por lo general muchos procesos educativos parten del interés de las instituciones y no recogen las necesidades ni el interés de los usuarios; por otro lado, la relación que establecen los educadores con la población es unidireccional, produciéndose una transferencia de mensajes pre elaborado suponiendo lo que el otro necesita o no sabe.

Los procesos educativos de este tipo no producen cambios sostenibles en las direcciones deseadas; lo más frecuente es que el mensaje se pierda o que no pueda ser interiorizado por los usuarios, por lo que no se llevan a la práctica, manteniéndose la situación que se quiere modificar, convirtiéndose la acción educativa en una práctica repetitiva o ritual sin resultados.

Para superar esta situación es necesario replantear el procedimiento educativo, siguiendo algunos principios que garanticen los resultados.

Una característica muy importante de un proceso educativo es la flexibilidad, la que le permite adecuarse a las características y necesidades de cada comunidad, para un desarrollo diferenciado de acuerdo a la organización comunal, a la dinámica y características de la población, etc. Este carácter de flexibilidad requiere de un dominio del enfoque y la metodología de educación de adultos por parte de las personas encargadas de desarrollar el proceso.

Para lograr un proceso educativo a partir de los intereses y necesidades de la población es necesario que las instituciones comprendan que la comunidad es un cliente que ha demandado un servicio y no un trabajador que ofrece mano de obra para la construcción de dicho servicio por lo tanto como cliente, debe quedar satisfecho con lo que ha demandado, así se podrá establecer una relación horizontal entre ambos.

Es necesario también, considerar que el ritmo de asimilación de la comunidad es diferente al ritmo de ejecución de un proyecto. El proceso educativo debe ser un proceso permanente y dinámico que variará de acuerdo a los avances de las comunidades y que podría tener mayor énfasis durante la ejecución del proyecto.

Según Torres (2001), existe una propuesta de Comunidad de Aprendizaje que integra educación escolar y no-escolar, recursos reales y virtuales, en un ámbito territorial determinado (urbano y/o rural), se inspira en el pensamiento más avanzado y la mejor práctica de la "educación comunitaria" y de movimientos como la Educación Popular en América Latina, y toma asimismo elementos de la "visión ampliada de la educación básica" propuesta en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos"

De igual forma, Jomtien, (1990) refiere que no se plantea como un modelo cerrado, limitado al ámbito local, deslindado del Estado e incluso pensado como alternativo a éste, sino expresamente como una propuesta de política educativa, centrada alrededor de una estrategia de desarrollo y transformación educativa y cultural a nivel local, con protagonismo ciudadano y teniendo en la mira el desarrollo local y el desarrollo humano.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La OMS/OPS en su publicación, La Salud Pública en las Américas (1998), plantean, la participación social o ciudadana entendida como el derecho y la capacidad de la población para participar efectiva y responsablemente en la adopción de decisiones y en su ejecución, en relación al cuidado de la salud.

También menciona que la participación social en salud se expresa en la participación ciudadana general que es condición para la vigencia de la libertad, democracia y control social de la acción pública y por tanto de equidad; es condición esencial para la eficacia y la satisfacción y en el contexto de las actuaciones en materia de salud es un fin deseable por si misma.

Para lograr la prevención de dengue a nivel comunitario se busca concienciar y activar a la población, tanto en el ámbito familiar como en el colectivo, para que se apliquen medidas antivectoriales vitales para la protección de la salud. Con el propósito de facilitar este proceso, se debe establecer acciones que fomenten la participación comunitaria, con su implementación se previenen, además de dengue, otras enfermedades transmitidas por vector, se previenen y evitan accidentes domésticos y se refuerza la autoestima. Todo mediante el saneamiento básico de la vivienda.

Se sabe que el tratar de vender salud en la comunidad es complejo, es por ello que se propone difundir los beneficios de un ambiente limpio a fin de motivar cambios favorables en el autocuidado de la salud. Algunos de los beneficios son:

- Disminuye la presencia de mosquitos dentro y fuera de la casa.

- Se reducen las molestias provocadas por mosquitos.
- Disminuye el uso y aplicación de insecticidas y larvicidas.
- Aminora el riesgo de enfermar individual y colectivamente.
- Se logra un ahorro y aprovechamiento del agua almacenada.
- Se crean y fortalecen hábitos higiénicos en la familia.
- Se optimizan los espacios para la recreación y convivencia familiar.
- Se mejora el entorno social y la calidad del ambiente en la medida que se hace el saneamiento de la vivienda.
- Se fortalecen lazos de colaboración y participación entre las familias.
- Se crean y fortalecen medidas de prevención para la salud.
- Se disminuyen y previenen accidentes domésticos.
- Evita la proliferación de fauna nociva.
- Se previene la presencia de vectores que transmiten otras enfermedades (intoxicación por picadura de alacrán, Chagas, paludismo, entre otras).
- Se contribuye al ahorro en la economía familiar, por la reducción de gastos empleados en el tratamiento de enfermedades.

Mejías (2004), establece que en la concepción de Estado que podemos sustraer de la obra de Simón Rodríguez , observamos que el peor mal que puede enfrentar una sociedad es la ignorancia (en cualquiera de sus formas) pues no se puede construir ninguna república sin conocimiento,

tanto de sus posibilidades como de sus problemas La organización mas amplia en este sentido es el contrato social, ya que otorga el marco en el que se desenvolverán el mayor contrato plasmado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y apunta al desarrollo de la cooperación y corresponsabilidad, los cuales son imposible sin una cultura desarrollada fortalecida y difundida por una educación integral y crítica en la que todos participemos como emisores y receptores de conocimiento.

Con la CRBV nace la propuesta del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de “carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social”, mencionando también que la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control.(Art.84)

El SPNS que se quiere debe ser construido desde la base, es decir, de abajo hacia arriba, desde su fundamento o sobre lo que se quiere influir, es fundamental sobre los nuevos pensamientos y las nuevas prácticas, garantizando coherencia entre el medio y el fin.

La ciudadanía debe organizarse y ser protagonista de su proceso de cambio, tanto de conciencia como de lucha. Se deben identificar los problemas comunes de cada sector a fin de consolidar la lucha y proyectarse al futuro, hacia el SPNS que queremos.

Además de la CRBV se elaboran otras leyes como la Ley Orgánica del Poder Público Municipal, este llamado a la ciudadanía permite que se organicen en comité de salud, contraloría social, consejos comunales, asambleas parroquiales, consejos locales de participación popular entre otras, confiriéndoles el derecho a participar en el diseño, planificación, ejecución, y control de los recursos.

Hoy en día se puede ver que la ciudadanía organizada decide participar de manera activa en la toma de decisiones, existe la voluntad de participar e involucrarse directamente en la construcción de un nuevo país, naciendo así la democracia participativa y protagónica donde el pueblo participa en los asuntos públicos lo cual refleja un cambio de cultura en la conciencia ciudadana para beneficio colectivo.

Con esta estrategia de organización popular la ciudadanía puede decidir y direccionar conjuntamente con las autoridades públicas la inversión adecuada de los recursos, habiendo corresponsabilidad entre los funcionarios públicos y la comunidad de manera que se facilite la intervención de la ciudadanía en la toma de decisiones ya que solo el ciudadano conoce cuales son sus prioridades.

Se debe priorizar la salud como un derecho, profundizar la participación protagónica, reforzar la corresponsabilidad de los ciudadanos y

la comunidad organizada, debiendo participar en el saneamiento ambiental, en el control social, en la administración de los bienes públicos en salud a fin de favorecer un contacto mas estrecho y fluido en las actividades de promoción y prevención en salud. (Mejías, 2004).

Desde la concepción constitucional la participación en salud es un derecho y un deber de la población venezolana; en conjunto Estado y comunidad establecen un pacto de corresponsabilidad trazándose las metas de lograr construir el SPNS.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

La resistencia de los seres humanos hacia la forma como se han impuesto los programas de salud, obliga a un cambio en los programas y en especial en la manera de entender la relación de las personas con el control de las enfermedades y los programas de control.

Al respecto, González (2004) plantea que los conocimientos de la población no se corresponden con la conducta adoptada por ellos, ante las situaciones que ponen en riesgo la salud.

Un aspecto importante a considerar es la educación, pero una educación que tenga como objetivo no solo vencer la resistencia de los individuos, sino incitarlos a participar activamente en las acciones de

acondicionamiento ambiental que requiere el control de las enfermedades metáxenicas. Se requiere de una educación que propicie la participación comunitaria, no de cualquier otro tipo de educación sanitaria.

Cuando hablamos de educación para la participación comunitaria en los programas de salud, estamos pensando en la manera cómo es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos.

La educación es una manera cómo los conocimientos que han derivado de la investigación científica son utilizados y puestos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal de contribuir al control de las enfermedades.

Al respecto Briceño, (1996) propone siete tesis sobre la relación entre educación sanitaria y participación en salud:

1. Tesis I: La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.
2. Tesis II: La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino uno lleno a ser transformado
3. Tesis III: No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.

4. Tesis IV: La educación debe ser dialógica y participativa. Si ambos saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes
5. Tesis V: La educación debe reforzar la confianza de la gente en si misma.
6. Tesis VI: La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento, esfuerzo-logro, la educación no puede ser sólo verbal.
7. Tesis VII: La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

En la mayoría de los proyectos de saneamiento básico, la participación comunitaria ha resultado ser una herramienta o un mecanismo de las instituciones ejecutoras para facilitar la implementación de sus planes de trabajo, cumplir sus metas y para abaratar los costos de construcción, lo que no ha permitido que la comunidad presente cambios sustanciales en la corresponsabilidad del cuidado de su salud. (Manual de Educación Sanitaria, 1997).

Una forma de facilitar la participación de la comunidad, es trabajando a través de interlocutores comunales (Equipos Comunales de Salud, promotores, Juntas Administradoras de Agua Potable) desarrollando en ellos la capacidad de producir mensajes para generar cambios a nivel de la

comunidad, fortaleciendo su capacidad de gestión para la solución de problemas de salud y desarrollo comunal.

La comunidad debe participar en todos los momentos de la educación sanitaria, desde la identificación de las necesidades hasta la evaluación.

Es preciso involucrar a la comunidad en todo el proceso de educación sanitaria para garantizar que el mensaje construido con ella tenga vigencia y asegure los cambios o mejoras en las direcciones deseadas; para lo cual es necesario el uso de metodologías que permitan la participación activa de la población en la identificación de necesidades de educación sanitaria, la búsqueda de metodologías e instrumentos, la ejecución y evaluación de la misma.

Es necesario incorporar una serie de propuestas de abordaje a la atención de salud bajo un enfoque integral y participativo, privilegiando las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades y sus factores de riesgo, con miras a satisfacer las necesidades sociales que demanda la población en las diferentes áreas y niveles de la atención en salud, lo que implica una política de salud cogestionaria desde el punto de vista intersectorial, ínter programática, interdisciplinaria y con participación activa de la población, en el desarrollo compartido y corresponsable de las

actividades dirigidas al mejoramiento individual y colectivo de la salud de la población.

BASES LEGALES

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.

CAPITULO IV De Los Derechos Políticos Y Del Referendo Popular

La CRVB promulgada establece varios art. que le dan relevancia a la participación ciudadana en la solución de sus problemas, el artículo 70 establece:

Artículo 70..."De los medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía (Empresas comunitarias, cooperativas, cajas de ahorro, asamblea de ciudadanos, referendo, consulta popular, etc.).

CAPITULO V De Los Derechos Sociales Y De Las Familias

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado proveerá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar

activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84**.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud da prioridad a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando el tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en instituciones públicas de salud.

CAPÍTULO IV Del Poder Público Municipal

Artículo 184... “La Ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estado y Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que estos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo: La

transferencia de servicios en materia de salud, educación, vivienda, deporte, cultura.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

CAPITULO IV De Las Administraciones Municipales En Salud

Artículo 16**.** Los alcaldes serán responsables en sus respectivos municipios de la gestión de los servicios de promoción de la salud, saneamiento ambiental, atención médica del nivel primario y contraloría sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en este Capítulo y en el Capítulo III del presente Título, así como también con lo establecido en los Títulos III y VII de esta Ley. En el ejercicio de las funciones antes señaladas los alcaldes actuarán de acuerdo con las políticas del Ministerio de Salud, el plan Estatal de la salud y los programas de la Organización de la Salud.

