



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Estilos de vida y su relación con las características del
cuadro clínico del Dengue. Hospital Distrital Jerusalén -
La Esperanza, 2016-2018.

Tesis para obtener el Grado Académico de:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

Autora:

Bach. Nelly Maria Peña Contreras

Asesora:

Dra. Miryan Griselda Lora Loza

Sección:

Ciencias Médicas

Línea de Investigación:

Calidad de Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2019

Jurado de Tesis

PRESIDENTE

Dra. Ana Peralta Iparraguirre

SECRETARIA

Dra. Gladys Lujan Jhonson

VOCAL

Dra. Miryam Griselda Lora Loza

DEDICATORIA

A mis hijos Camila, diego y mi esposo Gorki con todo el amor del mundo por apoyarme en todo momento para la culminación de mi tesis les dedico con todo mi amor.

A Dios por estar siempre presente en todos los aspectos de mi vida, iluminando mi camino y bendiciendo a mi familia.

A mi madre y mis hermanas por su cariño y comprensión.

Nelly Maria Peña Contreras

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Miryam Griselda Lora Loza

Por su asesoramiento e importante aporte en la participación activa en el desarrollo de esta tesis, en especial por su disponibilidad y paciencia para la culminación de este trabajo.

A la Universidad César Vallejo

Por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente y a mis maestros por sus enseñanzas y experiencias compartidas.

Al Hospital Distrital Jerusalén

Por haberme facilitado el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Nelly Maria Peña Contreras

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Bach. Nelly Maria Peña Contreras, educando del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, identificada con DNI 40586246 presento la tesis titulada: “Estilos de vida y su relación con las características del cuadro clínico del Dengue. Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza, 2016-2018”, y declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto, la tesis no ha sido plagiada, ni total, ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagio; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales no han sido falseados ni duplicados ni copiados, por lo tanto se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De identificarse la falta por fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), auto-plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Diciembre 2019.



Bach. Nelly Maria Peña Contreras

DNI 18181605

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Estilos de vida y su relación con las características del cuadro clínico del Dengue. Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza, 2016-2018”, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Magister en Gestión en los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando cumplir con los requisitos para su aprobación. En la primera parte se describe la problemática y el estado del arte del área temática, dentro de ella se precisan 5 dimensiones de los estilos de vidas: Conservación y almacenamiento de recipientes de agua; Eliminación de residuos sólidos; Actitud ante el control vectorial; Tipo conocimientos sobre el dengue y Traslados continuos a lugares de riesgo. También se precisa sobre las características del cuadro clínico del dengue. Se aplica una encuesta sobre estilos de vida relacionados al dengue y una Guía de registro de datos (extraída de la Ficha Técnica del MINSA 2016-2018, ambas validada por juicio de expertos y estudio piloto de fiabilidad).

La tesis continúa con la presentación, descripción y discusión de los resultados con otros estudios. Por último, se finaliza con las conclusiones más relevantes extraídas del análisis en forma de principales aportaciones, así como de las principales líneas de investigación que se recomiendan a futuro. Por lo expuesto, señores miembros del jurado espero su aprobación de la presente investigación por ser de justicia.

Nelly Maria Peña Contreras

	ÍNDICE	PAG.
	DEDICATORIAS	iii
	AGRADECIMIENTOS	iv
	DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
	PRESENTACIÓN	vi
	ÍNDICE	vii
	RESUMEN	ix
	ABSTRACT	x
I	INTRODUCCIÓN	11
	1.1 Realidad Problemática	11
	1.2 Trabajos Previos	14
	1.3 Teorías relacionadas al tema	19
	1.4 Formulación del Problema	29
	1.5 Justificación	29
	1.6 Hipótesis	30
	1.7 Objetivos	32
II	METODOLOGÍA	34
	2.1 Tipo de Investigación	34
	2.2 Diseño de investigación	33
	2.3 Variables, Operacionalización	34
	2.4 Población y muestra	36
	2.5 Instrumentos de validación y confiabilidad.	37
	2.6 Método de análisis de datos	41
	2.7 Aspectos éticos	41
III	RESULTADOS	43
IV	DISCUSIÓN	49
V	CONCLUSIONES	62
VI	RECOMENDACIONES	63
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
VIII	ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Nº
1	Operacionalización de variables	35
2	Ficha Técnica de validación y confiabilidad de instrumentos	37
3	La relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	43
4	La relación entre la conservación y almacenamiento de recipientes de agua como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	44
5	La relación entre la eliminación de residuos sólidos como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	45
6	La relación entre la actitud frente al control vectorial como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	46
7	La relación entre el tipo de conocimientos sobre dengue como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	47
8	La relación entre los traslados continuos a lugares de riesgo como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.	48

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en el Hospital Distrital Jerusalén 2016-2018, se realizó una investigación descriptiva-correlacional de diseño ex-post facto y transversal. Se aplicó de una encuesta sobre Estilos de Vida y una Guía de Registro de Datos. Se incluyó al 100% (74) pacientes con diagnóstico confirmado de dengue 2016-2018 encontrándose que los estilos de vida son No Saludables (90,5%) y las características del cuadro clínico del dengue son: haber sido Asintomático (13,5%), presentar fiebre con intensidad variable con duración entre 2-7 días (83,8%), fiebre con cefalea, vómitos y dolor muscular intenso con duración entre 2-7 días (95,9%), fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2-7 días (75,7%), trastornos del gusto (43,2%), enrojecimiento de la laringe (5,4%) y dolor abdominal (6,8%). Se concluyó que los estilos de vida a nivel general y específicamente el tipo de conocimientos sobre el dengue se relacionan con el asintomático, la fiebre con intensidad variable con duración entre 2-7 días, fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2-7 días y el dolor abdominal ($p < 0,05$). La conservación y almacenamiento de recipientes de agua se relaciona con fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días, trastornos del gusto y dolor abdominal ($p < 0,05$). La actitud frente al control vectorial se relaciona con el asintomático, la Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días y el dolor abdominal ($p < 0,05$). El traslado continuo a lugares de riesgo se relaciona con el dolor abdominal ($p < 0,05$).

Palabras clave: Estilos de vida y características del cuadro clínico del dengue.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between lifestyles with the characteristics of the clinical picture of dengue in the Jerusalem District Hospital 2016-2018, a descriptive-correlational investigation of ex-post facto and transversal design was carried out. A Lifestyles Survey and a Data Record Guide were applied. We included 100% (74) patients with confirmed diagnosis of dengue 2016-2018, finding that the lifestyles are not healthy (90.5%) and the characteristics of the clinical picture of dengue are: having been asymptomatic (13.5%), fever with variable intensity lasting 2-7 days (83.8%), fever with headache, vomiting and severe muscle pain lasting 2-7 days (95.9%), fever with nonspecific digestive symptoms with duration between 2-7 days (75.7%), taste disorders (43.2%), redness of the larynx (5.4%) and abdominal pain (6.8%). It was concluded that lifestyles at a general level and specifically the type of knowledge about dengue are related to asymptomatic, fever with variable intensity lasting 2-7 days, fever with nonspecific digestive symptoms lasting 2-7 days and abdominal pain ($p < 0.05$). The conservation and storage of water containers is related to fever with nonspecific digestive symptoms lasting between 2 to 7 days, taste disorders and abdominal pain. The attitude towards vector control is related to the asymptomatic, Fever with nonspecific digestive symptoms lasting between 2 to 7 days and abdominal pain ($p < 0.0$). The continuous transfer to places of risk is related to abdominal pain ($p < 0.05$).

Key words: Lifestyles and characteristics of the clinical picture of dengue.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática.

Las principales determinantes en la generación de condiciones para la transmisión de enfermedades infecciosas en el mundo, están relacionados a la pobreza y falta de nutrición y albergue adecuado, de alcantarillado, saneamiento y agua potable e incluso a la urbanización sin control ni planificación y el cambio climático. En el caso del Dengue estas determinantes son agravadas por estilos de vidas específicos relativos a la limpieza para la conservación y almacenamiento de agua, a las conductas inadecuadas para la eliminación de residuos sólidos, a la resistencia a los controles vectoriales del personal sanitario (generalmente por temor o inseguridad), al desconocimiento de los síntomas y signos de la enfermedad y a los traslados continuos a lugares endémico (Barba, 2014).

La propagación de las enfermedades infecciosas como el dengue, y en consecuencia, la necesidad de su prevención y control, se ven desafiados con el creciente flujo migratorio interno y externo, el volumen de intercambio comercial y el impacto que genera la mayor conectividad terrestre, aérea y marítima a nivel mundial. El riesgo de enfermedades infecciosas en poblaciones vecinas a las zonas endémicas es latente, teniendo en cuenta los grandes focos de pobreza y miseria humana provocados por áreas desbastadas por conflictos armados o sociales de gran envergadura o, por desastres y catástrofes naturales (como es el caso de nuestro país con el fenómeno del “Niño” o “Niño Costero”), que se transforman en potenciales focos de propagación de enfermedades infecciosas al resto del mundo (Hoyos, Pérez y Hernández, 2012; OMS / EMRO, 2016).

En la actualidad en ninguna parte del planeta se puede considerar que las enfermedades infecciosas como el dengue estén limitadas geográficamente y que en definitiva, las tendencias demográficas y económicas han incrementado la vulnerabilidad a las epidemias de este

tipo afectando a millones de personas en el mundo desarrollado y en desarrollo (Becker et al., 2010).

El Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud aprobado por la Asamblea Mundial de Salud (Resolución 59.24, del 2006 y actualizado en la Resolución 61.21 del 2008) señalaba la realidad sanitaria a la que se enfrentaba y, la que hoy tenemos a nivel mundial quedo bien graficada demostrando la indivisibilidad de las prioridades sanitarias, pues, se estimaba que 2,5 millones de personas, lo que equivale a dos quintas partes de la población mundial en zonas de riesgo de dengue y que más de 100 países ya habían informado de la presencia de la enfermedad infecciosas como el dengue en sus territorios.

Europa ya se enfrenta con brotes de dengue habiéndose notificado casos en Francia y Croacia en el 2010 y en otros tres países. En el 2012 más de 2000 caso fueron notificados en el archipiélago de Madeira de Portugal. En el 2016 los casos aumentaron sustancialmente en Filipinas y Malasia con 375,000 casos. Las islas salomón presentaron 7000 casos sospechosos. En África, Burkina Faso notifico un brote con 1061 casos probables (OMS/EMRO, 2016).

América Latina, Asia Sudoriental y Pacifico Occidental se registraros en conjunto más de 3,2 millones de casos en 2015 (OPS, 2015). Al 2017 se presentaron 2,35 tan solo en América Latina con 1032 muertes. En América Latina es las más afectada por el dengue en su forma más grave, es una enfermedad infecciosa viral, trasmitada por picadura del mosquito *Aedes aegypti*, causado por cualquiera de los cuatro serotipos conocidos del virus dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). Se estima que en los últimos 40 años los casos de dengue han aumentado en esta región al menos en 20 veces y de la misma manera, los casos de fiebre hemorrágica del dengue (OMS/OPS, 2017a; 2017b).

Los estilos de vida en países como el nuestro han servido de combustible para la propagación del dengue. Más del 65% de la población peruana y del 95% de la población rural o peri urbana de zonas endémicas como Loreto, Ucayali, San Martín, Madre de Dios, Tumbes y La Libertad no están acostumbrados a la limpieza para la conservación y almacenamiento de agua, la eliminación de residuos sólidos lo realizan utilizando corrales dentro de la vivienda o acequias cercanas a ella para hacerlo, se resisten a los controles vectoriales del personal sanitario (generalmente por temor o inseguridad), el 83,3% de la población desconoce los síntomas y signos de la enfermedad y 30% se traslada en forma continua a lugares cercanos o vecinos por motivos económicos laborales o comerciales (MINSa, 2015; 2017).

La casuística ha ido en aumento en los últimos 3 años de 5,994 casos en el 2015 a más de 7 mil casos en el 2017 con una confirmación de caso mayor al 37% y 47% de casos probables. De ellos 19,3% fueron casos con signos de alarma y el 0,3% correspondían a la forma grave. (MINSa, 2015; 2017). Al 2017 los departamentos de Piura, Tumbes, Lambayeque, La Libertad, Junín y Huánuco fueron los más afectados y a Junio del presente año. La Libertad presentó 486 casos hasta junio del presente año (MINSa, 2017; 2018a; 2018b).

El sector Jerusalén del Distrito La Esperanza Provincia de Trujillo cuenta con más de 30 mil habitantes y los problemas que retan a la prevención del dengue comienzan con forma como lo pobladores tratan de solucionar temas de abastecimiento de agua potable, eliminación de excretas o residuales líquidos y sólidos, desarrollo urbano no planificado (asentamientos humanos o pueblos jóvenes que nacen como invasiones) sin servicios de agua y desagüe, las persona se trasladan constantemente a zonas de riesgo epidemiológico por motivos laborales y comerciales. Lo que facilitan la proliferación de criaderos del mosquito trasmisor. Se

presentaron entre 2016-2018, 74 casos confirmados, a pesar que presentan las mismas condiciones de existencia en cuanto a salubridad y desarrollo socio económico y cultural las características del cuadro clínico difieren grandemente de zona en zona o de población en población desconociéndose si dichos estilos de vida están relacionados con ellas (MINSA, 2018a; 2018b).

1.2 Trabajos Previos

Entre los trabajos de referencia del presente estudio tenemos el realizado por Casco L (Ecuador, 2017), quien se propuso determinar la relación entre conocimientos y prácticas con la prevención del dengue en la población del Barrio Florida Seis, Cantón Machala. La investigación descriptiva longitudinal involucró a 216 amas de casa entre 18-29 años de edad. El 48,1% considera que el dengue es una enfermedad viral, 54,6% desconoce el vector trasmisor, 27,5% señala que el dengue provoca fiebre, 25,8% dolor de cabeza, 23,4% dolor de músculos y huesos, 12,1% dolor de detrás de los ojos, 10,8% náuseas y vómitos, 48,9% hemorragias graves. Concluye que la mayor parte de la población conoce sobre el dengue, además de las medidas preventivas caseras para evitarlo, sin embargo, un pequeño porcentaje desconoce y no practica medidas preventivas de ninguna clase.

Por su parte Sánchez, Pérez y Pavas (Colombia, 2015) el objetivo fue determinar la frecuencia de Dengue en pacientes con enfermedad febril aguda en el Departamento de El Meta, Colombia. La investigación trabajo sobre una muestra de suero en fase aguda y de convalecencia de 100 pacientes febriles los que acudieron al Hospital Departamental de Villavicencio durante 2013-2014. Se practicaron pruebas para diagnóstico de dengue encontrándose un 51% tuvieron alguna forma de dengue, principalmente secundario (44,0%). Se concluye que el dengue es una infección frecuente en el Departamento de El Meta Colombia, con una alta

frecuencia de individuos expuestos, quienes constituyen u riesgo para dengue grave debido a infecciones secundaria.

También se cuenta con la investigación de Cedeño, Sh. (Ecuador, 2014), cuyo objetivo fue describir los estilos de vida saludable en relación con la prevención del dengue en la parroquia Santa Ana, del cantón Santa Ana-provincia Manabí, en el período enero a junio del 2013. El estudio observacional involucró a 320 hogares. Se encontró que existen parámetros equitativos en los niveles de cumplimiento alto, medio, bajo y ninguno, observando que un promedio de 39,9% no realizan ninguna acción, el 28,7% tiene un nivel de cumplimiento alto, un 22,1% medio, y el nivel bajo es de 22,1%, lo que demuestra que es mayoría de los hogares no existen estilos de vida saludables en relación con la prevención del dengue. El conocimiento del agente trasmisor es deseable en un 75,3% aunque no se apliquen en acciones de prevención en sus estilos de vidas.