TÍTULO III DE LOS SERVICIOS PARA LA SALUD

CAPITULO I De La Promoción Y Conservación De La Salud

Artículo 25**.** La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con

los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y Conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y la preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se trata uno de los aspectos más importantes de este estudio, como lo es el proceso metodológico mediante el cual se orienta y se define la metodología utilizada, la misma dará repuesta a una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigido a los habitantes del sector Chaparral Municipio Cocorote, estado Yaracuy.

Es el “como” se realiza el estudio para responder al problema planteado. (Arias, 2006).

MODALIDAD O ENFOQUE

Es un Modelo Mixto o Cuali-Cuantitativo, este modelo representa el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques Cualitativo y Cuantitativo (Hernández, 2003).

El diseño de la investigación, se define como una estrategia que adopta el investigador como forma de abordar un problema determinado,

generalmente se traduce en un esquema o gráfico que permite identificar los pasos que deberá dar para efectuar su estudio explicando así el modelo metodológico asumido.

Para Tamayo (2004) el diseño se define como el planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, adaptadas a las particularidades de cada investigación, con el señalamiento de los pasos a efectuar, y las técnicas a utilizar en la recolección y análisis de datos. En tal sentido, se refiere a la estructura a seguir en la investigación.

El diseño en el cual se basó esta investigación está enmarcado dentro de la modalidad de Proyecto Factible que según El Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón” (2004) “consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades.

El Proyecto Factible comprende las siguientes etapas generales: diagnóstico, planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta; procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su

ejecución, análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto, y en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y la evaluación tanto del proceso como sus resultados.

Igualmente el diseño de la investigación trata los aspectos operativos de la misma. Se refiere a las fuentes de donde se va a obtener la información para la realización del trabajo de investigación, si son fuentes vivas y si la información se recoge en un contexto natural de investigación. Para llevar a cabo este proyecto se estructura un esquema de trabajo orientado a la recolección y análisis de datos que permitan determinar la morbilidad por dengue en el Municipio en el último quinquenio, conocer las medidas preventivas aplicadas en el Municipio y evaluar el nivel de conocimiento y la corresponsabilidad del sector. Esto dará el basamento de la propuesta.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Según Hernández (2003) La Unidad de Análisis son las personas, organizaciones, periódicos, comunidades, situaciones, eventos, sobre el cual se van a recolectar datos.

En esta investigación la Unidad de Análisis corresponde los habitantes del sector Chaparral Municipio Cocorote, Estado Yaracuy, donde existen viviendas con patios y espacios libres entre los domicilios y con áreas

consideradas críticas en el control de *Aedes aegypti*; además, esta comunidad presenta mayor número de casos de dengue en comparación con otras comunidades del Municipio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población según afirma Pineda et al. (1994) Es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación.

En esta investigación la población que se toma para este estudio es el sector Chaparral Municipio Cocorote estado Yaracuy.

Según Arias (2006), la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible.

Tamayo (2004), establece que cuando para un estudio se toma la totalidad de la población, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se proyecta. Cuando esto ocurre se dice que se ha investigado el universo.

En este trabajo se ha investigado el universo, conformado por las familias del sector Chaparral; 86 familias de un total de 96, ya que en el momento de aplicar el instrumento, 6 familias no se encontraban en sus

hogares y 4 no permitieron la realización de la encuesta, es decir se aplicó al 89,6 % de la población.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se aplicó una entrevista casa por casa en la comunidad de Chaparral encuestando a la primera persona que apareciera en el momento de la visita.

Criterios de Inclusión: Vivir en esa vivienda, ser mayor o igual a 15 años, poseer facultades mentales para cooperar con el cuestionario y brindar su consentimiento para el mismo

Criterios e Exclusión Todo aquel que no cumpla con los criterios de inclusión, además de los que se encuentren ausente para el momento de la entrevista.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Afirma Hurtado (1998), que la técnica de recolección de datos comprende procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación. Los instrumentos constituyen un conjunto de pautas e instrucciones que orientan la atención del investigador hacia un tipo de información específica para impedir que se aleje del punto de interés.

Para dar respuesta al primer y segundo objetivo las técnicas de recolección de datos que se llevaron a cabo fueron la revisión de fuentes documentales como lo son, el EPI 12, es el instrumento designado por el Ministerio de la salud para que a nivel nacional se reporte semanalmente las enfermedades de notificación obligatoria y el formato de F2 – 77 donde el responsable del programa Control del Aedes a nivel Municipal, almacena la información de visita a una vivienda en una actividad de control del Aedes fase larvaria (ataque y/o preventivo) deposita la información respectiva y las cantidades de criaderos, con las características de la eliminación y el tratamiento.

Se revisaron las estadísticas epidemiológicas de los casos de dengue durante el período 2002 a 2006 , de igual forma se revisó la información del servicio de Vigilancia Epidemiológica Sanitaria Ambiental establecidas como normativas y cuales de éstas fueron cumplidas a nivel Municipal llevadas en las hojas del visitador de abatización y eliminación de criaderos, formatos F2-77, consolidado de control de Aedes fase larval, año 2002 al 2006, Control de charla a nivel educativo y comunidad.

Para dar respuesta al tercer objetivo, precisar el conocimiento de los habitantes del sector Chaparral con respecto a Dengue, Saneamiento Ambiental y Participación Ciudadana se utilizó como instrumento de recolección de datos El cuestionario.

Según Hurtado (1998), el cuestionario es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Las características de cada instrumento de medición pueden ser múltiples; sin embargo, hay dos que por su relevancia son fundamentales, ya que si los instrumentos no llenan estos requisitos, los datos recolectados tendrán limitaciones importantes. Estas cualidades son confiabilidad y validez. (Canales, 1999)

La Confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, es decir, la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. (Canales, 1999)

La Validez es entendida como el grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir. Esta característica se considera fundamental para un instrumento, pues es requisito para lograr la confiabilidad. (Canales, 1999).

La validez y confiabilidad fue dada por juicio de expertos.

El instrumento de tipo cuestionario fue validado por la Dra. María Santana Especialista en Salud Pública adscrita a la dirección regional del Estado Aragua, Dra. Milagros Durán Epidemióloga y la Dra. Fanny Dávila Docente-Investigador del IAESP, con experiencia en la elaboración de este tipo de instrumento, quienes en líneas generales realizaron las siguientes observaciones:

- Reformular las preguntas 1,4,5 y 6
- Incluir un ítem a la pregunte 7 y 8
- Omitir la pregunta 15

El instrumento quedó conformado con 13 preguntas multivariadas sencillas, abiertas y cerradas. Con esta encuesta se evidenció el conocimiento y comportamiento de la comunidad ante el dengue, además de los criterios para salud ambiental en su comunidad.

La información que se recopiló será utilizada únicamente, como insumo para elaborar una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigido a los habitantes del sector Chaparral Municipio Cocorote, estado Yaracuy.

Este instrumento consta de tres partes, la identificación, el objetivo del instrumento, es decir, para qué será destinada la información recogida en el mismo y las preguntas.

Antes de aplicar el cuestionario se realizó una prueba de campo o prueba piloto a fin de determinar su calidad y los ajustes que amerita. La prueba de campo o piloto debe ser aplicada a un grupo de sujetos que tengan características similares a la de la población que será estudiada, pero no es conveniente que sujetos que han participado en la prueba sean incluidos en la etapa de recolección definitiva de información. (Canales, 1999)

Se aplicó una prueba piloto, a veinte (20) usuarios que asistieron a un taller de dengue en el CDI de Cocorote y que pertenecen a la comunidad de Acequias.

Los resultados de la investigación obtenidos a través del instrumento de recolección de datos se presentarán en forma de gráficos y cuadros. Se procesó la información y se realizaron los análisis estadísticos pertinentes a través del programa SPSS versión 10.0 utilizado en el campo de la epidemiología, se realizó la distribución de frecuencias absolutas y relativas y se procedió a analizar cada pregunta por separado. Se utilizó el programa Harval Grafic para su diagramación.

Una vez realizado todo este análisis, que dió el diagnóstico del dengue en el Municipio Cocorote del estado Yaracuy, se procedió al diseño de la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para el control y disminución del dengue en la comunidad de Chaparral, fin último de este trabajo de investigación.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación pretende realizar una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue en el Municipio Cocorote, Yaracuy; entre los alcances se puede mencionar:

Colaboración de la comunidad de Chaparral para las actividades planteadas siendo factible la recolección de la información necesaria para cumplir con el objetivo del instrumento aplicado.

Permite al Municipio conocer la eficacia e impacto de las medidas epidemiológicas que se han puesto en práctica para el control del Dengue en los sectores de riesgos.

Sirve de marco de referencia para evaluar el impacto de las medidas aplicadas en el Municipio.

Permite reorientar algunas estrategias para la disminución del dengue y control del vector.

De las limitaciones podemos mencionar:

El estar laborando y no ha dedicación exclusiva para la tesis limita el tiempo para realizar la investigación.

Las condiciones climáticas en el área dificultaban el avance del trabajo, por las precipitaciones de lluvia en la zona.

Para determinar las medidas preventivas que se aplican en el Municipio Cocorote en atención al dengue, se tuvo que revisar los registros semanales de F 2 -77 correspondiente a los años 2002 al 2004, la revisión fue manual carpeta por carpeta ya que para este período no se llevaba control mensual ni anual a nivel del Municipio lo cual arrojó una investigación con datos faltantes.

Algunas personas que no se encontraban en sus hogares al momento de aplicar el instrumento y otras que no daban importancia al estudio, rechazando dar información forman parte de estas limitaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos después de la revisión de los registros de morbilidad en el Municipio Cocorote en el período 2002 al 2006, de la revisión de las normativas establecidas por el programa de VESA regional y su cumplimiento a nivel municipal y de la aplicación del cuestionario a las familias de la comunidad de Chaparral, dando de esta forma cumplimiento a los objetivos propuestos en este trabajo de investigación**.**

En el departamento de Epidemiología del Municipio Cocorote del estado Yaracuy, reposa la información de los casos sospechosos de dengue reportados desde el año 2002 hasta el 2006; para determinar la morbilidad por dengue en este quinquenio se hace uso de la revisión de los EPI 12 y de planillas de relación de resultados de casos sospechosos cuyos resultados se muestran a continuación:

Tabla 1

Morbilidad según Enfermedad de Notificación Obligatoria Municipio Cocorote 2002-2006

Años	Nro de casos	Porcentaje
2002	2801	16,70
2003	3831	22,84
2004	3693	22,01
2005	3355	20
2006	3095	18,45
Total	16775	100

Fuente. EPI 12 Municipal

Esta tabla muestra el número de usuarios que consultaron con enfermedad de notificación obligatoria por año, se observa que el año 2003 presentó el mayor porcentaje de consultas con 22,84% del total de consultas, se evidencia también que en el año 2002 presenta el menor porcentaje con 16,70%.

Tabla 2

Distribución de Casos Sospechosos de Dengue según Enfermedad de Notificación Obligatoria Municipio Cocorote 2002-2006

Casos	Frecuencia	Porcentaje
Dengue	206	1.3
Otras causas	16569	98.7
Total	16775	100

Fuente. EPI 12 Municipal

Se puede observar en la tabla número 2 que de las 16.775 consultas de enfermedad de notificación obligatoria 206 fueron casos sospechosos de

dengue, representando el 1,3% del total de enfermedades de notificación obligatoria, al observar este porcentaje pudiera pensarse que es muy bajo sin embargo al evaluar las consecuencias que el dengue implica como son la incapacidad temporal a las actividades cotidianas y en algunos casos generando hospitalizaciones y hasta muerte en caso de complicaciones por dengue hemorrágico se evidencia que es un importante problema de salud publica, a pesar de ser fácilmente prevenible.