En el estudio de Núñez K. (Ecuador, 2014) su objetivo fue categorizar los signos de alarma en pacientes con dengue del Hospital de infectología “Dr. José Daniel Alcides Rodríguez” en el periodo de Enero a Marzo de 2013. La investigación descriptiva de serie de casos y carácter retrospectiva incluyó a 52 pacientes encontrándose que los signos de alarma clínicos más comunes son: el vómito (38,46%), dolor abdominal (32,69%). Los signos clínicos son: edema perivesicular (9,05%), Derrame pleural (7.05%) y líquido libre en cavidad abdominal (5.05%). Los sangrados de las mucosas en un 19.23%, los cuales incluyeron con mayor frecuencia, frecuencia y melena en un 5.8%, hematemesis y hemoptisis en 3.8% y gingivorragia y hematuria en 1.9%. Se encontró también hepatomegalia en 19.23% de los pacientes. Entre los datos de laboratorio que corresponden al aumento del hematocrito y la caída del valor de las plaquetas nos encontramos con el 98,08% del paciente que se refiere al aumento de la plaquetopenia (87%) y aumento del Hematocrito (13%). Se concluye que estos signos clínicos se acompañan de los síntomas

generales del dengue y la alta sospecha de esta patología, sobre todo en la región Costa, nos pueden ayudar a dar el diagnóstico adecuado y el tiempo para evitar las complicaciones del dengue.

A nivel nacional tenemos los estudios de Niño y Yong (Perú, 2018), cuyo objetivo fue describir los conocimientos y las prácticas sobre medidas preventivas de dengue en los pobladores de Tuman, Lambayeque. La investigación analítica comprendió a 391 personas asistentes al Centro de salud de Tuman. El 21,1% manifestó conocer la enfermedad, 75% conocen sobre la transmisión por zancudo y 86,1% saben que el zancudo se reproduce en aguas estancadas. El 69,2% reconoce síntomas y signos de la enfermedad. 9,7% conoce sobre medidas para eliminar criaderos y 20,5% para evitar picaduras. El 83,2% reconoce las características del cuadro clínico del dengue: fiebres, dolor de huesos y articulaciones y dolor muscular. Se concluyó que los conocimientos en prevención del dengue fueron escasos. Las prácticas preventivas fueron insuficientes en la población de Tuman.

De igual manera se tiene el trabajo de Moquillaza A. (Perú, 2017), cuyo objetivo fue determinar la información y las situaciones de riesgo sobre el dengue en los pobladores del Pueblo Joven "Señor de Luren" I-II etapa, Ica. El estudio descriptivo de corte transversal encuestó a 97 personas de ambos sexos mayores de 18 años de edad. El conocimiento general del dengue fue inadecuado en un 61%. Los factores de riesgo extrínsecos del dengue son el que la basura y los desechos se encontraran dentro del hogar (76%), las veredas sin asfalto (70%), usos de tanques de agua en los techos sin tapado adecuado 54%, lugares de reproducción de dengue en depósitos callejeros 29% y charcos de agua 39%. Los factores intrínsecos uso de insecticidas dentro de las viviendas 84%, depósitos de agua sin tapas 62%, la limpieza deficiente 58%, vivienda de material rustico 32% y el 39% de los hogares presentan recipientes con agua en desuso.

También se cuenta con el reporte de Márquez y Lazo (Perú, 2017) cuyo objetivo fue analizar las evidencias sobre los factores de riesgos de la infección por dengue. La investigación bibliográfica y retrospectiva, analizó artículos recopilados en base a los estudios publicados en Internet como Lipecs, Lilacs, Scielo, Cochrane Plus, Ebsco, Scopus, Epistemonikos, los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Grado para identificar su grado de evidencia. Se encontraron 10 artículos en la selección definitiva, 10% de las investigaciones encontradas en Colombia, Estados Unidos, México, Brasil, 20% en Perú y 40% en Cuba. Fueron analizados los estudios de revisiones sistemáticas en un 100%. Se concluye que los estudios realizados demuestran que el factor cultural es el mayor riesgo para los factores de riesgo para la infección por el dengue, el conocimiento de las medidas preventivas, para evitar el aumento de los criaderos del vector, como los depósitos de agua de tapa y la demora del recojo de desechos sólidos. (Acumulación de basura) los de mayor prevalencia.

Así mismo, Gallegos y Nández (Perú, 2016) cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas de los pobladores sobre la prevención del dengue en el Centro de salud de Posope Alto. La investigación descriptiva transversal, involucró a 240 pobladores que asistieron al centro de salud de Posope Alto. Donde de 14.6% de los pobladores obtuvieron un nivel de conocimiento alto, 72.9% obtuvieron un nivel de conocimiento medio y el 12.5% de los pobladores encuestados obtuvieron un nivel de conocimiento bajo en cuanto a las medidas de prevención el 1,3% obtuvo un nivel muy favorable de prácticas, 37,1% tiene una práctica de prevención favorable, 60,4% obtuvo un nivel de práctica regular y 1,3% un nivel desfavorable.

Rodríguez A. (Perú, 2016) El objetivo principal determina el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del dengue en

los hogares de Río Seco, Sector 3 - El Porvenir - Trujillo la investigación descriptiva - cuantitativo la muestra está compuesto por 100 hogares , en donde se entrevistó a las personas, encontrándose que el nivel de conocimiento es bajo en un 52%, es medio en un 47% y solo es alto en un 1%; es una relación al nivel de actitudes positivas en un 83% y negativa en un 17%; en cuanto al nivel de prácticas es regular en un 80%, es bueno en un 10% y es deficiente en un 10%. Como conclusión, sabe que el nivel de los conocimientos es bajo y que las personas de los hogares afirman tener en su mayoría una actitud positiva para la prevención del dengue, la práctica es regular casi en su totalidad

Calderón y Lujan. (Perú, 2016), su objetivo es determinar la relación entre la percepción del dengue y la práctica preventiva en el adulto que enfermó de dengue. La investigación correlacional y transversal, incluye 57 adultos, aplicándose dos cuestionarios, el primer fue el cuestionario de percepción sobre el dengue y el segundo el cuestionario sobre la práctica preventiva en el adulto que enfermó de dengue. Encontraron que el 61.4% percibió al dengue como la enfermedad simple y el 38.6% como enfermedad grave. Respecto a la práctica preventiva el 64.9% es inadecuado y el 35.1% es adecuado. Concluyendo que existe una relación importante entre la percepción del dengue y la práctica preventiva en el adulto que enfermó de dengue.

Por su parte, Roque M (Perú, 2015) su objetivo fue determinar Factores de Riesgo Sociales y Ambientales en la incidencia del Dengue en la población del Sector 6 Río Seco de El Porvenir. La investigación Correlacional - Causal, involucró a 71 personas mayores de 18 años. Se encontraron factores de riesgo social: el nivel de conocimiento el 43.67% tiene un nivel bajo, el 39.44% realiza las prácticas preventivas, en cuanto a las variables ambientales: el 54.93% no protegido sus receptores, el 69.01% no elimina los residuos sólidos, al realizar la comparación con el

número de casos de dengue (50.7%). Concluye que existe relación entre las variables cita

Así también, se tiene el reporte Díaz y Malca (Perú, 2015), cuyo objetivo fue describir los conocimientos y prácticas respecto a las medidas preventivas de dengue en la persona responsable del cuidado de la vivienda en el centro poblado de Batangrande. La investigación descriptiva de diseño transversal sobre la base de 330 visitas domiciliarias. Se encontró que el 29,1% tenía conocimientos sobre dengue. En relación con las medidas higiénicas para eliminar a los criaderos del zancudo, 5,2% (17) señalaron que, cuando las recibieron, mientras que 0,6% (2) reconocieron qué medidas tomar para evitar ser picado por el mosquito del dengue. De las prácticas evaluadas más destacadas para prevenir el dengue en las personas entrevistadas y que se encuentran por encima del 50% que eliminan las aguas estancadas y la colocación de abate. Mostraron que los conocimientos sobre el dengue son escasos, y existe un porcentaje aceptable de prácticas adecuadas.

1.3 Teorías Relacionadas al Tema

1.3.1 Estilos de vida y Dengue

Las revisiones de la literatura sobre los estilos de vida relacionados a problemas de naturaleza epidemiológica dicen que hablar de estilos de vida es hablar de determinadas conductas que implican factores de riesgo de enfermar o morir (en este caso para el Dengue y sus consecuencias de morbilidad y mortalidad). Desde esta perspectiva se define, en la década de 1970, a los estilos de vida como el patrón acostumbrado de vida que genera conductas específicas que pueden ser saludables o no saludables (OMS/ UNICEF, et al., 2013)

Los estilos de vida saludables lo constituyen los patrones de vida definidos por actividades que proponen la prevención del dengue

y/o disminuyen el riesgo de contraerlo. Estas actividades son considerados hábitos saludables para el manejo de las situaciones difíciles en términos epidemiológicos y propenden a ser motivadas para llevar a cabo tareas como evitar los charcos de agua, el uso de depósitos con agua expuestos al aire libre, permitir las evaluaciones sanitarias relacionadas al uso del agua, etc. Es decir, se trata de evitar las oportunidades que tienen los vectores para reproducirse cuando encuentran la accesibilidad y condiciones para hacerlo (Noar, 2007; OPS, 2015).

Estos estilos de vida que evitan comprometer al organismo hacia la enfermedad, se convierten en una serie de hábitos y orientaciones que poseen unidad y están influenciados por presiones de los grupos sociales, circunstancias socioeconómicas y epidemiológicas así como por la propia familia (Oblitas, 2006).

Los estilos de vida saludables relacionados al dengue apuntan hacia la importancia de dedicar un espacio de tiempo a actividades de prevención y mejora de las condiciones de vida material y espiritual, rompiendo psicológicamente con la rutina diaria de dejar pasar las cosas colocando al individuo en una posición vulnerable si su estilo de vida no concuerda con las demandas de la tarea a realizar (Noar, 2007).

La forma en que el individuo maneje el escenario de la vida familiar, con estilos de vida saludable, determinara su estabilidad emocional puesto que, la enfermedad en uno o más miembros de la familia, genera conflictos en la dinámica familiar. La relación persona-familia, ambiente-persona influyen en la calidad de vida, cuando las condiciones de existencia material del ambiente nos hacen vulnerables a la epidemia del dengue y lo estamos comprobando en carne propia viendo enfermos a nuestros seres queridos,

ocurren desequilibrios en la forma y manera en que se asumen los estilos de vida, reflejándose estos en el estado de bienestar de las personas y la familia (Noar, 2007; Oblitas, 2006).

Desde esta perspectiva la orientación de la personalidad hacia las tareas preventivas en los estilos de vida familiar y social son tan importantes en las estrategias sanitarias de prevención y promoción de la salud que se han convertido en un referente para entender las conductas de los individuos. El mundo familiar y social es una especie de laboratorio grande que nos proporciona todas las oportunidades, por la connotación del sistema urbano y social, para ver y examinar variables de naturaleza individual a diferentes niveles (OMS/OPS, 2008).

Ello nos permite desmenuzar las variables personales (grado de instrucción, edad, género, lugar de residencia, status social, nivel económico, estado civil, etc.) y sociodemográficas y culturales, que crean o son generadoras de los cambios de los estilos de vida de las personas y las familias dentro de los procesos de desarrollo epidemiológicos. Todo parte de la forma en que observamos o identificamos amenazas o factores de riesgo para enfermar o morir, no solo por dengue, sino también, por otras enfermedades relacionadas o derivadas de malos estilos de vida (Noar, 2007).

Así, el conocer de manera profunda la dinámica que envuelve el significado intrínseco que tiene para las personas los estilos de vida, se ha convertido en la herramienta más importante de las estrategias sanitarias en el mundo, sobre todo, para poder lograr predicciones, entender percepciones particulares, situaciones epidemiológicas o ecológicas específicas, así como, manejar eventos críticos y/o solucionar problemas médicos sociales. Esto hace de los estilos de vida una determinante de la salud (causa de

la causa) que nos reta a ser creativos en forma permanente y variada siguiendo y/o cambiando los escenarios del trabajo sanitario de manera que produzca la sensación que le estamos ganando la guerra a las epidemias o pandemias como el dengue en el mundo (OMS/OPS, 2008).

La meta está en el valor que le damos a los estilos de vida en este nuevo siglo y el significado que para el trabajo sanitario tienen los estilos de vida de las personas de manera que podamos contar cada vez con mejores tendencias a mejorar los estilos de vida preventivos de enfermedades como el dengue (Restrepo, 2001).

1.3.2 Características del cuadro clínico del dengue

Si bien es cierto que el dengue presenta un amplio espectro clínico con evolución y resultados impredecibles, las características del cuadro clínico se definen por el orden de sus prioridades. Algunos pacientes se recuperan después de un cuadro clínico rápido y benigno y es un proceso espontáneo, sin embargo, algunos casos se presenta como una enfermedad grave caracterizado principalmente por la permeabilidad vascular, con hemorragia o sin ella (MINSA, 2015; OMS/OPS, 2016).

Los cambios en la epidemiología del dengue incluso dentro de la misma población conducen a características distintas de los cuadros clínicos, resultando difícil determinarlas e identificar al grupo o grupos poblacionales en los cuales la enfermedad progresa de la forma no grave a la grave. Este es el gran reto para el tratamiento apropiado y/o evitar que se desarrollen condiciones clínicas más graves (Hoyos, Pérez y Hernández, 2012).

Esta fue una de las principales razones para que la OMS /Unicef/Banco Mundial. (2009) agruparan las características de los

cuadros clínicos del dengue en tres categorías: fiebre indiferenciada, fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue. Esta última la sub clasificó en 4 grados, según su gravedad en donde los grados 3 y 4 corresponden al síndrome del choque por dengue. Esta clasificación generó muchas dificultades en la aplicación de los criterios clínicos para atender la fiebre hemorrágica por dengue, junto con el aumento en los casos de dengue clínicamente grave que no cumple con los estrictos criterios para ese diagnóstico llevaron a solicitar una reconsideración de dicha clasificación aunque sigue utilizándose hasta la actualidad (OMS/ UNICEF, et al., 2013).

Unas de las corrientes teóricas que sostenía la necesidad de una nueva clasificación de las características del cuadro clínico del dengue lo presento Cuba llegando a concordar con la OMS que el dengue es una sola enfermedad con características de los cuadros clínicos diferentes y, a menudo con evolución clínica y resultado impredecible (OMS, 2013).

Planteado de esta manera las características de los cuadro clínicos del dengue se definían por la gravedad que presentaban. Esto representó y por el gran potencial para uso práctico por los médicos tratantes, con ello se podía decidir dónde y cuan intensamente se debe observar y tratar al paciente (es decir, el triaje, es especialmente útil en los brotes), para una notificación de casos más acorde con el sistema de vigilancia epidemiológica nacional e internacional y con una medida final en los ensayos de vacuna y medicamentos contra el dengue (OPS, 2015).

Si analizamos las características específicas de los cuadros clínicos encontramos que es típico que los pacientes desarrollen fiebre alta de forma abrupta, conociéndose a esta característica

como la fase febril aguda que dura de 2 a 7 días y, a menudo está acompañado de rubor facial, eritema de la piel, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgia y cefalea. Algunos pacientes pueden presentar dolor de garganta, faríngea inyectada e infección conjuntival. También son comunes la anorexia, las náuseas y vómitos (OPS, 2015; OMS, 2013).

En esta primera fase febril temprana se hace difícil distinguir las características del cuadro clínico del dengue de otras enfermedades febriles que no tienen relación alguna con el dengue. Si la prueba del torniquete resulta positiva en esta fase, aumenta las probabilidades de que sea dengue. Pero, estas características clínicas del dengue son prácticamente indistinguible en los casos de dengue grave y no grave. Por lo tanto, la estrategia a seguir es el seguimiento de los casos para detectar signos de alerta y otras características clínicas cruciales para reconocer la evolución hacia la fase crítica (OPS, 2015; OMS, 2013)

Las características del cuadro clínico con hemorragias leves, petequias y sangrado de mucosas (nasales y de las encías), el sangrado vaginal masivo en mujeres en edad fértil y sangrado gastrointestinal, son raros, como también lo es el aumento de tamaño del hígado o la flacidez de éste órgano después de algunos días de fiebre. Las características del cuadro clínico que se identifican, generalmente a través de la reducción progresiva del número total de glóbulos blancos, debe alertar de una alta probabilidad de dengue (OPS, 2015; OMS, 2013).

Por otro lado, la fase crítica del dengue presenta un cuadro clínico caracterizado por la temperatura que cae a menos de 37.5°C y permanece por debajo de éste. Usualmente en los días 3 y 7 de la enfermedad, se puede presentar un aumento en la permeabilidad

capilar junto con mayores valores de hematocritos. Estas características del cuadro clínico del dengue indican el inicio de la fase crítica de la enfermedad que dura de 24 a 48 horas y se le conoce como el periodo de extravasación de plasma y está precedida por leucopenia progresiva seguida de una rápida disminución del número de plaquetas (OPS, 2015; OMS, 2013).

El paciente con este cuadro clínico no presenta aumento de la permeabilidad capilar empeorando su cuadro clínico como resultado de la pérdida del volumen plasmático. Pero, el grado de extravasación varía mucho de paciente en paciente. El derrame pleural y la ascitis se pueden detectar clínicamente dependiendo del grado de extravasación del plasma y del volumen del reemplazo del líquido, por tanto, la placa de tórax y el ultra sonido abdominal pueden ser herramientas útiles para el diagnóstico (OMS/OPS, 2016).

Un aumento superior al valor de referencia al hematocrito indica la gravedad de la extravasación de plasma. En esta fase crítica puede presentarse choque cuando hay una pérdida crítica del volumen plasmático debido a la extravasación. Los signos de alerta son la temperatura corporal por debajo de lo normal y se puede presentar también hipo perfusión en forma de deterioro orgánico progresivo, acidosis metabólica y coagulación extravascular diseminada (OMS/OPS, 2016).

La leucopenia, que se observa durante esta fase, hace que el número total de glóbulos blancos pueda aumentar en los pacientes con sangrado grave y/o desarrollar un deterioro orgánico importante como hepatitis, encefalitis y miocarditis, paralelamente al sangrado grave, sin extravasación pragmática evidente o choque (OMS/OPS, 2016).

Estos procesos no son regulares ni similares en todos los pacientes, algunos progresan a la fase crítica sin que allá disminución de temperatura, por ejemplo. Sin embargo, presenta cambios en el cuadro hemático y de extravasación de plasma. Los cuadros clínicos por este tipo de variaciones presentan indicadores basados en signos de alerta que permiten la recuperación del paciente con rehidratación intravenosa temprana (OMS, 2013).

Si el paciente sobrevive a la fase crítica, que es de 24 a 48 horas, en las siguiente 48 a 72 horas, tiene lugar una reabsorción gradual de los líquidos del compartimiento extravascular. Se presenta una mejora de bienestar general, regresa el apetito disminuye los síntomas gastrointestinales, se estabiliza el estado el hemodinámico y se presenta diuresis (OMS/OPS, 2016).

Algunos pacientes pueden presentar erupciones o pruritos generalizados así como bradicardia y cambios en los electrocardiogramas. Al estabilizarse los hematocritos debido a la reabsorción debido a los líquidos reabsorbidos, el conteo de leucocitos sube inmediatamente después de la fiebre recuperándose también a nivel plaqueta (OMS, 2013).

Es muy importante que en esta fase de recuperación que el reemplazo de los líquidos no sea excesivos porque puede generar edema pulmonar o insuficiencia cardiaca congestivas (OMS /Unicef/Banco Mundial, 2009)

Las características del cuadro clínico del dengue dependen a su vez de la edad del paciente (lactante y/o adulto mayor) y de condiciones especiales como el embarazo. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o la clásica

enfermedad incapacitante de inicio abrupto como se ha descrito líneas arriba. Sin embargo, los lactantes y preescolares pueden sufrir desde una enfermedad febril e indiferenciada con erupción maculo papular, hasta complicaciones mayores en niños en edad escolar. Las manifestaciones suelen ser hepáticas neurológicas: en menor proporción se presenta las complicaciones renales, cardiaca, pulmonares, síndrome hemofagositico, pancreatitis y abdomen agudo. (OPS, 2015)

El embarazo como la edad del paciente no aumenta el riesgo de contraer dengue, ni predispone a una evolución diferente de la enfermedad. Pero, las posibilidades que afecte a las embarazadas es evidente y las pacientes deben ser atendidas con prudencia, ya es probable que se presente una amenaza de aborto o aborto, al igual que amenaza de parto prematuro hasta incluso un mes después de pasada la enfermedad (Kalawat et al, 2011).

Las características del cuadro clínico son iguales en la mujer embarazada que para una mujer no embarazada. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que, por ejemplo, las características fisiológicas del embarazo podrían dificultar el diagnóstico del dengue (leucocitosis, trombocitopenia, leucocitosis y hemodilución). En las embarazadas sin signos de alarma el parto y puerperio son normales, pero cuando hay signos de alarma, estos pueden estar asociado al crecimiento fetal retardado e incluso a la muerte materna. También se puede presentar engrosamiento de la pared vesicular con o sin líquido perivesicular (Montoya et al., 2013)

Otras alteraciones como hepatomegalia o esplenomegalia y líquido en las cavidades cerosas son iguales a las demás enfermas de dengue (no embarazada). Cuando se trata de una embarazada en situación de parto el problema es el sangrado uterino que puede

asociarse a hemorragia grave con evolución fatal (OMS /UNICEF/BM, 2009).

En recién nacidos y lactantes las características de los cuadros clínicos leves o moderados e incluso graves, están acentuadas por las manifestaciones relativas al tracto respiratorio superior o convulsiones febriles que pueden deberse a encefalopatías por dengue. También se puede presentar escape de plasma del espacio intravascular que se manifiesta por edema palpebral y podálico, aunque todo el tejido subcutáneo es afectado (Pardo y Alarcón, 2013).

Los trastornos hidroelectrolíticos son muy frecuentes en lactantes por el mayor volumen de líquido que tiene su cuerpo. También es frecuente en ellos la hepatomegalia y esplenomegalia que es hasta 7 veces más fuerte que en niño de mayor edad. El choque en lactantes se expresa principalmente como hipotermia, irritabilidad o letargo, extremidades frías y taquicardia posterior la presión arterial media tiende a descender (Pardo y Alarcón, 2013).

El problema es que si la enfermedad lo adquirió antes de nacer, por transmisión vertical, los cuadros clínicos pueden ser de características asintomáticas o presentar fiebre exantema, petequias, trombocitopenia y hepatomegalia y evolucionar sin complicaciones. En cambio, aquellos que presentan síntomas graves, sus cuadros clínicos son similares a las de sepsis con hipotermia en lugar de fiebre, derrame pleural, sangrado digestivo, insuficiencia circulatoria, hemorragia intracraneal y muerte. En estos casos el reto es mantener la presión arterial media dentro de los límites normales para la edad y el sexo (OMS, 2009).

En el adulto mayor el dengue se asocia con un riesgo más alto de complicaciones en comparación con otros grupos etarios, esto se debe a la mayor incidencia de enfermedades concomitantes, presentaciones inusuales y complicaciones asociadas al dengue a nivel fisiológico e inmunológico. Por otro lado, este tipo de población es susceptible a una mayor deshidratación en la fase febril hecho que se graba por la renuencia que presentan para solicitar atención medica temprana (OMS/OPS, 2016).

El otro problema no menos importante es la condición social de aislamiento que contribuye al retraso de la atención médica temprana. En algunos casos el dengue en este tipo de población agravan las enfermedades crónico degenerativo de ahí la necesidad de controlar los parámetros hemodinámicos y metabólicos (OPS, 2015).

1.4 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018?

1.5 Justificación del Estudio

Teóricamente el estudio redimensiona la relación entre los estilos de vida de la población y las características del cuadro clínico del dengue, así como su importancia en las estrategias de prevención y promoción de la salud. En este sentido, la presente investigación tiene por objeto generar conciencia en la población sobre las repercusiones de los estilos de vida en la prevención o infección del dengue. De allí su importancia medico social.

En términos prácticos, el estudio es necesario para exponer, por ejemplo, lo que el poblador hace o deja de hacer en su vida diaria y, por

otro, la forma o la característica que toma el cuadro clínico del dengue debido a dichas acciones. En este sentido la perspectiva es generar criterios de valor sobre el papel de los estilos de vida en las características del cuadro clínico del dengue para reformular las formas de cambio, consciente o inconscientemente, de las conductas de las personas y mejorar sus condiciones de salud.

Metodológicamente el estudio permite conocer hasta dónde estamos trabajando sobre los estilos de vida de la población para prevenir la epidemia del dengue y sus complicaciones en nuestra sociedad.

En **términos médicos sociales**, la investigación permite compartir resultados con los responsables de la Micro Red de Salud Jerusalén del Distrito La Esperanza; con ello contribuye a la promoción, protección y recuperación de la salud de la población con mayor índice de casos de dengue confirmados durante el 2016-2018 en la Región La Libertad, además de contribuir a la reducción del impacto en la salud pública de las complicaciones y secuelas que pueden dejar el dengue y reducir el costo económico que genera a la persona enferma, su entorno familiar y el Estado.

1.6. Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General

$H_{(1)}$ Existe relación significativa entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

$H_{(0)}$ No existe relación significativa entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

1.6.2 Hipótesis Subsidiarias

- H_(i) Existe relación significativa entre el estilo de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H₍₀₎ No existe relación significativa entre el estilo de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H_(i) Existe relación significativa entre el estilo de vida de eliminación de los residuos sólidos, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H₍₀₎ No existe relación significativa entre el estilo de vida de eliminación de los residuos sólidos, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H_(i) Existe relación significativa entre el estilo de vida basado en la actitud ante el control vectorial, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H₍₀₎ No existe relación significativa entre el estilo de vida basado en la actitud ante el control vectorial, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

- H_(i) Existe relación significativa entre el estilo de vida basado en los tipo conocimientos sobre dengue, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H₍₀₎ No existe relación significativa entre el estilo de vida basado en los tipo conocimientos sobre dengue, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H_(i) Existe relación significativa entre el estilo de vida de traslados continuos a lugares de riesgo, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.
- H₍₀₎ No existe relación significativa entre el estilo de vida de traslados continuos a lugares de riesgo, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

1.7 Objetivo

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnostico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre el estilo de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

- Determinar la relación entre el estilo de vida de eliminación de los residuos sólidos, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

- Determinar la relación entre el estilo de vida basado en la actitud ante el control vectorial, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

- Determinar la relación entre el estilo de vida basado en los tipos de conocimiento sobre dengue, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

- Determinar la relación entre el estilo de vida de traslados continuos a lugares de riesgo, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

II. METODO

2.1 Tipo de Investigación

Descriptiva-correlacional. El objeto fue describir las relaciones entre las variables (incluidas sus dimensiones) para determinar la correlación entre ellas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2 Diseño de Investigación

Descriptiva-correlacional de diseño Ex-post facto y de carácter transversal. Este tipo de investigación no manipula las variables y trabaja sobre datos de casos ya pasados (historias clínicas de casos de dengue) y la referencia real de los estilos de vida en un solo momento.

$$M \quad X^5_{(i=0)} \quad r \quad Y_1$$

Dónde:

M: Representa la población en estudio: pacientes de ambos sexos y cualquier edad con diagnóstico confirmado de dengue atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén entre 2016-2018.

X⁵: Representa la variable: Estilos de vida con sus cinco dimensiones: Conservación y almacenamiento de recipientes de agua, eliminación de residuos sólidos, actitud ante el control vectorial, tipo de conocimientos sobre dengue y traslados continuos a lugares de riesgos.

Y₁: Representa la variable: Características específicas del cuadro clínico del dengue en el adulto mayor.

r: Representa la relación y correlación que existe entre las variables

2.3 Variables, operacionalización

2.3.1 Identificación de Variables

- Estilos de vida
- Características del cuadro clínico del dengue.

2.3.2 Operacionalización de Variables

Tabla 1: Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Nivel de medición
ESTILOS DE VIDA	Patrón acostumbrado de vida que genera conductas específicas que pueden ser saludables o no saludables (Noar, 2007)	Clasificación del estilo de vida asociado al riesgo de enfermar o morir por dengue	Conservación y almacenamiento de recipientes de agua.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recipientes con tapas 2. Limpieza adecuada de recipientes 3. Charcos de agua expuestos 4. Uso de abate 	Saludable 4 pts. No saludable 1-3 pts.
			Eliminación de residuos sólidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Embolsado adecuado 2. Uso de lugares públicos indicados para desechos 3. Uso de recipientes tapados 4. Recolección diaria 5. No permite que se acumulen cosas inservibles en techo, corral u otros lugares de la casa 	Saludable 4-5 pts. No saludable 1-3 pts.
			Actitud ante el control vectorial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite el control vectorial sanitario en casa 2. Conoce sobre el uso de abate 3. Limpieza adecuada y diaria de la casa y frontera de calle 	Saludable 3 pts. No saludable 1-2 pts.
			Tipo conocimientos sobre el dengue	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de síntomas y signos de la enfermedad 2. Conocimiento de la importancia de la prevención 3. Conocimiento del acceso al establecimiento de salud para descartar dengue. 4. Conocimiento de la importancia de la detección temprana del dengue. 5. Conocimiento sobre las complicaciones que puede generar el dengue en las personas 	Saludable 4-5 pts. No saludable 1-3 pts
			Traslados continuos a lugares de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por trabajo se moviliza por lugares en riesgo epidemiológico diariamente 2. Recibe visitas de personas que viven en zonas de riesgo epidemiológico para dengue 3. Tiene contacto continuo con personas que viven lugares de riesgo epidemiológico para dengue 	Saludable 3 pts. No saludable 1-2 pts.
Cuadro Clínico del Dengue a nivel general	Entidades clínicas consideradas de primer orden de prioridad para su tratamiento al identificarse el grado de permeabilidad vascular, con hemorragia o sin ella (MINSA,2017a)	Resultados del diagnóstico del dengue a nivel general y específico registrado en historia clínica.	Características de los signos y síntomas generales del Dengue	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días. 2. Fiebre con cefalea, vómitos y dolor muscular intenso con duración entre 2 a 7 días. 3. Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días. 4. Trastornos del gusto 5. Enrojecimiento de la laringe 6. Dolor abdominal 7. Compromiso vascular por dengue 8. Afección de órganos y sistemas por dengue y con mortalidad 	Nominal

	; 2017b; 2016).			9. Hepatitis por dengue 10. Insuficiencia hepática por dengue. 11. Encefalopatía por dengue. 12. Miocarditis por dengue. 13. Hemorragias severas por dengue. 14. Nefritis por dengue. 15. Choques por dengue. 16. Coagulación intravascular diseminada 17. Falla multiorgánica 18. Erupciones cutánea 19. Asintomático 20. Característica del momento de la detección del dengue	
--	--------------------	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

2.4 Población

Lo constituirán 74 pacientes (58 mayores de 6 meses a 64 años; 9 adultos mayores ≥ 65 ; 7 gestantes) y sus historias clínicas, con diagnóstico confirmado de dengue entre Enero del 2016 a Julio del 2018, en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.