Tabla 3

Distribución de Casos Sospechosos de Dengue y otras Causas Según Cifras Absolutas y Tasas de Morbilidad por Dengue Municipio Cocorote 2002-2006

Años	Nro de casos	Otras causas	Total	Tasas
2002	9	2792	2801	1,6
2003	6	3825	3831	1,7
2004	17	3676	3693	4,28
2005	106	3249	3355	25,34
2006	68	3027	3095	15,9
Total	206	16.569	16.775	9,43

Fuente. EPI 12 Municipal

En esta tabla se puede observar el número de casos sospechosos de dengue por año, el cual se fue incrementando considerablemente a partir del año 2004.

El mayor repunte se evidencia en el año 2005 pudiendo expresar que de cada 10.000 habitantes 25 se diagnosticaron como sospechosos de dengue; en el año 2002 y 2003 se observan las tasas mas bajas

Entre las razones que pueden atribuirse a la presencia de esta tasa de morbilidad están fundamentalmente los factores predisponentes de la enfermedad presente en las comunidades entre los cuales pudiera nombrarse el desconocimiento de la forma de transmisión de la enfermedad, falta de conciencia para la eliminación de criaderos inútiles y el mantenimiento de medidas preventivas en criaderos útiles.

A partir del año 2003 muestra un incremento progresivo de los casos hasta llegar a 17 en el 2004; sin embargo a partir de ese año se observa un aumento brusco hasta llegar a un estado de franca epidemia en el 2005 con 106 casos; a partir de allí comienza un descenso también brusco para el año 2006 sin llegar a desaparecer.

El año con mayor número de casos de dengue es el 2005 con una tasa de 24,8 x 10.000 habitantes.

En líneas generales se observa que el comportamiento del dengue en el quinquenio 2002- 2006 muestra una tasa de morbilidad de 9,43 x 10.000 habitantes.

Tabla 4

Casos Sospechosos de Dengue por Tipo y Año Municipio Cocorote 2002-2006

Años	Nro de casos				Total	%
	FD	%	DH	%		
2002	9		0		9	4,37
2003	6		0		6	2,91
2004	12		5		17	8,25
2005	68		38		106	51,46
2006	51		17		68	33
Total	146		60		206	100

Fuente. EPI 12 Municipal

En este tabla se evidencia que para el quinquenio 2002-2006 el tipo de dengue mas frecuente es el fiebre dengue con 146 casos equivalentes a 70,87%; el dengue hemorrágico alcanzó un29,13 %. Observándose una relación FD/DH de 2:1.

Para poder describir las medidas preventivas que se han llevado para el control del dengue en el Municipio se realizó un análisis de fuentes documentales que consistió en la revisión de las normativas establecidas por el hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Programa de VESA y que las mismas forman parte de las políticas de saneamiento ambiental emanadas por dicho Ministerio quien designa los lineamientos que deben cumplirse a nivel municipal y que se describen a continuación; de

la misma manera se expone cuales se cumplieron en el período 2002 al 2006.

Básicamente estas medidas consisten en establecer control del vector en fase larval además de la educación sanitaria. Este trabajo preventivo es llevado a nivel municipal a través de las planillas del visitador consolidadas en formato F2-77 para control de *Aedes aegypti* fase larvaria.

Tabla 5

Programación y Ejecución de Medidas Preventivas para el control del Dengue. Municipio Cocorote. 2002-2006

Actividad	Año 2002		Año 2003		Año 2004		Año 2005		Año 2006	
	Prog.	Ejec	Prog.	Ejec	Prog	Ejec	Prog.	Ejec	Prog.	Ejec
Visita a casas	-----			1298	910	856	970	1174	1060	3895
Tratamiento a casas	-----			464	640	460	658	466	714	2393
Eliminación de criaderos	-----			7.460	25.000	2.169	25000	3613	27500	23466
Tratamiento a criaderos	-----			1783	930	823	2175	1040	2340	7210
Educación Sanitaria	-----			----	0	---	10	---	22	---

Fuente: F2 77

Como se puede evidenciar en la tabla anterior, no se obtiene información sobre la planificación de los años 2002 y 2003 sin embargo el año 2003 muestra una ejecución. Para el año 2004 no se programan actividades de educación sanitaria En el año 2005 lo establecido en la

programación de VESA no se cumplió cabalmente en el Municipio, la eliminación de criaderos se cumplió un 14,45%, tratamiento a casas se cumplió un 70,8% y tratamiento a criaderos se cumplió un 47,8% además, se observa que tanto lo programado como lo ejecutado es insuficiente para controlar los casos de dengue que se presentan; la autora considera que si la vida media del abate es de dos a tres meses, cada casa debe visitarse con esta frecuencia y no cada seis meses o una vez por año como ocurre en algunos sectores. Las actividades de educación sanitaria programadas son inespecíficas en cuanto a tópicos y beneficiarios además de que son muy pocas y no se obtiene soporte de su ejecución.

Los resultados de esta investigación demuestran que las medidas preventivas son informativas en lugar de ser formativas a fin de involucrar a la comunidad al trabajo de saneamiento ambiental, las medidas no han podido controlar esta enfermedad, mas bien se evidencia incrementada la misma año tras año.

Llama la atención que en el Municipio existen 45 sectores y para el año 2005 según los registros solo se visitaron 19 lo cual resulta insuficiente para controlar el vector y disminuir el dengue. La investigación demuestra que las medidas preventivas han sido poco efectivas para lograr el control del vector y disminuir la enfermedad del dengue.

En el tercer objetivo de esta investigación se propone evaluar el nivel de conocimiento de la comunidad de Chaparral con respecto a saneamiento ambiental dengue y participación ciudadana, este se logró a través de la aplicación de un cuestionario estructurado a la comunidad aplicándolo a toda persona habitante de la comunidad de Chaparral mayor de 15 años que se encontrara en su casa al momento de la encuesta y con disposición a colaborar, que en total fueron 86 personas obteniéndose los siguientes resultados.

TABLA 6

Clasificación de las personas según grupo de edad .Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Indeterminado	2	2,3	2,3
15-24	14	16,3	18,6
25-34	30	34,9	53,5
35-44	23	26,7	80,2
45-54	12	14,0	94,2
55-64	4	4,7	98,8
65 y más	1	1,2	100,0
Total	86	100,0	

Fuente: Encuesta sobre Dengue

De las 86 personas que fueron encuestadas el 34,9% se encuentra en edades comprendidas entre 25 a 34 años seguida del grupo de edad de 35 a 44 años; el 2,3% no definió su edad.

TABLA 7

Clasificación de las personas según sexo .Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	76	84,9	84,9
Masculino	13	15,1	100,0
Total	86	100,0	

Fuente: Encuesta sobre Dengue

De las 86 personas que fueron encuestadas el 84,9% correspondió al género femenino y el 15,1% al género masculino.

TABLA 8

Clasificación de las personas según grado de instrucción .Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	12	14,0	30,2
Secundaria	40	46,5	76,7
Técnica	11	12,8	89,5
Ninguna de las anteriores	14	16,3	16,3
Total	86	100,0	

Fuente: Encuesta sobre Dengue

De las 86 personas encuestadas 46,5% aseguraron poseer grado de instrucción secundaria; mientras que el 12,8% posee un nivel técnico; el

grado de instrucción con menor porcentaje es el superior con 10,5% aunque un grupo importante no posee grado de instrucción.

TABLA 9

Clasificación de las personas según ocupación .Encuesta Comunidad de Chaparral.Cocorote Yaracuy. 2007

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	24	27,9
Empleado	16	18,6
Estudiante	16	18,6
Ama de casa	30	34,9
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

De las 86 personas que fueron encuestadas en la tabla 9 se evidencia que el 34,9% refirió ser ama de casa seguido de un 27,9% que pertenece al sector obrero; 18,6% manifestaron ser empleados y estudiantes,.

A continuación se presentan los resultados de las 17 preguntas que fueron construidas para precisar el conocimiento y la corresponsabilidad del sector con respecto al saneamiento ambiental en su comunidad.

TABLA 10

Pregunta Nº 1: Qué es el dengue

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Es una grave enfermedad febril viral	53	61,6
Es una grave enfermedad febril bacteriana	12	14,0
Es una enfermedad prevenible por vacuna	5	5,8
Es una enfermedad producida por parásito	7	8,1
Ninguna de las anteriores	9	10,5
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

Se observa que el 61,6% de la población conoce que el dengue es una infección febril viral. Solo un 5,9% piensa que es prevenible por vacuna.

TABLA 11

Pregunta Nro. 2: Cómo se transmite el dengue

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Por la picadura de un mosquito	78	90,7
Por ingerir agua contaminada	3	3,5
Por la presencia de basura	3	3,5
Por la presencia de moscas	1	1,2
Por contacto no sexual con la persona infestada	0	0
Ninguna de las anteriores	1	1,2
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

En la tabla 11 se muestra que el 90,7% de los encuestados conoce que los mosquitos pueden transmitirle el dengue, existe un 3,5% que piensa que pueden ser transmitidos por moscas; en este caso la información impartida a través de la educación sanitaria no fue efectiva.

TABLA 12

Pregunta Nro. 3: Dónde vive y se reproduce el agente transmisor del dengue

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
En agua limpia que guardamos para beber, cocinar, lavar	26	30,2
En agua almacenada sucia	33	38,4
En la basura	5	5,8
Todas las anteriores	21	24,4
ninguna de las anteriores	1	1,2
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

El 38,4% cree que el mosquito vive en agua sucia mientras que solo un 30,2% conoce que se reproduce en agua limpia almacenada. Esta pregunta también muestra el poco conocimiento de la comunidad con respecto al vector lo cual es fundamental fortalecer en la propuesta.

TABLA 13

Pregunta Nro. 4: Conoce Usted los síntomas del dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	81,4
No	16	18,6
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

El 81,4% de los encuestados conoce los síntomas del dengue mientras que un 18,6% lo desconocen. Eso evidencia la necesidad de implementar la propuesta de capacitación ciudadana. (Tabla 13))

TABLA 14

Pregunta Nro. 5: Por qué cree que hay dengue en su comunidad

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de escombros	3	3,5
No se recoge la basura	4	4,7
Los tanques o almacén de agua no están tapados	28	32,6
Las personas no mantienen la limpieza	16	18,6
Todas las anteriores	35	40,7
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

El 40,7% de los encuestados supone que el dengue en su comunidad es debido a muchas causas como son el hecho de no mantener los tanques o almacenamiento de agua bien tapados, falta de limpieza, presencia de basura y escombros; el 32% se lo atribuye solo a mantener los almacén de agua destapados y solo el 3,5% no le ha llegado el mensaje preventivo de VESA ya que se lo atribuye a los escombros. Esta pregunta es fundamental para la construcción de la propuesta ya que engloba una serie de medidas que en forma mancomunada pudieran aplicarse a nivel de las comunidades siendo el protagonista la comunidad organizada.

TABLA 15

Pregunta Nro. 6: Cuáles de las medidas que a continuación se mencionan considera Usted que son preventivas de dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Conocer sobre el dengue a través de educación sanitaria	3	3,5
Campañas de divulgación sobre dengue	3	3,5
Eliminación de criaderos	15	17,4
Eliminación de mosquitos	4	4,7
Todas las anteriores	57	66,3
Ninguna de las anteriores	4	4,7
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

El 66,3% de los encuestados considera que la educación sanitaria, campañas divulgativas contra el dengue, la eliminación de criaderos y eliminación del mosquito son medidas preventivas del dengue; el 17,4% considera que solo es necesario la eliminación del mosquito y un 3,5% considera solo a la educación sanitaria como medida preventiva.

TABLA 16

Pregunta Nro. 7 La información que tiene sobre el dengue la recibió a través de

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Medios de comunicación	12	14,0
Equipo de salud	43	50,0
Instituciones Educativa	11	12,8
No ha recibido información	9	10,5
Otros	11	12,8
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

El 50% de las personas encuestadas manifiestan haber recibido información sobre dengue por parte del equipo de salud, el 14% a través de los medios de comunicación; el 10,5% manifiesta no haber recibido información sobre dengue.

TABLA 17

Pregunta Nro. 8: Qué medidas preventivas toma Usted para prevenir el dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tapa los envases de almacenamiento de agua	12	15,2
Mantiene el abate (larvicida) en los recipientes	3	3,5
Coloca las botellas vacías boca abajo o bajo techo	2	2,3
Elimina criaderos	6	7,0
Todas las anteriores	57	66,3
Ninguna de las anteriores	5	5,8
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

Al investigar las medidas preventivas que utiliza la comunidad sobre el dengue 66,3% respondió cumplir con todas las medidas mencionadas. Solo el 15,2% tapa los envases de almacenamiento de agua y 2,3% coloca las botellas vacías boca abajo y bajo techo.

TABLA 18

Pregunta Nro. 9: Quién considera Usted debe realizar actividades para prevenir el dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Comunidad organizada	15	17,5
Alcaldía	3	3,5
Equipo de salud	13	15,1
Equipo de educación	2	2,3
Todos los anteriores	53	61,6
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

En relación a las actividades para prevenir el dengue el 61,6% manifestó una actitud de responsabilidad compartida; el 15,1% atribuyó toda la responsabilidad al sector salud, 3,5% considera responsable a la alcaldía y el 2,3% responsabiliza al equipo de educación, lo cual coincide con lo mencionado por Concepción y cols (2003) en el estudio realizado.

TABLA 19

Pregunta Nro. 10: Quiénes son responsables de la eliminación de los criaderos del agente transmisor del dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Comité de salud	12	14,0
Organizaciones comunitarias	5	5,8
Alcaldía	9	10,5
Todos los anteriores	57	66,3
Ninguno de los anteriores	3	3,5
Total	86	100,0

Fuente Encuesta sobre dengue

En cuanto a la responsabilidad de eliminación de criaderos para el Aedes aegypti el 66,3% manifestó una actitud de responsabilidad compartida; el 14% atribuyó toda la responsabilidad al comité de salud, 31,01% considera responsable a la alcaldía y el 3.5% no respondió. (Tabla 19) sería fundamental tomar en cuenta para la propuesta que la comunidad organizada puede fungir como multiplicadores de la información y formación y de esta forma sea transmitida de la manera mas adecuada e idónea.

TABLA 20

Pregunta Nro. 11: Qué medidas preventivas propondría Usted para evitar el dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tapar envases con agua	16	16,3
Eliminar criaderos	12	12,2
Jornadas comunitarias	17	17,3
Concienciar la comunidad	11	11,2
Educ. S. Charlas, talleres	15	15,3
Abatización	13	13,2
Eliminación de basura	08	8,16
Limpieza	06	6,12
Total	**98**	**100**

Fuente: Encuesta sobre dengue

En relación a esta pregunta los encuestados permitieron dejar expresar sus ideas basadas en los conocimientos previos, sus propuestas fueron muy abiertas pudiéndose concentrar en ocho propuestas (tabla 20).

En los resultados de esta pregunta se pone en manifiesto que los habitantes de Chaparral proponen para evitar el dengue jornadas comunitarias en un 17,3%, tapar lo recipientes con agua en un 16,3%. y educación sanitaria en un 15,3%. Esto permite incorporar estas medidas a la propuesta de educación ciudadana en saneamiento ambiental.

TABLA 21

Pregunta Nro. 12: De las siguientes actividades cuál considera Usted la más adecuada para informarle sobre cómo evitar el dengue en la comunidad

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Charlas	46	53,5
Talleres	21	24,4
Videos	6	7,0
Trípticos	3	3,5
Otras	10	11,6
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

Esta tabla indica las actividades mas adecuadas para informar sobre el dengue según las personas entrevistadas. El 53,5% considera adecuada las charlas, el 24,4% a los talleres, un 7% considera adecuado los videos y un 3,5% la entrega de trípticos. El 11,6% consideró otras actividades como teatro, videogramas entre otros. De manera que las charlas, talleres y videos pudieran incluirse como recursos fundamentales en la propuesta del programa de educación ciudadana para controlar y disminuir el dengue fin último de la investigación.

TABLA 22

Pregunta Nro. 13: Le gustaría formar parte de la brigada comunitaria de lucha contra el dengue

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	63	73,3
NO	23	26,7
Total	86	100,0

Fuente: Encuesta sobre Dengue

En relación a la pregunta de si le gustaría formar parte de una brigada de lucha contra el dengue la tabla 22 muestra que el 73,3% respondieron que si, lo que demuestra que para estas personas la participación comunitaria es necesaria para la solución del dengue. El 26,7% manifestó que no por falta de tiempo. Esto es importante ya que el éxito de la capacitación ciudadana está íntimamente vinculado con el sentido de compromiso y la corresponsabilidad que manifiesten los habitantes para mantener una comunidad sana.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN CIUDADANA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA CONTROLAR Y DISMINUIR EL DENGUE, DIRIGIDA A LA COMUNIDAD DEL CHAPARRAL, MUNICIPIO COCOROTE, ESTADO YARACUY, 2007.

El presente trabajo tiene como objetivo general el elaborar la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue en la comunidad de Chaparral, la misma tendrá su basamento en el nivel de conocimiento de dicha comunidad acerca del dengue y el vector que lo produce, el compromiso de la comunidad para combatir esta enfermedad, de los problemas de saneamiento ambiental y de las medidas preventivas aplicables al Municipio.

Es una propuesta de educación sanitaria con capacitación ciudadana contextualizado a la realidad yaracuyana, específicamente al Municipio Cocorote.

Se debe considerar el aspecto organizativo el cual se remite a un replanteamiento del componente educativo del programa VESA, que permita adecuar la estructura actual de todas las instancias de Atención Primaria en

Salud del Municipio a los motores de la revolución expuestas por el Presidente de la República, dando énfasis a:

- Poder Comunal
- Praxis Socialista
- Vinculación institucional e interinstitucional
- Nueva Gerencia en Saneamiento Ambiental

Esto exige adecuar la organización de salud ya no solamente a las instituciones sanitarias sino a territorios donde todo espacio habitable es educacionable, propugnando una escuela extramuros, una escuela que motorice la conciencia solidaria, comunitaria, vinculando teoría y praxis, donde las empresas de producción social, las cooperativas y toda organización comunitaria sean concebidas como espacios de educación sanitaria.

Esto permitiría, no solamente recibir conocimientos teóricos a cerca de su principal inclinación o vocación, sino que pueda ser parte del conocimiento práctico mediante los saberes que le aporta no solo el programa, a través del promotor de salud sino el saber propio de su cultura legada por sus padres, familiares, libros vivientes, la contribución de este ciudadano en el desarrollo

de su comunidad y por ende en el arraigo de su sentido de pertenencia, así como una vinculación directa con su espacio social.

Es parte de la construcción del Poder Comunal con participación de una escuela en salud comunitaria, como un sujeto activo de esa complejidad comunitaria, donde esta participe en la toma de decisiones de la comunidad y la comunidad en la toma de decisiones de la escuela. En este orden de ideas, la escuela debe asumir la formación de la comunidad para la toma de decisiones de manera responsable y ética, procediendo a la conformación de Comité o brigadas municipales amigos de la salud, donde se incluya la participación de las Coordinaciones municipales de salud, inspectores de salud pública, epidemiólogos, médicos en general, enfermeras, promotores de salud, concejales, docentes comunitarios, comunidades organizadas, movimientos sociales, familias, estudiantes, representantes, entre otros.

Se espera que esta acción llegue a todos los espacios educativos: la calle, el taller, el campo, el barrio y fundamentalmente al hogar como núcleo primario de la acción preventiva, vista en un proceso dinámico, cognitivo y práctico. Este colectivo municipal generaría canales de participación reales de la comunidad, mediante debates populares que son elementos indispensables para enriquecer el proceso educativo comunitario.

Propiciar Comunidades de aprendizaje, mediante la formación política e ideológica de los ciudadanos, en la que se estimule la discusión sobre el socialismo educativo (praxis socialista), desde y con la institución de salud, para que puedan asumir con responsabilidad, compromiso y ética las diferentes demandas que plantea la geometría político territorial y el poder popular de la salud.

Se hace necesaria la vinculación institucional e interinstitucional de tal manera que todas las instituciones vinculadas con el hecho educación sanitaria y capacitación ciudadana puedan actuar sinergicamente para la profundización de la educación popular.

Nueva gerencia de saneamiento ambiental: Como una acción vinculada con el marco jurídico que aporta la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se propugnará en las instituciones de salud una gerencia de saneamiento ambiental que se caracterice por ser democrática, participativa y protagónica, donde los colectivos actúen como animadores de los procesos que se desarrollan en ella y funjan como modeladores de tales acciones, buscando el aplanamiento de la estructura organizacional mediante un liderazgo horizontal, en este sentido el sector salud actuaría como facilitador canalizando las estrategias que han surgido desde la comunidad.

Innovaciones de la práctica de saneamiento ambiental con estrategias de aprendizaje constructivistas, andragógicos y transformacionales: dinámica de grupos, aprendizaje significativo, sociodramas, mapas mentales, mapas conceptuales, teatros y otros.

Implantación del componente psicológico: la nueva ciudadanía sustentada en tres ejes fundamentales -convivir, saber, hacer- para la conformación del ser social, incorporará en su práctica de capacitación ciudadana aspectos que permitan estimular su dimensión psicológica, para así favorecer el desarrollo integral del ser humano: auto estima, motivación al logro, resiliencia, internalidad, toma de decisiones, trabajo en equipo entre otros.

Conformación de líneas de investigación vinculadas hacia la búsqueda de posibles soluciones que conlleven a mejorar la calidad de vida a través de la formación ciudadana.

A continuación se presenta el contenido de la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigido a la comunidad de Chaparral Municipio Cocorote Yaracuy 2007.

La misma esta estructurada de la siguiente manera:

- Teoría que fundamenta la propuesta
- Justificación de la propuesta
- Objetivos
- Estructura del programa
- Recursos
- Presupuesto
- Factibilidad

TEORÍA QUE FUNDAMENTA LA PROPUESTA

La teoría del constructivismo social según Cullen (1998) esta basada en una capacitación objetiva y efectiva a través de la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus problemas. Esta capacitación supone la construcción de un sujeto social del conocimiento, y que esta construcción necesite la intervención explícita de la comunidad que enseñen conocimientos para que otros lo aprendan

Esta propuesta fundamenta sus estrategias de aprendizaje en la problematización, reflexión, acción, a través de procesos andragógicos,

horizontales, participativos y dialógico para la construcción colectiva del saber.

La metodología a utilizar en el desarrollo de los mismos, parte de la premisa que todos tenemos conocimientos que son válidos y que lo que se va a hacer es complementarlos haciéndole aportes a esos conocimientos, por lo tanto será un proceso de diálogo y participación donde todos aporten ideas para la construcción de un proceso formativo con aprendizaje significativo.

JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

Elaborar una propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigida a la comunidad del Chaparral, Municipio Cocorote, estado Yaracuy**,** exige mirar varios aspectos fundamentales que la justifiquen, en primer lugar, la alta morbilidad por dengue en el Municipio, en segundo lugar la organización y participación efectiva de la comunidad y seguidamente que las medidas preventivas que se llevan a cabo en las diferentes comunidades del Municipio no son los suficientemente efectivas y concluyentes para controlar y disminuir esta enfermedad**;** patología que aunque prevenible es un grave problema de salud en muchas partes de América y puede afectar negativamente las economías nacionales y de la región.

La necesidad de hacer efectiva la participación comunitaria en forma protagónica, desde la planificación, ejecución y control de los programas de salud y la búsqueda concertada de soluciones entre la comunidad y las autoridades sanitarias a los problemas de salud que presenten las comunidades justifica también la propuesta.

La participación de la comunidad en el desarrollo de la propuesta tienen una actuación preponderante y determinante en la planificación y ejecución de las actividades a implementar en el mismo, las cuales derivan del conocimiento que la comunidad tiene de su realidad.

Ante la presencia del Dengue en el Municipio Cocorote con su repunte en el año 2005 surge la preocupación de la permanencia de esta enfermedad donde el saneamiento ambiental básico es inadecuado.

El Dengue representa una de las principales causa de consulta, la presencia de esta enfermedad constituye un importante problema de salud pública en el Municipio Cocorote lo cual se evidencia en los resultados de este trabajo de investigación, que revelaron que en este Municipio entre los años 2002 al 2006 hubo un repunte de casos sospechosos de dengue.