2.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos y cualquier edad con diagnóstico confirmado de dengue, atendidos entre enero del 2016 a julio del 2018 en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.
- Pacientes con historias clínicas completas.
- Pacientes ubicados en sus domicilios al momento del estudio.
- Pacientes sin problemas psicológicos o psiquiátricos al momento de la encuesta.
- Pacientes que acepten colaborar voluntariamente con la investigación.

2.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas.

- Pacientes no ubicados en sus domicilios al momento del estudio.
- Pacientes con problemas psicológicos o psiquiátricos al momento de la encuesta.
- Pacientes que no acepten colaborar voluntariamente con la investigación.

2.4.2 Unidad de Análisis

Pacientes y sus historias clínicas, de ambos sexos y cualquier edad con diagnóstico confirmado de dengue, atendidos entre enero del 2016 a julio del 2018 en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.

2.5 Instrumentos, validación y confiabilidad

2.5.1 Instrumentos

- Encuesta de estilos de vida adaptada y extraída de la Guía Práctica Clínica para la Atención de casos de dengue en el Perú del MINSA (2017a; 2017b y 2016). Costa de 20 ítems y 5 dimensiones: 4 ítems sobre conservación y almacenamiento de recipientes de agua, 5 ítems sobre eliminación de residuos sólidos, 3 ítems control vectorial, 5 ítems sobre tipo conocimiento sobre el dengue, y 3 ítems sobre traslados continuos a lugares de riesgo para dengue.
- Protocolo de registro de datos de historias clínicas sobre características del cuadro clínico, adaptada y extraída de la Guía Práctica Clínica para la Atención de casos de dengue en el Perú del MINSA (2017a; 2017b y 2016), con 20 ítems estructurados en: características del cuadro clínico según Signos y Síntomas, con 19 ítems; características del cuadro clínico según el momento de su detección con 1 ítems.

2.5.2 Validación y confiabilidad de los instrumentos

Tabla 2: Ficha técnica de validación y confiabilidad de instrumentos

Título:	Estudio psicométrico de validación de instrumento para determinar la relación entre Estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza
Autora	Lic. Peña Contreras, Nelly María
Asesora:	Dra. Miryan Griselda Lora Loza
Población	18 Pacientes 2017-2018 con diagnóstico confirmado de dengue y sus historias clínicas
Contexto	Sector Wichanzao y Micro Red de Salud MINSA Wichanzao, Distrito La Esperanza Provincia de Trujillo y Región La Libertad.
Validación	<p>Validación interna:</p> <p>La encuesta sobre Estilos de Vida relacionados al Dengue como la Guía Práctica Clínica para la Atención de casos de dengue en el Perú del MINSA (2017a; 2017b y 2016) se sustentan en los estudios teóricos y empíricos de la OPS, 2003; 2010 y; OMS 2009. Estos estudios fueron sistematizados por la misma OPS/OMS 2016 en su “Dengue: Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas” 2º edición. 2016.</p> <p>Esta Guía fue adaptada a la realidad peruana por el MINSA 2017a; 2017b y 2016 tomando en cuenta los siguientes componentes: laboratorio, comunicación social, epidemiología, manejo integrado de vectores, medio ambiente y atención al paciente, recomendados por la OPS/OMS 2016. Sin embargo, el MINSA introdujo la caracterización de los cuadros clínicos atendiendo requerimientos para la atención primaria, procedimientos diagnósticos y manejo clínico en la atención de los pacientes con dengue.</p> <p>Desde esta plataforma se estructuró una encuesta cerrada sobre los estilos de vida referenciados sobre el riesgo de contraer dengue con 20 ítems y 5 dimensiones (conservación y almacenamiento de recipientes de agua; eliminación de residuos sólidos; actitud ante el control vectorial; tipo de conocimientos sobre el dengue y traslados continuos a lugares de riesgo)</p> <p>También se extrajo un Protocolo de Recolección de datos de Historias Clínicas sobre las características del cuadro clínico del dengue para población general, gestante, recién nacidos y lactantes así como adultos mayores (≥ 65 años de edad) MINSA (2017a; 2017b y 2016).</p>

	<p>Validación de Contenido (Expertos)</p> <p>Los dos instrumentos fueron sometidos en forma global a juicio de 7 expertos con el objetivo de obtener un Coeficiente de Concordancia de Expertos mayor a 65% sobre 7 criterios de evaluación: Si los instrumentos recogen la información que permite dar respuesta al problema de investigación; si responden a los objetivos del estudio; si la estructura de los instrumentos es adecuada; si los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de las variables en estudio; si la secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento; si los ítems son claros y entendibles y; si el número de ítems es adecuado para su aplicación. El resultado arrojó un Coeficiente de Concordancia de expertos mayor del ,90% con lo que se da consentidas ambas prueba para su uso en el presente estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - María Garrido Guevara - Wendy Julca Mayo - Cesar Orlando Zavaleta Arroyo - Blanca Rivera de Castillo - Wiliam Enrique Chirinos Saldaña - Edith Margot Alcalde Giove - Katy Elizabeth Cruzado Valverde
<p>Confiabilidad (Estudio piloto)</p>	<p>El estudio de confiabilidad sólo aplicó para la Encuesta sobre estilos de vida relacionados al Dengue. Está basado en el análisis de fiabilidad de total de elementos estandarizados de los estilos de Vida. En el caso del Protocolo de recolección de datos de las historias clínicas, la confiabilidad depende de la opinión de expertos por considerar que es un registro de datos sin valoración alguna y sin sujeto a opinión del paciente.</p> <p>Para la fiabilidad general de la Encuesta sobre los estilos de vida asociados a la epidemia del dengue, la estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,960, las estadísticas de los elementos indican medias que oscilan entre 0,33 a 0,67, la media de la varianza de elementos es de ,447 y su valor máximo/mínimo de 2,400, La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre 50,500 a 52,605. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 8,94 con una varianza 56,997 y una desviación de 7,550. El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,960 que con 95% de confianza se mueve entre ,927 a 982 siendo el valor bruto de la variabilidad F 24,769 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5).</p> <p>Dimensión de los estilos de vida: conservación y almacenamiento de recipientes de agua con 4 ítems.</p>

	<p>La estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,932, las estadísticas de los elementos indican medias que oscilan entre 0,39 a 0,44, la media de la varianza de elementos es de ,417 y su valor máximo/mínimo de 1,143. La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre 1,948 a 1,977. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 1,67 con una varianza 3,412 y una desviación de 1,847. El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,932 que con 95% de confianza se mueve entre ,861 a 972 siendo el valor bruto de la variabilidad F 14,774 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5)</p> <p>Dimensión de los estilos de vida: eliminación de residuos sólidos con 5 ítems. La estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,857, las estadísticas de los elementos indican medias que oscilan entre 0,28 a 0,67, la media de la varianza de elementos es de ,422 y su valor máximo/mínimo de 2,400. La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre 2,418 a 2,614. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 2,11 con una varianza 3,752 y una desviación estándar de 1,937. El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,856 que con 95% de confianza se mueve entre ,715 a ,939 siendo el valor bruto de la variabilidad F 6,937 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5)</p> <p>Dimensión de los estilos de vida actitud ante el control vectorial con 3 ítems. La estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,830, las estadísticas de los elementos indican medias que oscilan entre 0,33 a 0,61, la media de la varianza de elementos es de ,500 y su valor máximo/mínimo de 1,833. La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre ,761 a ,853. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 1,50 con una varianza 1,676 y una desviación estándar de 1,295. El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,830 que con 95% de confianza se mueve entre ,628 a ,931 siendo el valor bruto de la variabilidad F 5,897 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5)</p> <p>Dimensión de los estilos de vida: tipo de conocimientos sobre el dengue con 5 ítems. La estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,820, las estadísticas de los elementos indican medias que</p>
--	--

	<p>oscilan entre 0,39 a 0,56, la media de la varianza de elementos es de ,467 y su valor máximo/mínimo de 1,429. La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre 2,382 a 2,644. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 2,33 con una varianza 3,765 y una desviación estándar de 1,940. El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,820 que con 95% de confianza se mueve entre ,644 a ,924 siendo el valor bruto de la variabilidad F 5,565 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5</p> <p>Dimensión de los estilos de vida: traslados continuos a lugares de riesgo con 3 ítems.</p> <p>La estadísticas de elementos estandarizados alcanzo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,912, las estadísticas de los elementos indican medias que oscilan entre 0,44 a 0,44, la media de la varianza de elementos es de ,444 y su valor máximo/mínimo de 1,000. La varianza de escala si el elemento es suprimido oscila entre ,928 a ,928. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach sobrepasa el valor de referencia de la prueba. La estadística de escala arroja una media de 1,33 con una varianza 2,000 y una desviación estándar de 1,414 El coeficiente de correlación de la media promedio es de ,912 que con 95% de confianza se mueve entre ,806 a ,964 siendo el valor bruto de la variabilidad F 11,333 con una significancia de ,000 (muy significativa) (Ver Anexo 4-5</p>
Conclusión	<p>Estando a lo concordado por expertos sobre las pruebas evaluadas y de acuerdo a los resultados de la prueba de confiabilidad de la Encuesta sobre estilos de vida relacionados al dengue (a nivel general y en sus cinco dimensiones), se considera que ambos instrumentos pueden aplicarse para el presente estudio en pacientes con diagnostico confirmado de dengue (2016-2018) el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.</p>

Fuente: Elaboración propia

2.6 Método de Análisis de datos

- Los datos serán calificados de acuerdo a las mediciones de las variables y a los requerimientos de los objetivos del estudio. Para ello se asignara códigos numéricos excluyentes.
- Los resultados a través de los códigos numéricos atribuidos serán ingresados directamente a la computadora con el auxilio del paquete estadístico SPSS-V22, en español.

- Se hará uso de frecuencia simple para describir las variables presentado cuadro de doble entrada.
- Para el análisis de relación de los datos a nivel se hará uso de la prueba del Chi Cuadrado de Pearson aceptándose una significancia estadística con una precisión menor de 0,05 ($p < 0,05$). Se opta por esta prueba por considerar que los resultados de los estilos de vida relativos al dengue se consignaran en dos categorías (dicotómicas- a pesar de su medición por intervalo) como “Saludable” y “No Saludable” y, los datos relativos a cada una de las características del cuadro clínico del dengue se consignaron en un nivel de medición categórico (Si o No).

2.7 Aspectos éticos

En la aplicación de la encuesta sobre los estilos de vida y en el registro de los datos de las historias clínicas se respetara el anonimato de los pacientes informantes siguiendo los criterios del acuerdo de OPS/CIOMS 2016. De beneficencia, no maleficiencia, autonomía y justicia.

Esto permitirá valorar el tiempo que el paciente informante brinde a la investigación y a través de ello nos permitirá tomar acciones que no perjudiquen a nadie al contrario que prevalezca el beneficio concordado con la persona y el respeto por su salud y derechos individuales. Es decir el único propósito es encontrar respuestas claras sobre los estilos de vida asociados al dengue y con ello evitamos que se actúen a través de comportamiento de riesgo o daño en la salud en quienes participan (OPS/2016).

Para ello se tomarán las medidas preventivas que permitan identificar dificultades psicológicas u otros problemas que puedan interferir en los procesos de la aplicación de la encuesta de encontrarse problemas al respecto se considerará como un criterio para la exclusión del paciente respecto del estudio. basados en estos principios se considerará la

aplicación de una autorización del propio paciente informante para participar en el estudio aplicándose una hoja de consentimiento informado en donde queda explícito su autorización de participar en la investigación y su derecho de retirarse cuando lo desee (OPS/2016).

III. RESULTADOS

Tabla 3. La relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Estilos de Vida						Sig. X ² / Valor CC
		Saludable		No Saludable		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Asintomático	Si	03	4,1	07	9,5	10	13,5	0,017
	No	04	5,4	60	81,1	64	86,5	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	04	5,4	58	78,4	62	83,8	0,044
	No	03	4,1	09	12,2	12	16,2	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	07	9,5	64	86,5	71	95,9	0,568
	No	00	0,0	03	4,1	03	4,1	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	02	2,7	54	73,0	56	75,7	0,002
	No	05	6,8	13	17,6	18	24,3	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Trastornos del gusto	Si	01	1,4	31	41,9	32	43,2	0,104
	No	06	8,1	36	48,6	42	56,8	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Enrojecimiento de la laringe	Si	01	1,4	03	4,1	04	5,4	0,275
	No	06	8,1	64	86,5	70	94,6	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Dolor abdominal	Si	04	5,4	01	1,4	05	6,8	0,000
	No	03	4,1	66	89,2	69	93,2	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Erupciones cutáneas	Si	01	1,4	30	40,5	31	41,9	0,120
	No	06	8,1	37	50,0	43	58,1	
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	
Momento de detección	F. febril	07	9,5	53	71,6	60	81,1	0,406
	F. Crítica	0	0,0	04	5,4	04	5,4	
	F. Recuperativa	0	0,0	10	13,5	10	13,5	0,154
	Total	07	9,5	67	90,5	74	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 3 muestra que los estilos de vida de pacientes con diagnóstico confirmado de dengue en el Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018 como No saludables (90,5%) y tiene relación significativa ($p < 0,05$) con las características del cuadro clínico del dengue: presentar Asintomático ($X^2 p = 0,017$ y un valor del $CC = 0,267$), Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días ($X^2 p = 0,044$ y con valor del $CC = 0,227$); Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días ($X^2 p = 0,002$ y un valor del $CC = 0,334$) y el Dolor abdominal ($X^2 p = 0,000$ y un valor del $CC = 0,544$), No son significados.