En esta investigación también se evidenció que las medidas preventivas establecidas por el Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Ambiental (VESA) dirigidas a la prevención y control del dengue en el Municipio no se cumplieron en un 100% y sus estrategias se consideran poco efectivas para prevenir y controlar dicha enfermedad.

Frente a las condiciones de vida que muestra la comunidad de Chaparral la propuesta trata de dar a conocer a la población qué es el dengue y sus factores de riesgo con la intención de motivar y concienciar a los habitantes de dicha comunidad sobre medidas preventivas para controlarlo; es de vital importancia garantizarle a este personal un programa de salud para la prevención y control del dengue con un enfoque integral y en donde se puedan aplicar estrategias de intervención con acciones integradas de promoción de salud y prevención de enfermedades, adaptadas a las necesidades de la comunidad y así brindarle una solución posible a un problema de salud importante en este Municipio, buscando establecer actitudes y comportamiento que serán medidas de prevención del dengue.

OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Desarrollar procesos educativos orientados a la capacitación en saneamiento ambiental, de los ciudadanos de la comunidad de Chaparral

con el fin de fortalecer el comportamiento sanitario que genere acciones de prevención y control del dengue desde la participación comunitaria.

ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA

La propuesta queda estructurada en dos bloques que abordará a la comunidad en pequeños grupos y en masa. Se organiza de la siguiente manera:

A.- CAPACITACIÓN GRUPAL:

Módulo I: Captación de talento amigos de la salud.

Módulo II: Trabajo comunitario y en equipo.

Módulo III: Clínica y epidemiología del dengue.

Módulo IV: Control integral del vector *Aedes aegypti*.

B – CAPACITACIÓN EN MASA.

Módulo I: Captación de talentos amigos de la salud

Objetivo Terminal: Al finalizar el módulo los participantes estarán identificados y sensibilizados con el trabajo comunitario y estarán en capacidad de pesquisar familias de riesgo.

OBJETIVOS	CONTENIDO	DURACION	ESTRATEGIAS	EVALUACIÓN
Sensibilizar a la familia y a la comunidad sobre la importancia y el cuidado de su salud Identificar los beneficios para la familia y la comunidad de ejecutar la propuesta	Cuidado de la salud familiar Cuidado de la salud comunal Ventajas de ejecución de la propuesta	4 horas teóricas 4 horas prácticas	Exposición del facilitador Talleres Videos Dinámica de grupo	Informe verbal sobre la utilidad de los temas tratados

Módulo II: Trabajo comunitario y en equipo.

Objetivo Terminal: Al finalizar el módulo los participantes estarán en capacidad de asumir el trabajo comunitario y en equipo con un mínimo de herramientas que facilitarán las actividades a emprender.

OBJETIVOS	CONTENIDO	DURACION	ESTRATEGIAS	EVALUACIÓN
Proporcionar información teórico práctica para el trabajo comunitario en equipo	Métodos de abordaje de comunidades Liderazgo y delegación de responsabilidades Técnica de elaboración de rotafolio y trípticos Técnica de dinámicas grupales	4 horas teóricas 4 horas prácticas	Exposición del facilitador Charlas Talleres Videos Discusión de temas	Informe verbal sobre la utilidad de los temas tratados

Modulo III: Clínica y epidemiología del dengue

Objetivo Terminal: Al terminar el módulo los participantes estarán en capacidad de reconocer factores determinantes de transmisión del dengue, indicar e implementar medidas preventivas, reconocer y orientar a casos sospechosos de dengue.

OBJETIVOS	CONTENIDO	DURACION	ESTRATEGIAS	EVALUACIÓN
Adiestrar a los participantes en clínica y epidemiología del dengue	Concepto de dengue Clínica de dengue Epidemiología de dengue	4 horas teóricas 6 horas prácticas	Exposición del facilitador Charlas Talleres Videos Discusión de temas	Resumen escrito de los temas tratados

Módulo IV: Control integral del vector Aedes aegypti.

Objetivo Terminal: Al concluir el módulo los participantes tendrán los conocimientos necesarios para la implementación de medidas preventivas adecuadas a la situación existente en lo relativo a la localización, vigilancia y control de los criaderos.

OBJETIVOS	**CONTENIDO**	**DURACION**	**ESTRATEGIAS**	**EVALUACIÓN**
Capacitar a los participantes en la identificación y control de criaderos de Aedes	Ciclo de vida del *Aedes aegypti* Condiciones necesarias para el desarrollo del vector Métodos de control de criaderos: Abate Abatización Medidas para evitar la creación de criaderos	3 horas teóricas 8 horas prácticas	Exposición del facilitador Charlas Talleres Videos Visitas domiciliarias	Experiencia del trabajo de campo

INDICADORES

Indicador de procesos: Actividades

ACTIVIDADES	INDICADORES
Charlas, talleres, trípticos, videos	Número de charlas, talleres trípticos y videos cumplidos de los planificados
Visitas domiciliarias	Número de visitas cumplidas de las planificadas
Criaderos eliminados	Número de criaderos eliminados de los inspeccionados
Criaderos tratados	Número de criaderos tratados de los identificados
Personas orientadas	Número de participantes de la actividad

CAPACITACIÓN EN MASA

- Establecer convenios con las radios comunitarias a fin de que diariamente informen tips de salud alusivos al dengue.
- Automatizar páginas en la Web de tal forma que al encender el computador la clave que permita avanzar en el equipo será posterior a leer el mensaje de lucha contra el dengue; el mismo será implementado en todos los CEBIT y en todos los INFOCENTRO del municipio.
- Será de carácter obligatorio que los planteles retomen la tarea escolar.

- Convenir con las junta de ferias desfiles relacionados con dengue.
- Establecer como normativa con carácter obligatorio actividades de formación en la lucha contra el dengue a toda organización comunitaria.

RECURSOS PARA LA PROPUESTA

Entre los recursos necesarios para implementar la propuesta tenemos: los recursos materiales y los humanos.

Recursos Materiales:

Papel Bond, marcadores, cartulinas, tijeras, pizarra magnética, marcadores, televisor, DVD, videos educativos, trípticos, abate, planillas de control y visitador. Vehículo

Recursos Humano:

Educador, Técnico en saneamiento ambiental, personal de salud, promotor, comité de salud, conductor.

PRESUPUESTO

Todo programa genera gastos y costos derivados de los recursos humanos, los materiales y equipos imprescindibles para su implementación y ejecución, el cálculo de estos costos se delega al organismo o la institución que asuma la propuesta; cabe resaltar que este presupuesto es de bajo costo por cuanto el Municipio cuenta con el recurso humano y los CEBIT, sin embargo a continuación se muestra un estimado de los costos:

PRESUPUESTO

CONCEPTO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Materiales Y Equipos	(Bolívares)	(Bolívares)
Material de Oficina		
Lápices	800,00	12.800,00
Carpetas	1.200, 00	19.200,00
Marcadores	1.500, 00	3.000,00
Papel Bond 20	18.000,00	18.000,00
Cartulina	800,00	12.800,00
Tijera	2.000,00	32.000,00
Impresiones		240.000,00
Reproducciones		800.000, 00
Rotafolio	4.000,00	20.000,00
Pizarra Magnética		140.000,00
Reproducción de videos	5000	25.000,00
DVD		300.000,00
Video Beam		2.000.000,00

Vehículo
Combustible…… 5.000,00……25.000,00
SUBTOTAL…….3.647.800
Imprevistos (logística, publicidad, inflación)……364.780, 00

TOTAL GENERAL……4.012.580,00

FACTIBILIDAD

Según Hurtado (1998) el estudio de factibilidad consiste en determinar si los recursos y la tecnología para la fabricación o ejecución del diseño están disponibles, es decir demostrar tecnológicamente que es posible producirlo, que no existe impedimento alguno en el abastecimiento de los insumos necesarios para su producción. Se debe demostrar que es económicamente rentable llevarlo a cabo.

La puesta en práctica del contenido de las proposiciones expuestas puede ser evaluada desde las siguientes perspectivas:

Factibilidad Económica: pudiera considerar el discurso del presidente de la República Bolivariana de Venezuela así como también lo contemplado en la CRBV sobre la gratuidad de los servicios de manera que el aporte económico requerido pudiera estar a cargo el ejecutivo regional.

Factibilidad Técnica: existe la disponibilidad de la tecnología necesaria para realizar esta propuesta.

Factibilidad Legal: no existen leyes, resoluciones u otras normativas que impidan la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria como parte de la propuesta a realizar en el sector Chaparral Cocorote Yaracuy

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

La morbilidad por enfermedad de notificación obligatoria del Municipio Cocorote en los años 2002-2006 es de 16.775 casos.

El número de casos sospechosos de dengue durante el período 2002-2006 fue de 206 casos lo cual representa el 1,3% de la morbilidad general.

El tipo de dengue mas frecuente es Fiebre Dengue con una relación de 4:1.

La tasa de dengue para el periodo 2002 al 2006 fue de 9,43 por 100.000 habitantes.

De las medidas preventivas programadas por VESA se ejecutó tratamiento a casa en un 70,8%; eliminación de criaderos en un 14,45 %; Tratamiento a criaderos en un 47,8 %. No se evidencia información confiable en cuanto a las actividades educativas, es decir, dichas medidas no fueron efectivas para disminuir el dengue y controlar el vector.

De las 86 personas que fueron encuestadas el 34,9% se encuentra en edades comprendidas entre 25 a 34 años

Las actividades educativas que les gustaría que se usaran para informarles sobre el dengue son charlas, talleres y videos.

El 61,6% de la población entrevistada conoce que el dengue es una infección febril viral.

El 38,4% cree que el mosquito vive en agua sucia mientras que solo un 30,2% conoce que se reproduce en agua limpia almacenada.

El 66,3% de los encuestados considera que la educación sanitaria, campañas divulgativas contra el dengue, la eliminación de criaderos y eliminación del mosquito son medidas preventivas del dengue.

En cuanto a la responsabilidad de eliminación de criaderos para el *Aedes aegypti* el 66,3% manifestó una actitud de responsabilidad compartida para realizar medidas de prevención del dengue y control vectorial.

Los hallazgos recopilados en esta investigación demuestran que el dengue es un problema de salud pública altamente prevenible.

Todos estos elementos sirvieron de insumos importantes para la construcción de la propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue, dirigida a la comunidad de Chaparral Municipio Cocorote Yaracuy, 2007**.**

RECOMENDACIONES

Automatizar los registros de morbilidad de Epidemiología y VESA municipal a fin de facilitar información sobre los usuarios que allí consulta y las familias beneficiadas en salud ambiental.

Presentar la propuesta a la directiva del Servicio de Salud y Desarrollo Social de la Alcaldía de Cocorote al Instituto Autónomo da la Salud Prosalud Yaracuy al igual que a las organizaciones comunitarias del sector Chaparral

.

Implementar la investigación mediante estudios transversales en los diferentes sectores del Municipio, donde existan focos endémicos para definir límites geográficos, población en riesgo y determinar el patrón epidemiológico presente en los mismos.

Promover la participación comunitaria en todas las etapas de los programas de prevención de enfermedades es decir, desde la planificación, ejecución y control.

.

Orientar a los directivos del área de la salud en todos sus niveles, para que compartan y se inserten con las organizaciones comunitarias en el área de salud, ya que en la medida que sean tomadas en cuenta las comunidades, se desarrollara el gran potencial humano que en ellas existen.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

.

Añez G., Balza R., Valero N., Larreal Y (2006).Rev Panam Salud Pública Impacto económico del dengue y del dengue hemorrágico en el Estado de Zulia, Venezuela, 1997.

Arias. R. G. (2.006). *Estadística aplicada a la educación*. Instituto Pedagógico de Maturín, extensión San Antonio, Monagas

Benítez et al (2002). *Conocimientos, actitudes prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción*. *Rev. chil. pediatr.*, Ene 2002, vol.73, no.1, p.64.

Briceño, L. (1996) *Métodos de la Investigación Educativa. Guía Práctic*a. (Segunda ed.) España. Ediciones CEAC.

Canales, F (1999) *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo del personal de salud. México: Limusa

Concepción, M et al (2003) *Indicadores de salud ambiental y el trabajo de la población en la prevención del dengue*: Ciudad de La Habana, 2003 . *Rev Cubana Hig Epidemiol*, vol.43, no.1,

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Gaceta oficial Nro. 5453(extraordinario) marzo 24 del 2000.