Tabla 4. La relación entre la conservación y almacenamiento de recipientes de agua como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Conservación y almacenamiento de recipientes de agua como estilo de vida				Total		Sig. X ² / Valor CC
		Saludable		No Saludable		Nº	%	
		Nº	%	Nº	%			
Asintomático	Si	03	4,1	07	9,5	10	13,5	0,411
	No	12	16,2	52	70,3	64	86,5	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	11	14,9	51	68,9	62	83,8	0,219
	No	04	5,4	08	10,8	12	16,2	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	15	20,3	56	75,7	71	95,9	0,373
	No	00	0,0	03	4,1	03	4,1	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	08	10,8	48	64,9	56	75,7	0,024
	No	07	9,5	11	14,9	18	24,3	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Trastornos del gusto	Si	02	2,7	30	40,5	32	43,2	0,009
	No	13	17,6	29	39,2	42	56,8	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Enrojecimiento de la laringe	Si	01	1,4	03	4,1	04	5,4	0,809
	No	14	18,9	56	75,7	70	94,6	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Dolor abdominal	Si	04	5,4	01	1,4	05	6,8	0,001
	No	11	14,9	58	78,4	69	93,2	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Erupciones cutáneas	Si	04	5,4	27	36,5	31	41,9	0,181
	No	11	14,9	32	43,2	43	58,1	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	
Momento de detección	F. febril	13	17,6	47	63,5	60	81,1	0,091
	F. Crítica	02	2,7	02	2,7	04	5,4	
	F. Recuperativa	00	0,0	10	13,5	10	13,5	
	Total	15	20,3	59	79,7	74	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 4 muestra que la conservación y almacenamiento de recipientes de agua como estilo de vida No saludables (79,7%) y tiene relación significativa ($p < 0,05$) con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: presentar fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días ($X^2 p = 0,024$ y un valor del $CC = 0,254$), trastornos del gusto ($X^2 p = 0,009$ y un valor del $CC = 0,291$) y dolor abdominal ($X^2 p = 0,001$ y un valor del $CC = 0,371$).

Tabla 5. La relación entre la eliminación de residuos sólidos como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Eliminación de residuos sólidos como estilo de vida						Sig. X ² / Valor CC
		Saludable		No Saludable		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Asintomático	Si	02	2,7	08	10,8	10	13,5	0,519
	No	08	10,8	56	75,7	64	86,5	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	07	9,5	55	74,3	62	83,8	0,204
	No	03	4,1	29	12,2	12	16,2	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	09	12,2	62	83,8	71	95,9	0,305
	No	01	1,4	02	7,2	03	4,1	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	06	8,1	50	67,6	56	75,7	0,214
	No	04	5,4	14	18,9	18	24,3	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Trastornos del gusto	Si	03	4,1	29	39,2	32	43,2	0,363
	No	07	9,5	35	47,3	42	56,8	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Enrojecimiento de la laringe	Si	00	0,0	04	5,4	04	5,4	0,416
	No	10	13,5	60	81,1	70	94,6	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Dolor abdominal	Si	02	2,7	03	4,1	05	6,8	0,073
	No	08	10,8	61	82,4	69	93,2	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Erupciones cutáneas	Si	02	2,7	29	39,2	31	41,9	0,134
	No	08	10,8	35	47,3	43	58,1	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	
Momento de detección	F. febril	10	13,5	50	67,6	60	81,1	0,261
	F. Crítica	00	0,0	04	5,4	04	5,4	
	F. Recuperativa	00	0,0	10	13,5	10	13,5	
	Total	10	13,5	64	86,5	74	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 5 muestra que la eliminación de residuos sólidos como estilo de vida en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue en el Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018 es No saludables (86,5%) y no tiene relación ($p > 0,05$) con las características del cuadro clínico del dengue.

Tabla 6. La relación entre la actitud frente al control vectorial como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Actitud frente al control vectorial como estilo de vida						Sig. X ² / Valor CC
		Saludable		No Saludable		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Asintomático	Si	04	5,4	06	8,1	10	13,5	0,045
	No	09	12,2	55	74,3	64	86,5	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	10	13,5	52	70,3	62	83,8	0,460
	No	03	4,1	09	12,2	12	16,2	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	13	17,6	58	78,4	71	95,9	0,414
	No	00	0,0	03	4,1	03	4,1	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	06	8,1	50	67,6	56	75,7	0,006
	No	07	9,5	11	14,9	18	24,3	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Trastornos del gusto	Si	03	4,1	29	39,2	32	43,2	0,106
	No	10	13,5	32	43,2	42	56,8	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Enrojecimiento de la laringe	Si	01	1,4	03	4,1	04	5,4	0,688
	No	12	16,2	58	78,4	70	94,6	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Dolor abdominal	Si	05	6,8	00	0,0	05	6,8	0,000
	No	08	10,8	61	82,4	69	93,2	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Erupciones cutáneas	Si	04	5,4	27	36,5	31	41,9	0,371
	No	09	12,2	34	45,9	43	58,1	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Momento de detección	F. febril	12	16,2	48	64,9	60	81,1	0,474
	F. Crítica	00	0,0	04	5,4	04	5,4	
	F. Recuperativa	01	1,4	09	12,2	10	13,5	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 6 muestra que la actitud frente al control vectorial como estilo de vida en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue en el Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018 es No saludables (82,4%) y tiene relación significativa ($p < 0,05$) con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: Asintomático ($X^2 p = 0,045$ y un valor del $CC = 0,227$), presentar fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días ($X^2 p = 0,006$ y un valor del $CC = 0,303$) y dolor abdominal ($X^2 p = 0,000$ y un valor del $CC = 0,504$).

Tabla 7. La relación entre el tipo de conocimiento sobre dengue como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Tipo de conocimientos sobre dengue como estilo de vida						Sig. X ² / Valor CC	
		Saludable		No Saludable		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Asintomático	Si	05	6,8	05	6,8	10	13,5	0,004	
	No	08	10,8	56	75,7	64	86,5		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,319
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	08	10,8	54	73,0	62	83,8	0,017	
	No	05	6,8	07	9,5	12	16,2		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,268
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	13	17,6	58	78,4	71	95,9	0,414	
	No	00	0,0	03	4,1	03	4,1		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,094
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	07	9,5	49	66,2	56	75,7	0,043	
	No	06	8,1	12	16,2	18	24,3		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,229
Trastornos del gusto	Si	05	6,8	27	36,5	32	43,2	0,701	
	No	08	10,8	34	45,9	42	56,8		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,045
Enrojecimiento de la laringe	Si	01	1,4	03	4,1	04	5,4	0,688	
	No	12	16,2	58	78,4	70	94,6		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,047
Dolor abdominal	Si	03	4,1	02	2,7	05	6,8	0,010	
	No	10	13,5	59	79,7	69	93,2		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,287
Erupciones cutáneas	Si	05	6,8	26	35,1	31	41,9	0,782	
	No	08	10,8	35	47,3	43	58,1		
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		0,032
Momento de detección	F. febril	10	13,5	50	67,6	60	81,1	0,893	
	F. Crítica	01	1,4	03	4,1	04	5,4		
	F. Recuperativa	02	2,7	08	10,8	10	13,5		0,055
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0		

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 7 muestra que el tipo de conocimientos sobre dengue como estilo de vida No saludables (82,4%) y tiene relación significativa ($p < 0,05$) con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: Asintomático (X^2 $p = 0,004$ y un valor del CC = 0,319), Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días (X^2 $p = 0,017$ y un valor del CC = 0,268), presentar fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días (X^2 $p = 0,043$ y un valor del CC = 0,229) y dolor abdominal (X^2 $p = 0,010$ y un valor del CC = 0,287).

Tabla 8. La relación entre los traslados continuos a lugares de riesgo como estilo de vida, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.

CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE		Traslados continuos a lugares de riesgo como estilo de vida						Sig. X ² / Valor CC
						Nº	Total %	
		Saludable		No Saludable				
		Nº	%	Nº	%			
Asintomático	Si	04	5,4	06	8,1	10	13,5	0,067
	No	10	13,5	54	73,0	64	86,5	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.	Si	11	14,9	51	68,9	62	83,8	0,557
	No	03	4,1	09	12,2	12	16,2	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre, cefalea, vómitos y dolor muscular intenso de 2 a 7 días.	Si	14	18,9	57	77,0	71	95,9	0,393
	No	00	0,0	03	4,1	03	4,1	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de 2 a 7 días.	Si	09	12,2	47	63,5	56	75,7	0,270
	No	05	6,8	13	17,9	18	24,3	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Trastornos del gusto	Si	06	8,1	26	35,1	32	43,2	0,974
	No	08	10,8	34	45,9	42	56,8	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Enrojecimiento de la laringe	Si	01	1,4	03	4,1	04	5,4	0,750
	No	13	17,6	57	77,0	70	94,6	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Dolor abdominal	Si	03	4,1	02	2,7	05	6,8	0,015
	No	11	14,9	58	78,4	69	93,2	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Erupciones cutáneas	Si	03	4,1	28	37,8	31	41,9	0,085
	No	11	14,9	32	43,2	43	58,1	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	
Momento de detección	F. febril	12	16,2	48	64,9	60	81,1	0,893
	F. Critica	01	1,4	03	4,1	04	5,4	
	F. Recuperativa	01	1,4	09	12,2	10	13,5	
	Total	13	17,6	61	82,4	74	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 8 muestra que los traslados continuos a lugares de riesgo como estilo de vida en pacientes con diagnóstico confirmado de dengue en el Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018 son No saludables (81,1%) y tiene relación significativa ($p < 0,05$) solo con la características del cuadro clínico del dengue dolor abdominal ($X^2 p = 0,015$ y un valor del $CC = 0,272$).

IV. DISCUSIÓN

Los estilos de vida y las características del cuadro clínico del dengue, desde los campos de medicina tradicional, han sido estudiados como conceptos médicos sociales independientes, sin relación alguna. Más, desde la óptica de la sociología, la antropología y la psicología médica, los avances por demostrar la relación entre dichas variables ha sido significativo. Sin embargo, nunca se ha podido realizar estudios empíricos para demostrar dicha relación por considerar que no estaría confirmada, desde la perspectiva biomédica, una relación primaria entre las dos variables.

La posibilidad de realizar estudios empíricos sobre la relación entre ellas, lo proporcionó la propia OMS y la OPS en esta última década, al tratar de definir las causas de las causas de las enfermedades como determinantes medico sociales de la salud. Su desarrollo ha provenido de la sociología medica de Crokerham, 2015. Esto nos ha permitido interpretar y analizar los resultados sin que haya la posibilidad de referenciar estudios empíricos específicos de contrastes, tal cual se estila en estos tipos de casos. La herramienta principal lo obtenemos en el campo de la medicina cuántica que aplica desde la sociología, antropología y psicología médicas para explicar fenómenos médicos sociales a través de la concurrencia de factores para formar campos férmicos de tiempo-contexto y movimiento (Guha y Schimmer, 2015; OM/OPS 2017a), como veremos a continuación.

Los resultados de la Tabla 3, respecto a la relación entre los estilos de vida en general con las características del cuadro clínico del dengue (como presentarse asintomático, fiebre con intensidad variable de duración entre 2 a 7 días, fiebre con síntomas digestivos inespecíficos de duración entre 2 a 7 días y dolor abdominal), pueden explicarse desde dos perspectivas distintas: La perspectiva -biomédica- que se refiere a la forma como se dan los procesos en el periodo de incubación del virus, desde que es ingerido por el mosquito hembra durante su alimentación pasando por la infestación del intestino medio del mosquito y

posteriormente la propagación sistémica de un periodo de 8 a 12 días, para que pueda ser transmitido a otro seres humanos durante la picadura y la alimentación subsiguiente del mosquito. La segunda perspectiva –cosmogonía de la medicina social- que explica los resultados a través de la forma como se desarrollan los fenómenos físicos en el medio ambiente, generando anisotropías en la temperatura ambiental para propiciar especiales condiciones para que se produzca la propagación sistémica y epidemiológica de la enfermedad (Halstead & Heinz, 2005).

Sin embargo, ambas formas de explicar los resultados corresponderían al análisis solo de las condiciones para que el mosquito permanezca infeccioso durante el resto de su vida. En ambos casos se olvidan que ser humano al estar en contacto con este medio ambiente, propicia, a través de sus patrones de comportamiento, éstas y otras condiciones para el mosquito permanezca infeccioso y no deja espacio a ambigüedades a pesar de la infinita mutación que provoca en los seres humanos las condiciones en que vive el mosquito. No cabe aquí representaciones ideales que estudien al mosquito hembra, porque el ser humano es el principal huésped amplificador del virus mientras que los mosquitos son vectores para los arbovirus, debido a que es muy antropofílico y tiene la necesidad frecuente de picar varias veces antes de completar la co genesis y proliferarse en estrecha proximidad a los seres humanos (Guha y Schimmer, 2015).

En algunas partes de África y Asia se han correlacionado las fiebres con cefalea, vómitos y dolor musculare intentos con duración de 2 a 7 días, así como como otras características del cuadro clínico del dengue, con las condiciones en que se desarrollan las sepas silvestre del dengue y que luego infectan a los seres humanos provocando enfermedad leve. Sin embargo, los resultados nunca se han considerado confiables o serios. Aunque no se pone en duda aquí que las condiciones y características medio ambientales y climáticos influyan sobre la dinámica de la transmisión del virus o sobre las interacciones entre huésped y patógeno, es muy osado señalar que estos fenómenos puedan ser explicados,

en gran parte, por los estilos de vida de la población o vice versa (Guha y Schimmer, 2015).

Es más, en muchas sociedades africanas el mismo clima influye indirectamente en la biología de los vectores y no por esta razón se puede afirmar que son los estilos de vida los que pueden determinar la abundancia de los mosquitos o su distribución geo-epidemiológica y vectorial. Queda claro que dichos condicionantes físicos del ambiente pueden modificar las características de los cuadros clínicos en que se presenta la enfermedad (Cockerham, 2002).

La segunda perspectiva se deriva de la sociología médica de Cockerham, 2002 y 2005, que propone la necesidad de establecer la convergencia entre agente y vector dentro de ciertas estructuras de desarrollo social. Se sostiene que son los patrones de comportamientos individuales y colectivos los que configuran las condiciones para la abundancia y distribución biológica de los vectores. Esto se produciría a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos de acuerdo a sus condiciones de vida social y a sus oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan (Cockerham, 2005).

Es decir, se plantea una explicación dialéctica entre las opciones de vida y las oportunidades que originalmente tiene el hombre para prevenir la alimentación del mosquito y la posterior propagación sistémica de la enfermedad. Bajo este enfoque, el tema es romper el periodo de incubación extrínseca del virus en el intestino medio del mosquito. La perspectiva es que los elementos que se estructuran a través de los patrones de comportamiento social sean a través de diversas circunstancias o acciones individuales y/o colectivas de mejoramiento de las condiciones de vida material y espiritual, aprovechando las oportunidades de vida para evitar que la enfermedad se propague bajo condiciones óptimas (Becker, 2010).

Mucha de esta explicación depende de la forma como ha sido o es socializado el problema epidemiológico del dengue, de ahí que, si no existe, por ejemplo, un

adecuado aseo para ingerir alimentos, lo más probable es que al cuadro clínico de la enfermedad se le pueda identificar a través de síntomas específicos como el dolor abdominal o la presencia de fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días, pero esto ya son opciones de vida y de acuerdo a Cockerham (2002; 2005) probablemente fuerzan una influencia más poderosa de la que nos podamos imaginar en el desarrollo de la enfermedad a nivel socio epidemiológica.

Siguiendo esta lógica, en la Tabla 4, sobre la relación entre la conservación y almacenamiento de recipiente de agua como los estilos de vida con fiebres con síntomas digestivo inespecíficos de 2 a 7 días, trastornos de gusto y dolor abdominal, la explicación sugiere que no tan solo se estaría conservando inadecuadamente aguas en recipientes inadecuados, sino que, pueden estar usándose para el consumo humano y este sería el patrón de comportamiento (Sánchez, Pérez y Pavas, 2015).