Cordero, M; García, S; Parra, Y; Tellería, N (2006). *ASIS. Municipio sanitario Cocorote.* Trabajo presentado en Especialización de Epidemiología IAESP. Maracay.

Cullen, C. (1998) *Críticas de las razones de educar*. Temas de filosofía de la educación. 2da edición. Argentina. Editorial Paidós.

Freire, P. (1997). *Pedagogía da autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*.Río de Janeiro.

Gonzáles, S. (2004) *Diagnóstico de la situación sanitaria ambiental para diseño de un programa de educación para la participación comunitaria en salud,* Urbanización Samán Tarazonero II, Sector El Macaro

Guédez, L. (2004). *Percepción comunitaria y capacitación respeto al Aedes aegypti* en el Municipio de Jiguani. Año 2004.

Guía para el seguimiento del Dengue. Caracas 2006.

Guzmán y cols (2006) *El dengue y el dengue hemorrágico*: Prioridades de investigación. Vol. 19.

Hernández, L. (2003) Metodología de la investigación. . Editorial Mc Graw-Hill, companies, Inc., Segunda Edición. D. F. México.

Hurtado, J (1998) *Metodología de la Investigación Holística*. Instituto Universitario de Tecnología Caripito

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2001) Censo estado Yaracuy.

Jomtien, (1990) "Nuevas propuestas para la gestión educativa

SEP/NESCO/OREALC, México.

Liborio, M.; Tomisani, A.; Moyano, C. (2004) *Dengue Estrategias de prevención .Rev. Bras. Epidemiol.* [Online]. vol. 7, no. 3 [cited 2007- *pp.311-327.*

.

Manual de educación sanitaria.(1997) Saneamiento Básico Rural. Serie 4 Ministerio de Salud Dirección Regional de salud Cajamarca Perú

Martínez, E. (2006) *La prevención de la mortalidad por dengue: Un espacio y un reto para la atención primaria en salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, 20(1) ,60-74

Mejías, A. (2004). *La Participación Ciudadana*. Cuestiones de la organización social. Biblioteca básica temática**.**

Naranjo**, (**2001). *Aproximación a la cultura política y prevención contra el Dengue*. Comunidad Campo Alegre estado Aragua 2001

OPS/OMS (1999). *Guía de la participación comunitaria para el control del Dengue.* Normas técnicas y operativas para disminuir el dengue y controlar el *Aedes aegypti*

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Año 1997. *Normas técnicas y operativas para la prevención del Dengue y el control de Aedes aegypti en Venezuela*

Pineda, Alvarado y de Canales (1994) *Metodología de la Investigación* Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS/ OMS.

Tamayo, M. (2004) *El proceso de la investigación científic*a. Editorial Limusa, S.A. de C. V. Balderas. México.

Torres (2001) La propuesta de Comunidad de Aprendizaje UNESCO; Editora, Porto Alegre

Venezuela. Ministerio de Salud. Servicio Autónomo IAESP "Dr. Arnoldo Gabaldón" (2004) *Manual para la elaboración de trabajos de grado de especialización, maestría y tesis doctorales (versión preliminar)* Maracay: IAESP "Dr. Arnoldo Gabaldón "(material mimeografiado).

.

.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE DENGUE

OBJETIVO:

La información que se recopile en el siguiente cuestionario será utilizada únicamente como insumo para la elaboración del trabajo de tesis de grado de Epidemiología Integral: Propuesta de capacitación ciudadana en saneamiento ambiental para controlar y disminuir el dengue en el Municipio Cocorote Yaracuy.

INSTRUCCIONES:

- **Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste.**
- **En las preguntas de selección encierre en un círculo la respuesta que considere correcta.**
- **Pregunte ante cualquier duda.**

DATOS PERSONALES:

Edad: Sexo

Grado de instrucción: Primaria ---- Secundaria ---- Técnica --- Superior---

Ocupación: Obrero----- Empleado ----- Estudiante---- --Ama de casa------

PREGUNTAS

1. Qué es el dengue

1. **Es una grave enfermedad febril viral**
2. **Es una grave enfermedad febril bacteriana**
3. **Es una enfermedad prevenible por vacuna**
4. **Es una enfermedad producida por parásito**
5. **Ninguna de las anteriores**

2. Cómo se transmite el dengue

1. **Por la picadura de un mosquito**
2. **Por ingerir agua contaminada**
3. **Por la presencia de basura**
4. **Por la presencia de moscas**
5. **Por contacto físico no sexual con la persona infestada**
6. **Ninguna de las anteriores**

3. Dónde vive y se reproduce el agente transmisor del dengue

1. **En agua limpia que guardamos para beber, cocinar, lavar**
2. **En agua almacenada sucia**
3. **En la basura**
4. **Todas las anteriores**
5. **ninguna de las anteriores**

4. Conoce Usted los síntomas del dengue

1. **Si**
2. **No**

5. Por qué cree que hay dengue en su comunidad

1. **Presencia de escombros**
2. **No se recoge la basura**
3. **Los tanques o almacén de agua no están tapados**
4. **Las personas no mantienen la limpieza**
5. **Todas las anteriores**

6. Cuáles de las medidas que a continuación se mencionan considera Usted que son preventivas de dengue

1. **Conocer sobre el dengue a través de educación sanitaria**
2. **Campañas de divulgación sobre dengue**
3. **Eliminación de criaderos**
4. **Eliminación de mosquitos**
5. **Todas las anteriores**
6. **Ninguna de las anteriores**

7. La información que tiene sobre el dengue la recibió a través de

1. **Medios de comunicación**
2. **Equipo de salud**
3. **Instituciones Educativa**
4. **No ha recibido información**
5. **Otros, ¿Cuáles? ----------**

8. Qué medidas preventivas toma Usted para prevenir el dengue

1. **Tapa los envases de almacenamiento de agua**
2. **Mantiene el abate (larvicida) en los recipientes**
3. **Coloca las botellas vacías boca abajo o bajo techo**
4. **Elimina criaderos**
5. **Todas las anteriores**
6. **Ninguna de las anteriores**

9. Quién considera Usted debe realizar actividades para prevenir el dengue

1. **Comunidad organizada**
2. **Alcaldía**
3. **Equipo de salud**
4. **Equipo de educación**
5. **Todos los anteriores**

10. Quiénes son responsables de la eliminación de los criaderos del agente transmisor del dengue

1. **Comité de salud**
2. **Organizaciones comunales**
3. **Equipo de salud**
4. **Alcaldía**
5. **Todos los anteriores**
6. **Ninguno de los anteriores**

11. Qué medidas preventivas propondría Usted para evitar el dengue
----

---

12. De las siguientes actividades cuál considera Usted la más adecuada para informarle sobre cómo evitar el dengue en la comunidad

1. **Charlas**
2. **Talleres**
3. **Videos**
4. **Trípticos**
5. **Otros**

Explique por qué----------

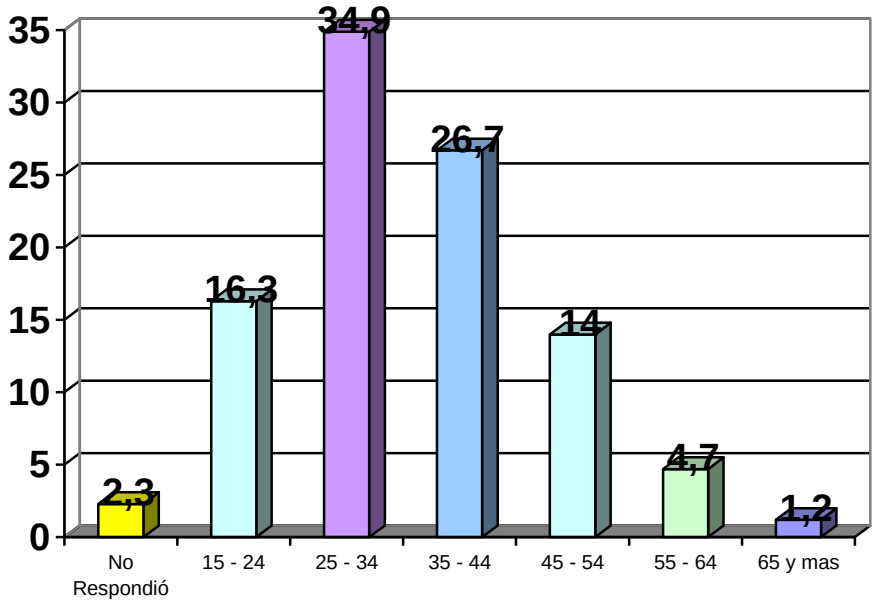
----

13. Le gustaría formar parte de la brigada comunitaria de lucha contra el dengue

1. **Si**
2. **No**

GRÁFICO 1

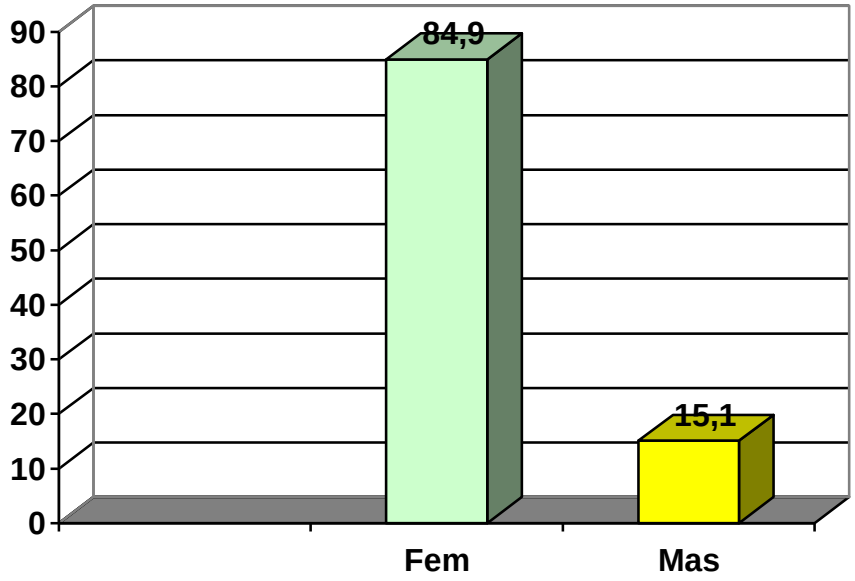
Clasificación de las personas según grupo de edad .Encuesta Comunidad de Chaparral. Cocorote Yaracuy. 2007



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 2

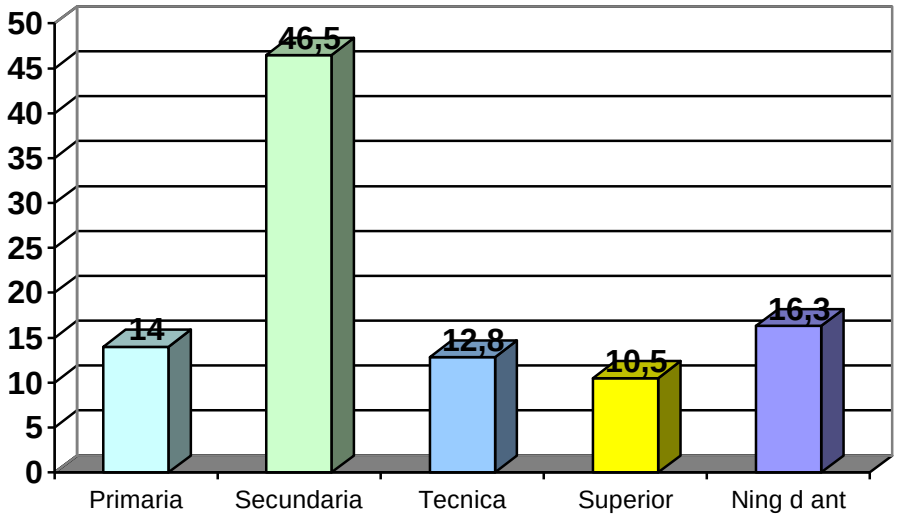
Clasificación de las personas según sexo .Encuesta Comunidad de Chaparral.Cocorote Yaracuy. 2007