Ahora, la teoría de los determinantes médico sociales de la salud de la (OMS, 2013; OM/OPS 2017a) nos diría que estamos ante un comportamiento que permite la incubación del virus, es decir, no solo estaríamos hablando que de la biología de los vectores estaría siendo influenciada por este patrón de comportamiento (la conservación y almacenamiento de recipiente de agua), sino que, los estilos de vida en general se estarían comportando como determinantes de estos cuadros clínicos.

Este concepto es tomado por la medicina cuántica para decirnos que estamos hablando de que estos patrones de comportamientos relacionados a la conservación y almacenamiento de recipiente de agua, en términos inadecuados, generarían fluctuaciones perturbadoras de un estado de bienestar de las personas, desarrollando el mecanismo consistente en un campo de escala favorable al desarrollo de la enfermedad. Consecuentemente el vector estaría en condiciones de multiplicarse y multiplicar el riesgo epidemiológico de la enfermedad (Hoyos, Pérez y Hernández, 2012; Castello, Martín y Mena, 2015).

No obstante, las interacciones entre comportamiento y las condiciones de vida material requieren de la existencia de ciertos grados férmicos en el ambiente y contexto social, que sirvan o mejoren el medio ambiente para que el vector pueda jugar un papel más dañino para la salud. En otras palabras, las presencias de estos patrones de comportamiento generarían características del cuadro clínico del dengue muy específicas y que dejan rastros en la evolución posterior de la enfermedad (Benitez y Olmedo, 2016).

A estas condiciones de vida material y espiritual de las personas se les conoce como campos férmicos o de condiciones favorables para el desarrollo del vector. Los resultados mostrarían que estamos, al parecer, ante campos férmicos homogéneos que definen las características del cuadro clínico del dengue (Fernández, Mena y Olmedo, 2012).

Por otro lado, es muy posible que sean los espacios-tiempos que se manejan al interno del contexto del desarrollo o propagación sistémica con viremia lo que podría estar configurando numerosos elementos que pueden atribuirse al desarrollo vertiginoso de las epidemias de dengue. Con esto tampoco se quiere decir que no existan límites para estos fenómenos. Sin embargo, resulta interesante saber que la geo-metrodinámica cuántica los considere como los elementos de primerísima importancia desde la inclusión de fermiones hasta el desarrollo máximo de una epidemia. El fondo cosmogológico ya no son los elementos superficiales si no las formas en que dan o pueden ser entendidos las transformaciones de las perturbaciones que generan estos elementos y que serían favorables a la abundancia y distribución biológica de los vectores (Benitez y Olmedo, 2016).

A partir de esta perspectiva la transformación lineal dependiente del fondo espacio/temporal que se rompen a través de los patrones del comportamiento para la conservación y almacenamiento de recipiente de agua, porque serían estos patrones de los estilos de vida los operadores de destrucción y creación

infinita de la abundancia y distribución biológica de los vectores. De ahí, su importancia para un estudio de mayor o profundidad sobre las estrategias que puedan contrarrestar estos procesos o prevenirlos (Castello y Mena, 2014)

Los resultados de la Tabla 5 sobre la no existencia de relación entre la eliminación de residuos sólidos-como estilos de vida-, con las características del cuadro clínico del dengue, la explicación estaría dada por la forma en que se presentan los campos de ambos fenómenos y que serían ante todo dependientes del tiempo en escenarios propicios para el desarrollo de la abundancia y distribución biológica de los vectores pero propios puesto que no están compatibilizando con los procesos principales de alimentación y propagación sistémica del vector (Fernández, Mena y Olmedo, 2012; Guha y Schimmer, 2015).

Posiblemente ello se deba a que los patrones de comportamiento de las personas para la eliminación de residuos sólidos, aun siendo no saludable en su mayoría, no representa un riesgo para el desarrollo de la abundancia y distribución biológica de los vectores. Aparentemente estos patrones de comportamiento se presentan en forma ambigua y/o representaciones de vacíos inequivalentes (Halstead y Heinz, 2005). Todo patrón de comportamiento no saludable se supone como un criterio de riesgo para el desarrollo del vector, sin embargo, los campos propicios para ello suceda son dependientes del tiempo, por tanto el criterio de eliminación de residuos sólidos que puede estar dándose a nivel de vías pública estaría dando lugar a esta ambigüedad ya que sería el elemento externo de recojo de basura diaria por parte de la municipalidad lo que rompería una especie de ambiente unitario predispuesto para la evolución favorable del vector (Guha y Schimmer, 2015).

Esta es una explicación clásica que se usa para identificar determinantes de la salud, pero tenemos que recurrir a ella por el énfasis de las condiciones de riesgo que presentan los contextos reales en el sector Jerusalén del Distrito La Esperanza. En consecuencia se impone algunas consideraciones que

habitualmente son o se trasladan, por ejemplo, al hecho de que el recojo de residuo sólido no se preste para que se cumpla los intervalos temporales necesarios para el desarrollo biológico del vector (Halstead y Heinz, 2005).

También podría señalarse como ejemplo el hecho que no se estén satisfaciendo, con este tipo de estilo de vida, ciertas condiciones para la alimentación del mosquito y su posterior propagación sistémica. Y, si ese fuera el caso, la ecuación tiempo-contexto descompone el momento del campo férnico que propicia, por ejemplo, para el periodo de incubación intrínseca del virus (Fernández, Mena y Olmedo, 2014; Guha y Schimmer, 2015).

Otro elemento corresponde a las ecuaciones y tiempo-contexto y movimiento de los operadores sanitarios con vacunas, sensibilizaciones educativas, etc., para producir o desarrollar en los comportamiento de recojo de residuos sólidos, una especie de auto espacio que tiende a la degeneración de los contextos propicios para el desarrollo o abundancia y distribución biológica de los vectores. En otras palabras posiblemente el papel de los operadores de salud sea más importante de lo que nosotros imaginamos o estamos percibiendo dentro del fenómeno epidemiológico del dengue (Becker et al, 2010).

Los resultados de las Tabla 6, respecto de la relación entre la actitud frente al control vectorial, mayoritariamente no saludables, con las características del cuadro clínico del dengue (como el ser un paciente asintomático, presentar fiebres con síntomas digestivos inespecíficos y dolor abdominal), los resultados pueden ser explicados desde la presencia de complejos patrones actitudinales ya en el ideario social prima el criterio de anteponer ante el control vectorial el criterio de seguridad o vergüenza, y éticos morales, con los cuales se comprometen los campos de tiempo-contexto y movimiento ya que se estaría propiciando las condiciones para el desarrollo biológico del vector (Becker, et al, 2010).

Esta es una de las formas más comunes de interacción entre factores ambientales y climáticos con el desarrollo biológico del vector y su posterior desarrollo como fenómeno epidemiológico. Lo raro es que solo se haya encontrado relación significativa entre estos tres aspectos señalados, que no da lugar a observar una evolución unitaria del fenómeno, por lo que hace pensar en una compleja estructura transformacional del proceso sistémico de desarrollo del vector y en donde la influencia de la aptitud frente al control vectorial no es consistente u uniforme. Esto nos permite señalar que estaríamos hablando del ocultamiento de algunas condiciones únicas que no son derivadas del conjunto de las actitudes frente al control vectorial de las personas. Consecuentemente estamos ante un sub conjunto de factores o de funciones que permiten la degeneración de los elementos positivos que tiene las personas para ver o sensibilizarse de las condiciones de riesgo que pueden estar ocasionando con su negativa al control vectorial (Becker, et al, 2010; Barba, 2014).

Haciendo un análisis análogo en sociedades avanzadas (Japón, Alemania, EE.UU., Reino Unido, Francia, España, Suecia, etc.) no tendríamos ninguna posibilidad de comparación, porque, en primer lugar, los controles sanitarios vectoriales, son obligatorios y registrados para evitar una irradiación espectral de la enfermedad o brote epidémico (Becker et al, 2010). Sus leyes son simplemente distintas a las nuestra o países en desarrollo. Mientras que en sociedades como la nuestra aún tenemos que buscar formas únicas para sensibilizar a las personas sobre la importancia del control vectorial, no tan solo de dengue sino de otras enfermedades o virus como zika y chikunguya (Kalawat, Sharma y Reddy, 2011; OMS/OPS, 2017a).

Posiblemente esta última particularidad sean más desarrollados en nuestro país a través de los operadores sanitarios, médicos y enfermeras especialmente y, no por ello debemos sentirnos orgullosos, simplemente debe ser una obligación el control vectorial y no depender de ninguna actitud positiva o negativa, individual y/o colectiva, para su ejecución (OPS, 2015; OMS/OPS 2017a). Esta representación por si misma ya constituye un vacío isométrico únicamente

equivalente para sociedades como la nuestra o partir de estructuras sociales simétricas caracterizada por la descomposición de la actitud individual y colectiva favorable al control vectorial (Becker, et al, 2010).

La otra explicación es que la no relación entre la actitud frente al control vectorial como estilo de vida, con otras características del cuadro clínico del dengue nos estaría diciendo que no existe, en definitiva, una identidad positiva en el ideario social del trabajo del operador sanitario para el control vectorial. Si escogiéramos libremente una causa raíz de este fenómeno, estaríamos hablando de una gran inseguridad social que en campos férmicos de tiempo-contexto y movimiento confluyen para el desarrollo biológico de los vectores y su posterior avance como problema epidémico (OMS/EMRO, 2016).

Los resultados de la Tabla 7, sobre la relación significativa entre el tipo de conocimiento del dengue, en su mayoría no saludable, como estilo de vida con las características del cuadro clínico (asintomático, presentar fiebre con intensidad variable, fiebre con sistemas digestivos inespecíficos y dolor abdominal), los resultados pueden explicarse en la misma lógica de entendimiento de los campos férmicos espacio-contexto y movimiento, sin embargo, le agregaríamos un campo que se deriva de los campos mismos de movimiento pero que específicamente está asociado a los procesos cognoscitivos y es hacer uso de la oportunidad y el libre albedrío que es lo que permite al individuo el tener conocimientos de algo (Montoya, et al, 2013; Castello y Mena, 2014).

En el marco de la cosmogonía medico social las personas fusionan actitud, comportamiento en los procesos cognoscitivos, esto implica que todo tipo de conocimiento que pueda aportar a mejora las condiciones de bienestar de las personas estaría siendo usado implícita y explícitamente sumándose necesariamente a una dinámica unitaria del estilo de vida que interacciona con el estado de salud y la dinámica de transmisión del virus. Es decir, podemos incluir factores ambientales, climáticos, interacciones entre huésped y patógeno,

sin olvidarnos que estos solo son posibles si nuestro conocimiento ignora lo que influye directamente en la biología de los vectores. De allí que la relación entre el tipo de conocimientos no saludables sobre el dengue con las características del cuadro clínico señaladas se conviertan en razones o explicaciones de integración temporal al fenómeno médico social. Si en así, lo que resulta es una expresión de suma o resta de condiciones reales para el avance o retroceso de la epidemia (Montoya, et al, 2013; Guha y Schimmer, 2015).

Aparentemente para las características del cuadro clínico que no se relaciona con el tipo de conocimiento no saludable sobre el dengue, la función del conocimiento es nula para todo el tiempo y para toda secuencia sumable directamente en la biología de los vectores. En resumen estos resultados estarían representando ecuaciones epidemiológicas en movimientos con posibles escalamientos del campo epidemiológico en la medida que los conocimientos puedan variar en términos positivos o negativos (Montoya, et al, 2013; Guha y Schimmer, 2015).

A lo largo del tiempo numerosos avances se han dado para explicar este fenómeno siendo el más importante el de la cuantificación híbrida de los tipos de conocimiento no saludables que de por sí son homogéneos e isotrópicos puesto que en ambos casos existe factores perturbadores de tipo escalar e intencionalidad. No existe entonces esquemas acabados o completos que nos permitan tipificar a los conocimientos no saludables sobre el dengue, como los únicos, dentro de una cosmogonía métrica espacio-temporal y movimiento, capaces de transformar el fondo de los fenómenos que permiten al vector desarrollarse biológicamente y desatar procesos epidémicos (Montoya, et al, 2013; Cockerham, 2005).

A partir de ahí, los formalismo de medición cognoscitiva parecen renunciar a proporcionar una descripción del sistema cosmológico de la medicina social para quedarse como procesos únicos, cognoscitivos, dejándonos una variedad constreñida por ligaduras paradigmáticas sobre su relación con algunas

características del cuadro clínico del dengue. Pero, esa es la usanza de la perspectiva biomédica y para nosotros es importante que este argumento se presente en forma distinta puesto que deben ser explicadas la confluencia de las causas de las causas de la epidemiología del dengue (Montoya, et al, 2013; Becker et al, 2010).

Sobre los resultados de la Tabla 8, respecto a la relación entre los traslados continuos a lugares de riesgo para contraer dengue como estilo de vida, con la característica clínica del dolor abdominal, los resultados pueden explicarse desde dos puntos de vista: la participación de los viajeros en la epidemiología mundial de las infecciones por dengue como desde el punto de vista del estilo de vida propiamente dicho (OMS/OPS, 2017b; Cockerham, 2005).

Desde la perspectiva de la participación de los viajeros en la epidemiología mundial de las infecciones por dengue, debemos señalar que todo viajero continuo a lugares de riesgo, pueden transportar serotipos y cepas del dengue hacia áreas con mosquito que pueden transmitir la infección, pero, lo importante de conocer estos estilos de vida, es que las personas son conscientes de ello y son los que más están en situación de alerta temprana (OPS, 2015).

Ya es conocido que transporta el virus del dengue de lugares donde existen posiblemente condiciones limitadas de laboratorios, poco acceso a las facilidades de investigación para obtener información detallada sobre un virus, lo que hace que cada paso corresponda una proporción de información que puede compartirse para desarrollar las alertas sanitarias. Pero, esto no explica directamente la correlación entre el estilo de vida viajero continuo con la característica clínica del dengue de dolor abdominal. Lo que estaría encubriéndose sería una forma poco observable en que actúa el propio virus como patógeno (OMS, 2013; OMS, UNICEF, et al, 2013).

En realidad esta explicación deja poco para su descripción teórica y con certeza se puede afirmar la existencia de un denominador común del fenómeno o criterio

de valor al respecto: va depender mucho de elementos adicionales, motivo de viajes, tiempo de viaje, tipo de transporte utilizado, condiciones de viaje etc., para encontrar los nexos que nos permitan describir los campos férmicos de tiempo – contexto y movimiento. Desde este punto de vista los estilos de vida en que vive un viajero continuo a lugares de riesgo de dengue estarían expresando una diversidad inespecífica de condiciones de vida material, así como, de valores y formas de concebir el mundo dentro de una comunidad (Montoya, et al, 2013; Guha y Schimmer, 2015). El ser un viajero continuo es una forma específica de vida que implica una opción consciente o inconsciente entre una forma de comportamiento frente a epidemias como el dengue (OPS, 2015).

Cuando el viajero continuo tiene hábitos sanos de alimentación, reposo, confort etc., hace que los estilos de vida tengan muy poco para explicar cuadro clínicos distintos al de dolor abdominal, porque, con estas últimas coexisten interrelaciones en correspondencias con las posibilidades de experimentar vivencias típicas y atípicas, sin embargo explicarían ciertos tipos de patrones de comportamientos con los cuales podemos reconstruir los campos férmicos de tiempo-contexto y movimiento. Esto ayuda a diferenciar las razones propias por la que se contraer o no la enfermedad del dengue (OPS, 2015; OMS/EMRO, 2016).