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 3

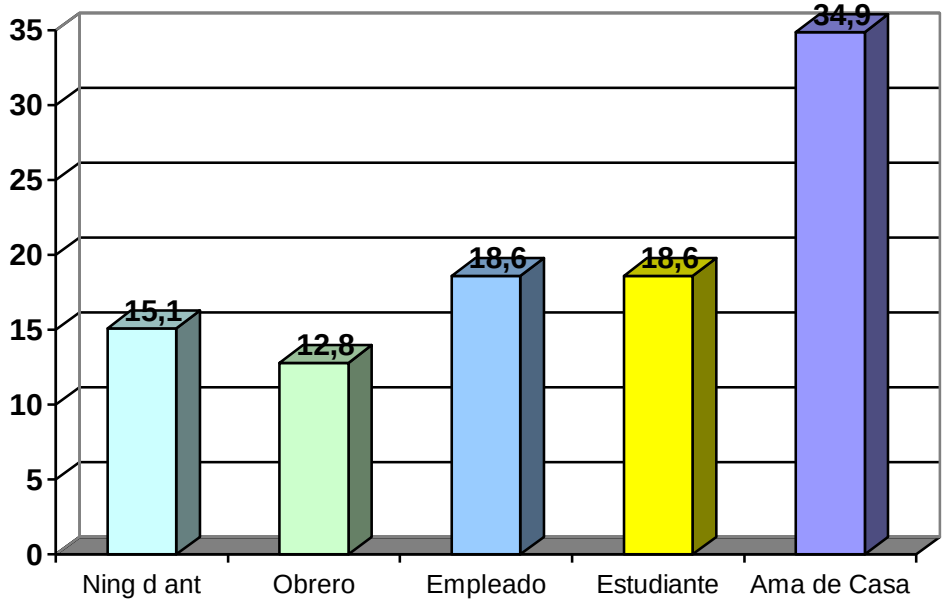
Clasificación de las personas según grado de instrucción. Encuesta Comunidad de Chaparral.Cocorote Yaracuy. 2007



Fuente: Encuesta sobre dengue

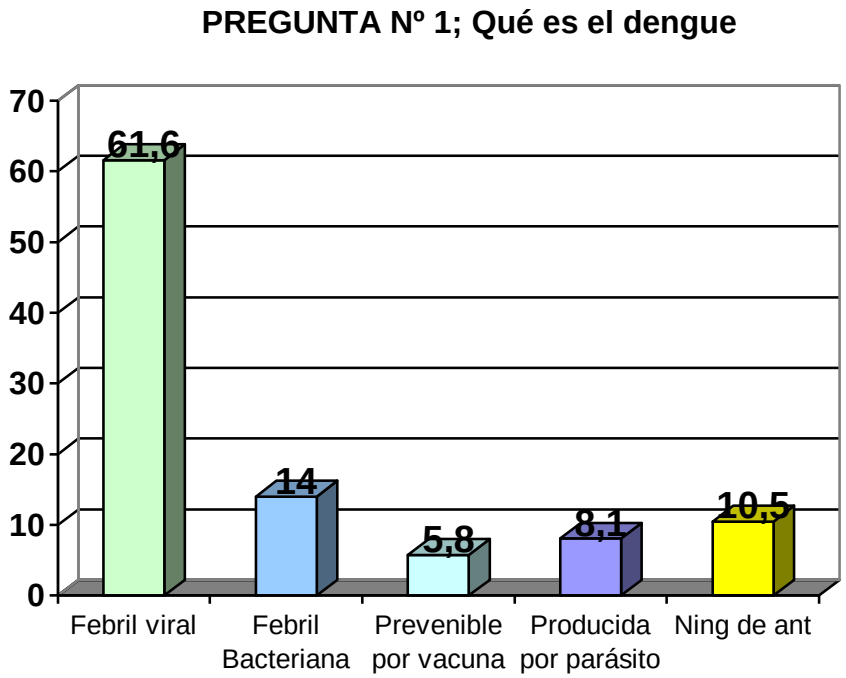
GRÁFICO 4

Clasificación de las personas según ocupación .Encuesta Comunidad de Chaparral.Cocorote Yaracuy. 2007



Fuente: Encuesta sobre Dengue

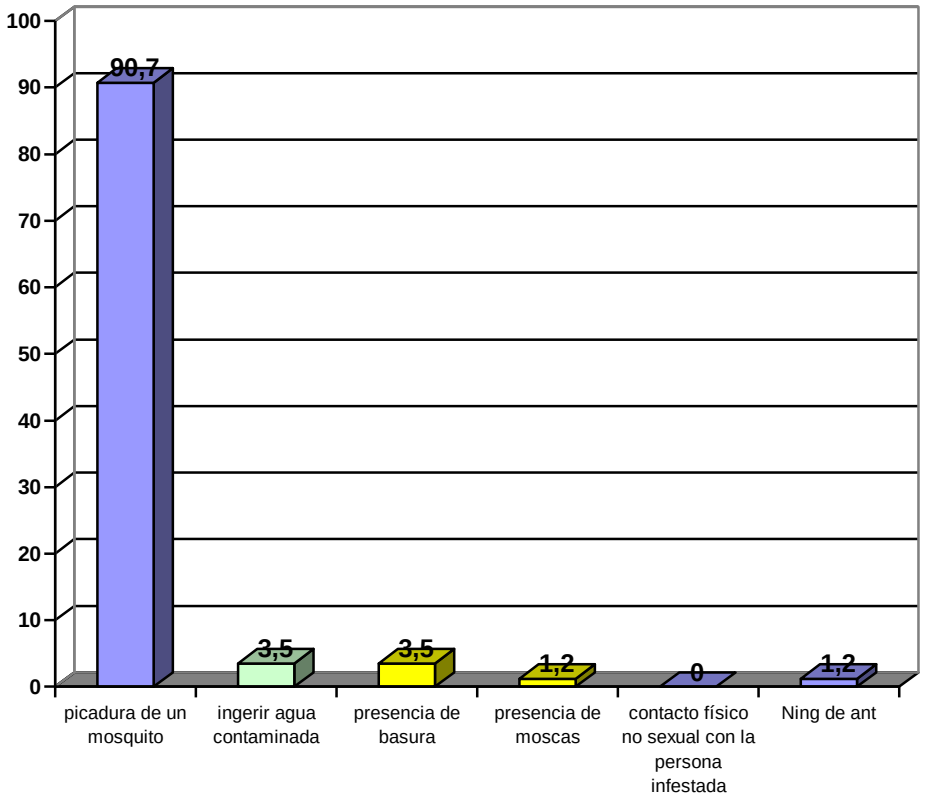
GRÁFICO 5



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 6

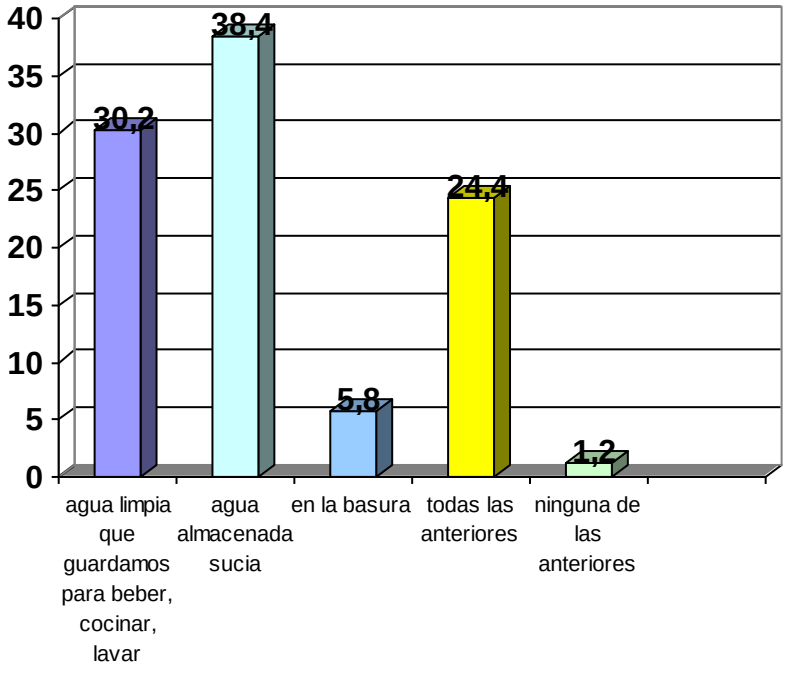
Pregunta Nro. 2; Cómo se transmite el dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 7

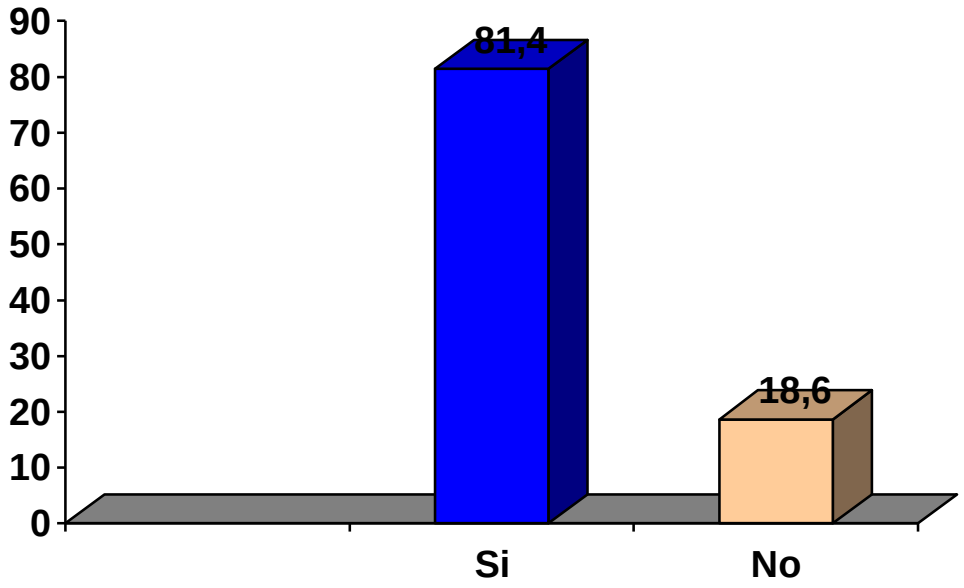
Pregunta Nro. 3: Dónde vive y se reproduce el agente transmisor del dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 8

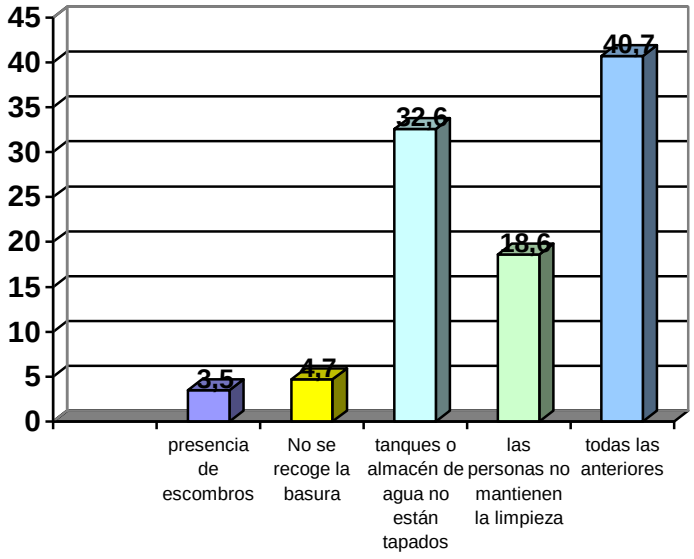
Pregunta Nro 4: Conoce Usted los síntomas del dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 9