La interacción de la vida cotidiana en el viajero se explica por una cosa muy obvia, aunque no por ello insignificante, a saber, el gusto. El gusto hace que nuestras preferencias sean limitadas y sus patrones indiquen aptitudes, ideas, comportamientos, etc., definidos y/o previsibles (OPS, 2015; OMS/EMRO, 2016). Sin embargo, depende de nuestro capital cultural, puesto que se configura en hábitos con propiedades muy precisas y conocidas debido generalmente a las condiciones de vida material y espiritual de las personas, encontrándose en cada una de ellas una gran de diversidad de matices (Oblitas, 2016).

Esto quiere decir que la principal estrategia para romper la relación entre el viajero continuo con la característica del cuadro clínico de dolor abdominal, es la

educación. La educación como fuente de modulación del capital cultural es el elemento determinante de los hábitos y patrones de comportamientos dentro del contexto social en que nos movemos (Cockerhan, 2005). Aunque siempre hay diferenciaciones en los estilos de vidas, estas solo pueden verse de antes que se produzcan las interacciones para el desarrollo biológico del vector. Por ello, las estrategias educadoras se transforman en las herramientas mediadoras entre los estilos de vida y viajero con las características del cuadro clínico del dolor abdominal (Barba, 2014).

Desde esta perspectiva el elemento más importante se refiere a la conciencia de estilo de vida del viajero un elemento de ajuste a las prácticas de vida saludable o preventiva de la enfermedad. Sin embargo, no todos tienen los mismos hábitos de vida saludables ni los estilos de vida saludables ya que pueden transformar nuevas formas de racionalidad o modos específicos de ejercer control de su salud. Para Cockerhan, 2002 esto es muy difícil de lograr, hay que tener un alto grado de renunciación simbólica para no resistir a hacer aquello que hace colapsar su visión del mundo y sus objetivos en favor de su salud y la salud de su comunidad o contexto social. Así el estilo de vida del viajero continuo a lugares de riesgo para contraer dengue, hace que la persona sea capaz de enfrentar sus propios modos de andar en la vida (Becker et al, 2010).

V. CONCLUSIONES

- Los estilos de vida a nivel general, no saludable en 90,5%, se relacionan con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: Asintomático, fiebre con intensidad variable con duración entre 2-7 días, fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2-7 días y dolor abdominal ($p < 0,05$).

- El estilo de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua, no saludable en un 79,7%, se relaciona con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días, trastornos del gusto y dolor abdominal ($p < 0,05$)

- El estilo de vida de eliminación de residuos sólidos, no saludable en 86,5%, no se relaciona con ninguna de las características del cuadro clínico del dengue ($p > 0,05$) en todos los casos.

- El estilo de vida de actitud frente al control vectorial, no saludable en un 82,4%, se relaciona con las siguientes características del cuadro clínico del dengue: asintomático, fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días y dolor abdominal ($p < 0,05$).

- El estilo de vida por el tipo de conocimientos sobre el dengue, no saludable en un 82,4%, se relaciona con las características del cuadro clínico del dengue: asintomático, fiebre con intensidad variable con duración entre 2-7 días, fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2-7 días y dolor abdominal ($p < 0,05$).

- El estilo de vida de traslado continuo a lugares de riesgo se relaciona con la característica del cuadro clínico del dengue, dolor abdominal ($p < 0,05$).

VI. RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación masivas para mejorar los estilos de vida relativos al dengue. El objeto es propiciar o desarrollar herramientas para el cambio de los estilos de vida de las personas.
- Promover el uso de la investigación científica para explorar y comprender mejor los patrones de comportamiento No saludables de los pacientes con dengue. El objeto es disminuir la posibilidad de avance y reproducción de los patrones de comportamientos no saludables en el ideario social.
- Desarrollar procesos de investigación específicas sobre los campos férmicos de tiempo-contexto y movimiento que permiten la interacción entre los estilos de vida y las características del cuadro clínico del dengue. El objeto es describir desde la cosmología medico social los fenómenos que permiten el desarrollo de la abundancia y distribución biológica de los vectores.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barba J. (2014). Dengue. Problema que preocupa y ocupa a la Salud Pública. México: IMSS.
- Becker, N., Petric, D., Zgomba, M., Boase, C., Madon, M., Dahl, C., Kaiser A. (2010). Los mosquitos y su control. Springer, Heidelberg, Dordrecht, Nueva York, 577 pp.
- Benitez F y Olmedo J. (2016). Modos tensoriales primordiales del Universo primitivo, Phys. Rev. D 93, 124008 (2016).
- Calderón R y Lujan I. (2016). Percepción sobre dengue y práctica preventiva en el adulto que enfermó de dengue en el sector Jerusalén. La Esperanza. Perú: UPAO.
- Casco L (2017). Conocimientos y prácticas sobre el dengue en la población del Barrio Florida Seis, Cantón Machala. Ecuador: UNL.
- Castello L, Martn M y Mena G. (2015). Perturbaciones invariantes de la sonda en cosmología cuántica híbrida, JCAP 06, 045 (2015).
- Castello L y Mena G. (2014). Singularidad de la cuantización Fock de campos escalables y procesos con cambio de firma en cosmología. Phys. Rev. D 89, 084052 (2014).
- Cedeño SH. (2014). Prevención del Dengue y estilos de vida saludable en la Parroquia Santa Ana, del Cantón Santa Ana-Provincia Manabí, en el periodo Noviembre del 2013 a Marzo del 2014. Ecuador: UEB.
- Cockerham, W. (2002). Sociología de la Medicina, (vol. 8). Madrid: Pearson Education, S.A.

Cockerham, W. (2005). Teoría del estilo de vida de salud y la convergencia de agencia y estructura. *Revista de Salud y Comportamiento Social*.

Díaz G y Malca L. (2015). Conocimientos y prácticas respecto a las medidas preventivas de dengue en la persona responsable del cuidado de la vivienda en el centro poblado de Batangrande. Distrito Pitipo-Ferreñafe, 2015.

Fernández M, Mena G y Olmedo J. (2012). Cuantización híbrida de un universo inático. *Phys. Rev. D* 86, 024003 (2012).

Fernández M, Mena G y Olmedo J. (2014). Dinámica de perturbaciones escalares en un espacio-tiempo de Friedmann-Robertson-Walker en Loop Quantum Cosmología, *fis. Rev. D* 89, 044041 (2014).

Gallegos I y Ñáñez C (Perú, 2016) Nivel de conocimientos y prácticas sobre la prevención del dengue de los pobladores atendidos en el Centro de salud de Posope Alto- 2016. Perú: USSCH

Guha D, Schimmer B. (2015). Fiebre del dengue: nuevos paradigmas para una epidemiología cambiante. *Temas emergentes en epidemiología*, 2015. (Revista de acceso abierto, <http://www.ete-online.com/content/2/1/1>).

Halstead S, Heinz F. (2005). Virus del dengue: bases moleculares de la entrada celular y la patogénesis, 25-27 de junio de 2003, Viena, Austria: Vaccine.

Hernández R, Fernández C y Baptista P. *Metodología de la Investigación*. México: Mac Graw Hill.

Hoyos RA, Pérez RA, Hernández ME. (2012). Espectro clínico del dengue. *Revista Cubana de Medicina*. 2012; 51 (1): 61-68.

- Kalawat U, Sharma KK, Reddy SG. (2011). Prevalencia del dengue y la fiebre de Chungungunya y su coinfección. *Revista india de patología y microbiología*. 2011; 54 (4): 844.
- Márquez M y Lazo G (2017). Factores de riesgos de la infección por dengue. Perú: UNW.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2015). Mapa de incidencia de dengue por distritos Perú 2015. Perú: Red Nacional de epidemiología: RENACE.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2018a). Boletín epidemiológico N° 2-2018. Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2018b). Números de casos de dengue, Perú 2013-2018. Perú: MINSA
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2017). RD 047-2017-SA-DG-IN. Perú: MINSA/INR.
- Montoya M, Gresh L, Mercado JC, Williams KL, Vargas MJ, Gutierrez G, et al. (2013). El resultado sintomático versus inaparente en infecciones repetidas por el virus del dengue está influenciado por el intervalo de tiempo entre las infecciones y el año de estudio. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013; 7 (8): e2357.
- Moquillaza A. (2017). Información y situaciones de riesgo sobre el dengue en los pobladores del Pueblo Joven “Señor de Luren” I-II etapa, Ica Abril 2017.
- Niño B y Yong H. (2018). Conocimientos y prácticas en prevención de dengue post fenómeno del Niño Costero. Tumbay – Chiclayo, 2018. Perú: UNPRG.

- Noar, S. B. (2007). Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud (págs. 1-23). Varsovia, Polonia: Ciencia y enfermería.
- Núñez K. (2014). Categorización de los signos de alarma en pacientes con dengue del Hospital de infectología “Dr. José Daniel Alcides Rodríguez” en el periodo de Enero a Marzo de 2013. Ecuador: UCSG.
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. Comportamiento y salud. México: UNIFE.
- OMS /Unicef/Banco Mundial. (2009). Dengue: Guías Para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control 2009.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2008). Subsana las Desigualdades en una Generación. Alcanzar la Equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS
- OMS / EMRO. (2016). Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Este Mediterráneo, División de Control de Enfermedades Transmisibles, Boletín, 12005, 6: 7–8. (<http://www.emro.who.int/pdf/dcdnewsletter6.pdf>)
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Protocolo para la vigilancia en la salud pública del dengue. EE.UU: OPS.
- OMS/OPS (2016). Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, DC.: OMS/OPS.

OMS/ OPS (2017a). Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas. EE.UU. Washington, DC: OMS/OPS.

OMS/ OPS (2017b). Casos notificados de fiebre del dengue en las Américas, por país o territorio 2017. Información epidemiológica al 27 de octubre de 2017. Ginebra. OMS/OPS.

OMS (2013). Diagnóstico y manejo clínico del dengue. Washington-EE.UU: OMS.

OMS, UNICEF, et al. (2013). Participación en la prevención del dengue. Washington – EEUU. OMS/UNICEF.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Protocolo para la vigilancia en la salud pública del dengue. EE.UU: OPS.

Pardo E y Alarcón J. (2013). Dengue en Niños. Rev. Gastrohnutp, Año 2013 Vol. 15 nº 1 enero-abril.: S32-S44.

Restrepo, H. (2001). Agenda para la acción en promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana.

Rodríguez C. Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prevención del dengue en estudiantes der la institución educativa José Carlos Mariátegui El Porvenir – Trujillo 2016. Perú: 2016.

Roque M (2015). Factores de Riesgo Sociales y Ambientales asociados a la infección por Dengue en los hogares del Sector 6 Río Seco- Trujillo. Perú: UCV.

Sánchez L, Pérez N y Pavas N. (2015). Dengue: una causa frecuente de síndrome febril agudo en el Departamento de El Meta, Colombia. Rev. Habanera de Ciencias Médicas Vol. 16 nº 2 La Habana Marzo-Abril del 2017.

VII. ANEXOS

ANEXO 1.1 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ESCUELA DE POS GRADO

ENCUESTA DE ESTILOS DE VIDA ADAPTADA DE LA "GUÍA PRACTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE DENGUE EN EL PERÚ" (MINSAL, 2017a; 2017b; 2016)
ADAPTADO POR PEÑA C Y LORA M. 2018

Estimado señor/a estoy realizando un estudio sobre los estilos de vida relacionados al dengue, usted que ha sufrido la enfermedad le pedimos brinde la información necesaria para poder mejorar nuestras estrategias de prevención y promoción de la salud en su comunidad. Por ello le agradeceré responder con la mayor veracidad a las preguntas siguientes:

	CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE RECIPIENTES DE AGUA	SI	NO
1	¿Hace uso de recipientes con tapas para recoger su basura o agua?		
2	¿Los recipientes de basura o agua siempre los mantiene limpios y cambia el agua de los maceteros?		
3	¿Hay charcos de agua expuestos en los patios, jardines o techos de su casa?		
4	¿Hace uso del larvicida abate (proporcionado por el personal de salud) para controlar la proliferación de sancudos?		
	ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS		
5	¿Realiza el embolsado adecuado para desechar sus residuos sólidos (basura)?		
6	¿Hace uso de lugares públicos indicados para desechar sus residuos sólidos?		
7	¿Hace uso de recipientes con tapados para almacenar sus residuos sólidos?		
8	¿Realiza recolección diaria de sus residuos sólidos o basura?		
9	¿Permite que se acumulen cosas inservibles en techo, corral u otros lugares de la casa?		
	ACTITUD ANTE EL CONTROL VECTORIAL		
10	¿Permite el control vectorial en casa por parte del personal sanitario?		
11	¿Sabe cómo usar correctamente el larvicida abate en sus depósitos de agua?		
12	¿Realiza limpieza adecuada y diaria de la casa y fronteras de calle?		
	TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DENGUE		
13	¿Conoce los síntomas y signos del dengue?		
14	¿Conoce la importancia de la prevención del dengue?		
15	¿Sabe cómo acceder al establecimiento de salud para descartar dengue?		
16	¿Conoce sobre la importancia de la detección temprana del dengue?		
17	¿Conoce sobre las complicaciones que puede generar el dengue en las personas?		
	TRASLADOS CONTINUOS A LUGARES DE RIESGO		
18	¿Se moviliza por lugares en riesgo epidemiológico diariamente?		
19	¿Recibe visitas de personas que viven en zonas de riesgo epidemiológico para dengue?		
20	¿Tiene contacto continuo con personas que viven lugares de riesgo epidemiológico para dengue?		

ANEXO 1.2
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POS GRADO

PROTOCOLO DE MEDICIÓN DE LA ENCUESTA DE ESTILOS DE VIDA

CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE RECIPIENTES DE AGUA		SI	NO
1	¿Hace uso de recipientes con tapas para recoger su basura o agua?	1	1
2	¿Los recipientes de basura o agua siempre los mantiene limpios y cambia el agua de los maceteros?	1	0
3	¿Hay charcos de agua expuestos en los patios, jardines o techos de su casa?	0	1
4	¿Hace uso del larvicida abate (proporcionado por el personal de salud) para controlar la proliferación de sancudos?	1	0
ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS			
5	¿Realiza el embolsado adecuado para desechar sus residuos sólidos (basura)?	1	0
6	¿Hace uso de lugares públicos indicados para desechar sus residuos sólidos?	1	0
7	¿Hace uso de recipientes con tapados para almacenar sus residuos sólidos?	1	0
8	¿Realiza recolección diaria de sus residuos sólidos o basura?	1	0
9	¿Permite que se acumulen cosas inservibles en techo, corral u otros lugares de la casa?	0	1
ACTITUD ANTE EL CONTROL VECTORIAL			
10	¿Permite el control vectorial en casa por parte del personal sanitario?	1	0
11	¿Sabe cómo usar correctamente el larvicida abate en sus depósitos de agua?	1	0
12	¿Realiza limpieza adecuada y diaria de la casa y fronteras de calle?	1	0
TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DENGUE			
13	¿Conoce los síntomas y signos del dengue?	1	0
14	¿Conoce la importancia de la prevención del dengue?	1	0
15	¿Sabe cómo acceder al establecimiento de salud para descartar dengue?	1	0
16	¿Conoce sobre la importancia de la detección temprana del dengue?	1	0
17	¿Conoce sobre las complicaciones que puede generar el dengue en las personas?	1	0
TRASLADOS CONTINUOS A LUGARES DE RIESGO			
18	¿Se moviliza por lugares en riesgo epidemiológico diariamente?	0	1
19	¿Recibe visitas de personas que viven en zonas de riesgo epidemiológico para dengue?	0	1
20	¿Tiene contacto continuo con personas que viven lugares de riesgo epidemiológico para dengue?	0	1

CATEGORIZACIÓN Y PUNTAJE A NIVEL GENERAL Y POR DIMENSIONES

ESTILOS DE VIDA	MEDICIÓN/INTERVALO	
A nivel General	Saludable	10-18 Pts.
	No saludable	1-9 Pts.
Conservación y almacenamiento de agua	Saludable	4 Pts.
	No saludable	1-3 Pts.
Eliminación de residuos sólidos	Saludable	4-5 Pts.
	No saludable	1-3 Pts.
Actitud ante el control vectorial	Saludable	3 Pts.
	No saludable	1-2 Pts.
Tipo de conocimiento sobre el dengue	Saludable	4-5 Pts.
	No saludable	1-3 Pts.
Traslado continuo a lugares de riesgo	Saludable	3 Pts.
	No saludable	1-2 Pts.