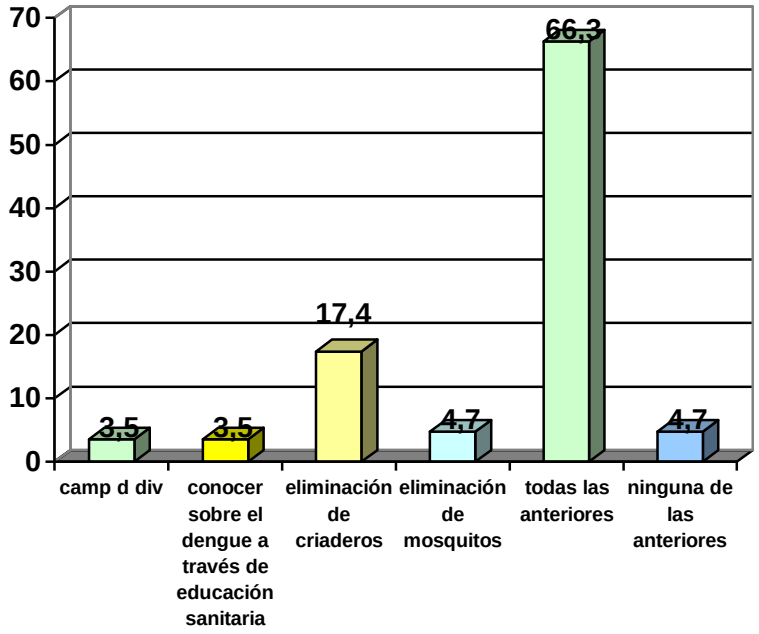
Pregunta Nro. 5: Por qué cree que hay dengue en su comunidad



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 10

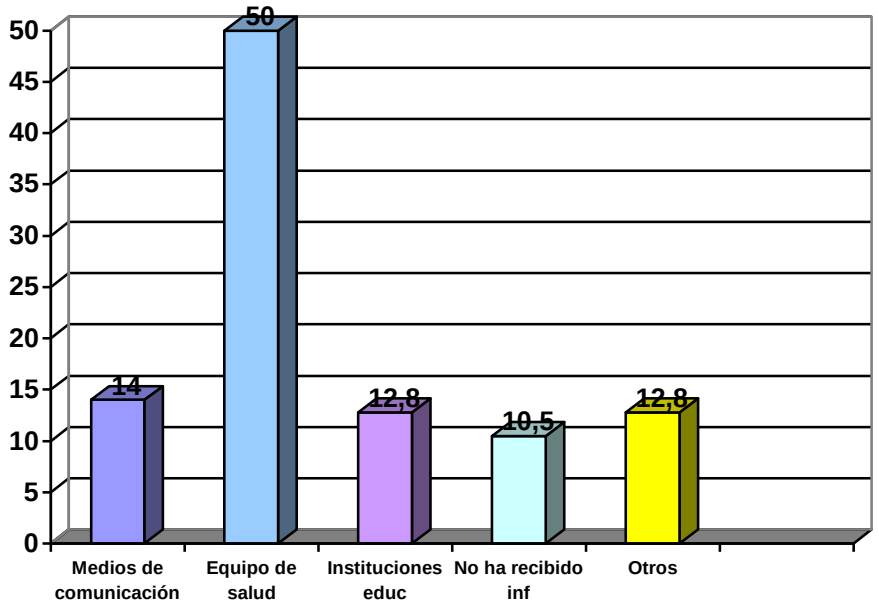
Pregunta Nro. 6: Cuáles de las medidas que a continuación se mencionan considera Usted que son preventivas de dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 11

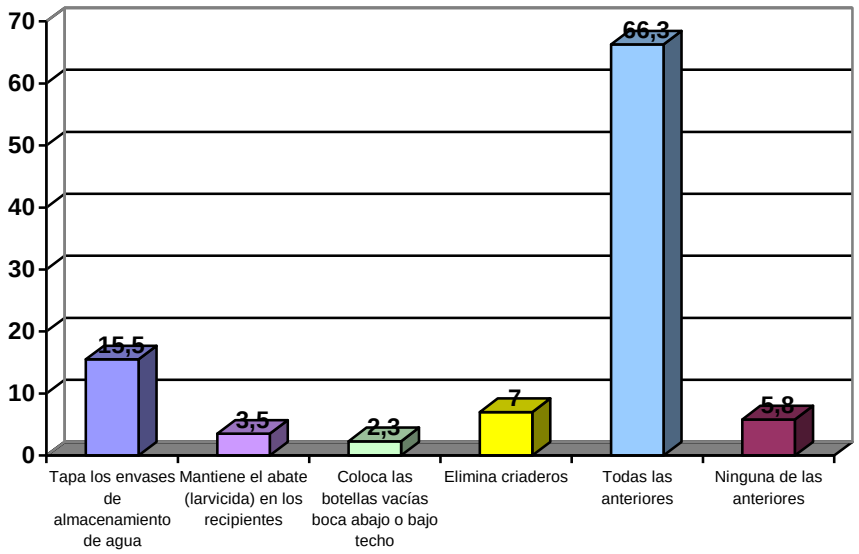
Pregunta Nro. 7: La información que tiene sobre el dengue la recibió a través de



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRÁFICO 12

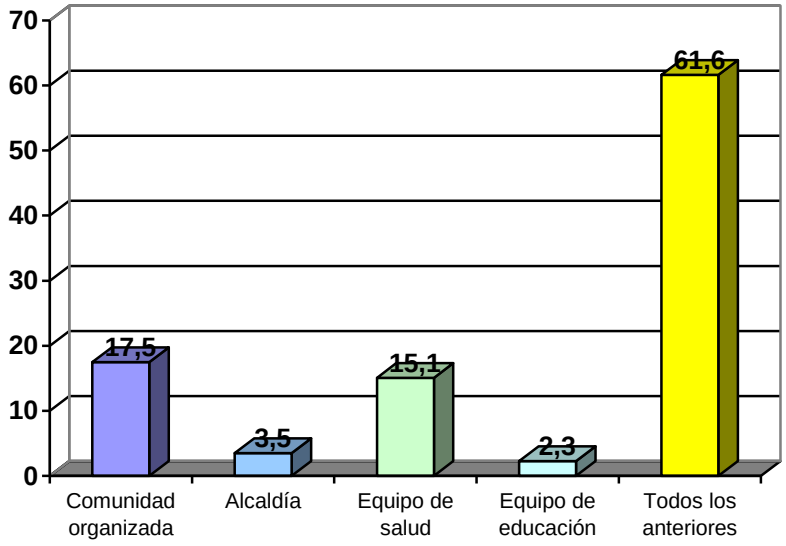
Pregunta Nro 8: Qué medidas preventivas toma Usted para prevenir el dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRAFICO 13

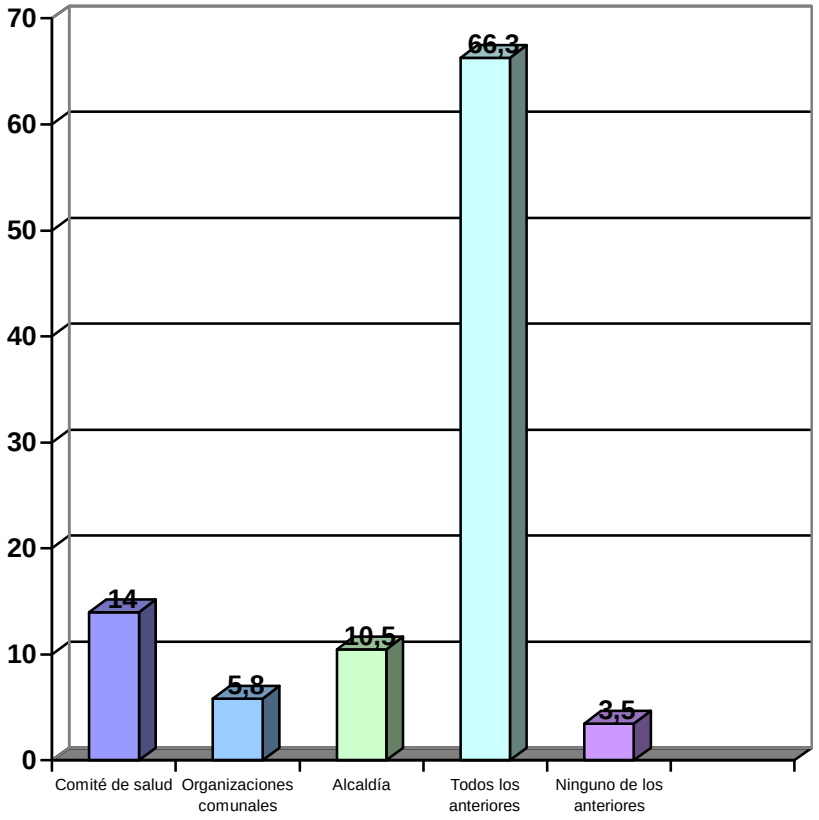
Pregunta Nro. 9: Quién considera Usted debe realizar actividades para prevenir el dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRAFICO 14

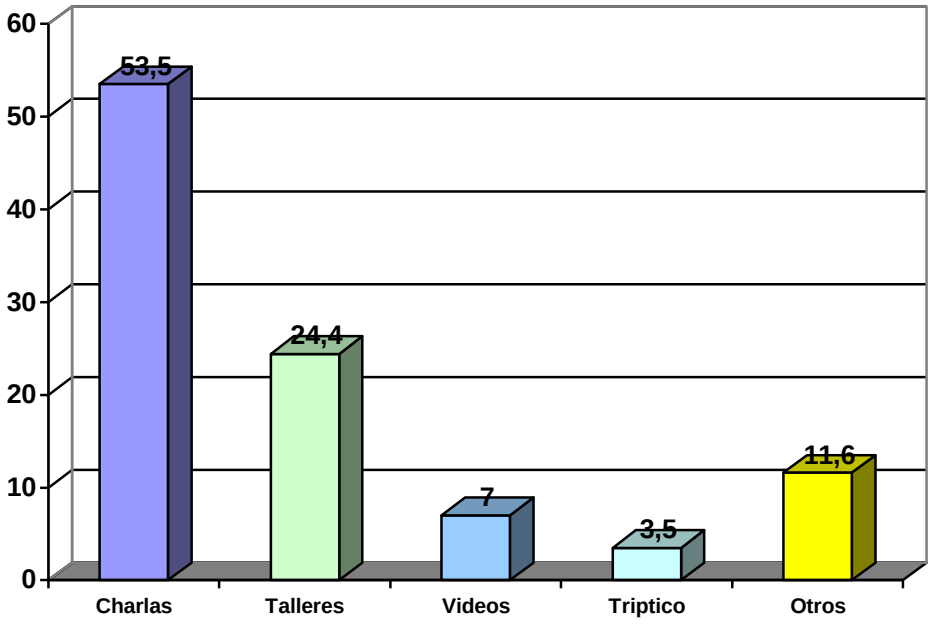
Pregunta Nro 10: Quiénes son responsables de la eliminación de los criaderos del agente transmisor del dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue

Gráfico 15

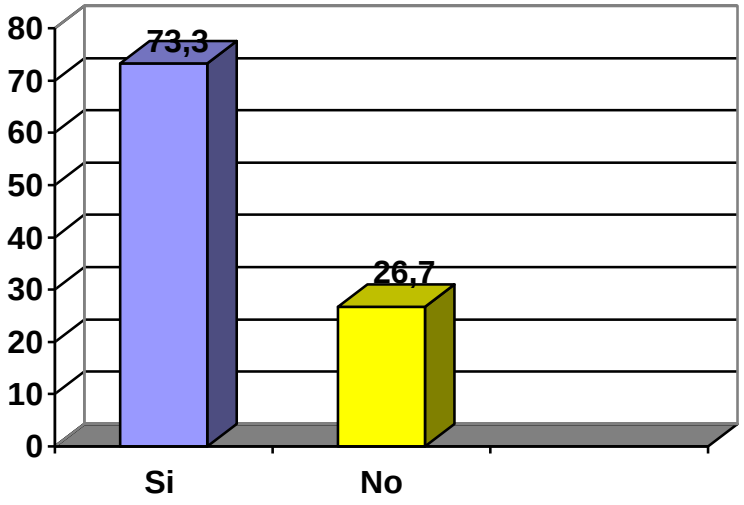
Pregunta Nro. 12: De las siguientes actividades cuál considera Usted la más adecuada para informarle sobre cómo evitar el dengue en la comunidad



Fuente: Encuesta sobre Dengue

GRAFICO 16

Pregunta 13: Le gustaría formar parte de la brigada comunitaria de lucha contra el dengue



Fuente: Encuesta sobre Dengue