ANEXO 1.3
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POS GRADO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLINICO DEL
DENGUE EN POBLACION EN GENERAL DE 6 MESES HASTA 64 AÑOS.
“GUÍA PRACTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS DE DENGUE EN EL PERÚ” (Minsa,
2017a; 2017b; 2016)

	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CUADRO CLÍNICO: SIGNOS Y SÍNTOMAS	Si	No
1	Asintomático		
2	Fiebre con intensidad variable con duración entre 2 a 7 días.		
3	Fiebre con cefalea, vómitos y dolor muscular intenso con duración entre 2 a 7 días.		
4	Fiebre con síntomas digestivos inespecíficos con duración entre 2 a 7 días.		
5	Trastornos del gusto		
6	Enrojecimiento de la laringe		
7	Dolor abdominal		
8	Compromiso vascular por dengue		
9	Afección de órganos y sistemas por dengue y con mortalidad		
10	Hepatitis por dengue		
11	Insuficiencia hepática por dengue.		
12	Encefalopatía por dengue.		
13	Miocarditis por dengue.		
14	Hemorragias severas por dengue.		
15	Nefritis por dengue.		
16	Choques por dengue.		
17	Coagulación intravascular diseminada		
18	Falla multiorgánica		
19	Erupciones cutáneas		
20	MOMENTO DE LA DETECCIÓN DEL DENGUE		
	Fase Febril		
	Fase Crítica		
	Fase de Recuperación		

ANEXO 2

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO: ENCUESTA,
ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO
DEL DENGUE: ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre:

Profesión:.....

Grado Académico /Especialidad

Institución donde labora :

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
La estructura del instrumento es adecuada.			
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
Los ítems son claros y entendibles.			
El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....
.....
.....

Firma del juez experto (A)

DNI

JUEZ 1

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO ENCUESTA,
ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO
DEL DENEGUE. ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: Blanca Rivera de Castillo
 Profesión: ENFERMERA
 Grado Académico (Especialidad): Mg EN ENFERMERIA CON MENCION EN SALUD MUJER Y NIÑOS
 Institución donde labora: HOSPITAL BELÉN TRUJILLO.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	SI	NO	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....

Blanca Rivera

Firma del juez experto (A)

DNI: 17925637

CPP: 1017

JUEZ 2

FORMATO AIREN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO. ENCUESTA ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE. ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: Worely Julca Akay
 Profesión: Enfermería
 Grado Académico / Especialidad: Superior / Lic. enfermería
 Institución donde labora: Centro de Salud Manuel Anzala

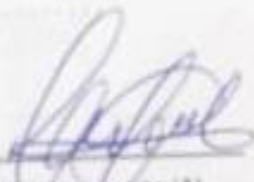
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	SI	NO	Observación
El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	✓		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	✓		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

.....



Firma del juez experto (A)

DNI: 70016027

CP: 80860

JUEZ 3

FORMATO AJEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO. ENCUESTA ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE. ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: Cesar Orlando Zavala Bucay
 Profesión: Obstetra especialista en Emergencias Obstétricas
 Grado Académico (Especialidad): Doctorado en Obstetricia
 Institución donde labora: "Clínica Madre de Cristo"

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
 Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La estructura del instrumento es adecuada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sugerencias:

.....


 OBSTETRA
 COP-30848

Firma del juez experto (A)
 DNI: 45196754
 CP: 30848

JUEZ 4

FORMATO AIREN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO. ENCUESTA ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE. ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: MARIA GARRIDO CUENCA
 Profesión: BIOLOGO
 Grado Académico /Especialidad: _____
 Institución donde labora: P.S. MANUEL AREVALO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
 Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La estructura del instrumento es adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sugerencias:

.....



 Firma del juez experto (A)
 DNI: 17894338
 CP: 2476

JUEZ 5

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO: ENCUESTA, ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE.
ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: WILLYAN ENRIQUE CHIRIBOS SANCHEZ No: _____
 Profesión: MEDICO
 Grado Académico /Especialidad: MAESTRIA EN MEDICINA
 Institución donde labora: GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD
 Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
 Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	SI	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
Los ítems son claros y entendibles	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Sugerencias

.....



Firma del juez experto (A)

DNI 40094024

JUEZ 6

ANEXO 2

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO: ENCUESTA ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENEGUE ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: EDITH MARIST ALCALDE GIOVE No _____

Profesión: OBSTETRA

Grado Académico /Especialidad: MAESTRIA SALUD PUBLICA

Institución donde labora: GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión


Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los items son claros y entendibles.	X		
El número de items es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....

.....

.....


 Firma del juez experto (A)
 DNI 26631275

JUEZ 7

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO- ENCUESTA,
ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO
DEL DENGUE. ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre: Katy Elizabeth Brucendo Velarde
 Profesión: obstetra
 Grado Académico /Especialidad: _____
 Institución donde labora: P.S. Manuel Azevedo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	SI	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....


 Katy Crisoldo Velarde
 OBSTETRA
 COP. 18888

Firma del juez experto (A)

DNI: 41927049

CP: 19590

ANEXO 3

FORMATO DE VALIDACIÓN, COMO CONSTRUCTO, DEL CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN EL SECTOR JERUSALÉN, 2018:

PORCENTAJE DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES.

Ítems	Criterios	Nº de Jueces						
		1	2	3	4	5	6	7
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1
3	La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	1	1
4	Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1
6	Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	1
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1
Total		7	7	7	7	7	7	7

Si = 1 No = 0

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

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = nº total de acuerdos;

Td = nº total de desacuerdos.

49

$$b = \frac{49}{49 + 0} \times 100$$

49 + 0

$$b = 100$$

Coefficiente de concordancia de jueces expertos = 100,0%

ANEXO 5.1

**PRUEBA PILOTO: BASE DE DATOS ENCUESTA “ESTILOS DE VIDA
RELACIONADOS AL DENGUE”.**

Nº	Conservación y almacenamiento de recipientes de agua				Eliminación de residuos sólidos					Actitud ante el control vectorial			Tipo de conocimientos sobre el dengue					Traslados continuos a lugares de riesgo			
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0
5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
10	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
12	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO 5.2
PRUEBA PILOTO: CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA “ESTILOS DE VIDA
RELACIONADOS AL DENGUE”.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,955	,956	20

Nº	Estadísticas de elemento			
		Media	Desviación estándar	N
1	¿Hace uso de recipientes con tapas para recoger su basura o agua?	,39	,502	18
2	¿Los recipientes de basura o agua siempre los mantiene limpios y cambia el agua de los maceteros?	,44	,511	18
3	¿Hay charcos de agua expuestos en los patios, jardines o techos de su casa?	,39	,502	18
4	¿Hace uso del larvicida abate (proporcionado por el personal de salud) para controlar la proliferación de sancudos?	,44	,511	18
5	¿Realiza el embolsado adecuado para desechar sus residuos sólidos (basura)?	,50	,514	18
6	¿Hace uso de lugares públicos indicados para desechar sus residuos sólidos?	,33	,485	18
7	¿Hace uso de recipientes con tapados para almacenar sus residuos sólidos?	,28	,461	18
8	¿Realiza recolección diaria de sus residuos sólidos o basura?	,33	,485	18
9	¿Permite que se acumulen cosas inservibles en techo, corral u otros lugares de la casa?	,67	,485	18
10	¿Permite el control vectorial en casa por parte del personal sanitario?	,33	,485	18
11	¿Sabe cómo usar correctamente el larvicida abate en sus depósitos de agua?	,61	,502	18
12	¿Realiza limpieza adecuada y diaria de la casa y fronteras de calle?	,39	,502	18
13	¿Conoce los síntomas y signos del dengue?	,50	,514	18
14	¿Conoce la importancia de la prevención del dengue?	,39	,502	18
15	¿Sabe cómo acceder al establecimiento de salud para descartar dengue?	,44	,511	18
16	¿Conoce sobre la importancia de la detección temprana del dengue?	,39	,502	18
17	¿Conoce sobre las complicaciones que puede generar el dengue en las personas?	,56	,511	18
18	¿Se moviliza por lugares en riesgo epidemiológico diariamente?	,39	,502	18
19	¿Recibe visitas de personas que viven en zonas de riesgo epidemiológico para dengue?	,44	,511	18
20	¿Tiene contacto continuo con personas que viven lugares de riesgo epidemiológico para dengue?	,50	,514	18

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	,436	,278	,667	,389	2,400	,010	20
Varianzas de elemento	,251	,212	,265	,052	1,246	,000	20
Covariables entre elementos	,130	,033	,265	,232	8,100	,002	20
Correlaciones entre elementos	,519	,125	1,000	,875	8,000	,030	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	8,33	48,353	,821	,952
2	8,28	48,683	,755	,952
3	8,33	48,353	,821	,952
4	8,28	48,683	,755	,952
5	8,22	48,889	,719	,953
6	8,39	49,428	,684	,953
7	8,44	48,850	,818	,952
8	8,39	49,899	,612	,954
9	8,06	48,997	,751	,953
10	8,39	49,075	,739	,953
11	8,11	49,752	,611	,954
12	8,33	48,706	,767	,952
13	8,22	49,124	,685	,953
14	8,33	49,176	,697	,953
15	8,28	50,212	,532	,956
16	8,33	48,941	,732	,953
17	8,17	50,382	,508	,956
18	8,33	49,765	,610	,954
19	8,28	48,801	,737	,953
20	8,22	48,889	,719	,953

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
8,72	54,330	7,371	20

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,517 ^a	,362	,714	22,442	17	323	,000
Medidas promedio	,955 ^c	,919	,980	22,442	17	323	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., ex paciente de dengue del Hospital Distrital Jerusalén domiciliado endel Distrito La Esperanza, Provincia de Trujillo Región La Libertad conaños de edad y DNI.....,a través del presente documento dejo constancia de haber sido informada/o por la Lic. Enfermera Nelly María Peña Contreras sobre los objetivos y fines de la investigación titulada “Estilos de vida y su relación con las características del cuadro clínico del Dengue. Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.”, con lo que accedí voluntariamente a participar como ex paciente de dengue e informante; dejó claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual Ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo, de del año 2018.

Firma
DNI

ANEXO 7.1

BASE DE DATOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

	Estilos de Vida a nivel general	Estilos de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua	Estilos de vida: Eliminación de residuos sólidos	Estilos de vida: Control vectorial	Estilos de vida: Tipo de conocimientos sobre dengue	Estilos de vida: Traslados continuos a lugares de riesgo
1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1
3	1	1	1	1	2	2
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	2	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	2	2	2	2	2	1
8	2	2	2	2	2	2
9	2	2	2	1	2	2
10	2	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	1	2
12	2	2	2	2	2	2
13	2	2	2	2	2	1
14	2	1	2	2	2	2
15	1	2	2	1	1	1
16	2	2	2	2	2	2
17	2	2	2	2	2	2
18	2	2	2	2	2	2
19	2	1	2	2	1	2
20	2	2	2	2	2	1
21	2	2	2	2	2	2
22	2	2	2	2	2	2
23	2	2	2	2	2	2
24	2	2	2	2	2	2
25	2	1	2	2	2	2
26	2	2	2	2	1	2
27	2	2	2	2	2	2
28	2	2	2	2	2	2
29	2	2	2	1	2	2
30	2	2	2	2	2	2
31	2	2	2	2	2	2
32	2	2	2	2	1	2
33	2	2	2	2	2	1
34	2	2	2	2	2	2
35	2	2	1	2	2	2
36	2	2	2	2	2	1
37	2	2	2	2	2	2
38	2	1	2	2	2	2
39	2	2	1	2	2	2
40	2	2	2	2	2	2
41	2	2	2	2	2	2
42	2	2	2	2	2	2
43	2	2	2	2	2	2
44	2	2	2	2	2	2
45	2	2	1	2	2	2
46	2	2	2	2	2	2
47	2	2	2	2	1	2
48	2	2	2	2	2	2
49	2	2	2	1	2	2
50	2	2	1	2	2	2
51	2	1	2	2	2	1
52	2	2	2	2	2	2

53	2	2	2	2	2	2	2
54	2	2	2	1	2	2	2
55	2	2	2	2	1	2	2
56	2	2	2	2	2	2	1
57	2	2	2	2	2	2	2
58	2	2	2	2	2	2	2
59	2	2	2	2	2	2	2
60	2	2	2	2	2	1	2
61	2	2	2	2	2	2	2
62	2	2	2	2	2	2	2
63	2	1	2	2	2	2	2
64	2	2	2	2	1	2	2
65	2	2	2	2	2	2	2
66	2	2	2	1	2	2	2
67	2	2	2	2	1	2	2
68	2	2	2	2	2	2	2
69	2	2	2	2	2	2	2
70	2	1	2	2	1	2	2
71	2	2	2	2	2	2	2
72	2	2	2	2	2	1	1
73	2	1	2	2	2	2	2
74	2	1	2	2	2	2	2

ANEXO 7.2

BASE DE DATOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO DEL DENGUE

1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
4	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
6	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
8	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
10	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
11	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
12	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
13	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
14	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
15	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
16	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
17	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
18	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
19	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
21	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
22	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
23	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
24	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
25	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

27	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
28	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
29	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
30	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
31	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
32	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
33	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
34	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
35	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
36	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
38	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
39	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
40	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
42	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
43	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
44	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
45	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
46	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
47	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
48	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
49	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
50	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
51	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
52	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
53	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
54	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
55	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
56	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
57	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
58	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
59	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
60	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
61	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
62	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
63	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
64	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
65	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
66	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
67	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
68	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
69	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
70	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
71	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
72	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
73	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
74	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

Anexo 5
 Universidad cesar Vallejo
 Escuela de pos grado
 Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud
 Proyecto de Investigación

Estilos de vida y su relación con las características del cuadro clínico del dengue. Micro Red de Salud MINSA, Jerusalén, 2017-2018.

Problema	Hipótesis	Objetivos	Trabajo previos	Teorías relacionadas al tema	Método
¿Cuál es la relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico con firmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018?	<p>H_(i) Existe relación significativa entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>H₍₀₎ No existe relación significativa entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico</p>	<p>eterminar la relación entre los estilos de vida con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>-Determinar la relación entre el estilo de vida de conservación y almacenamiento de recipientes de agua, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el estilo de vida de eliminación de los residuos sólidos, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital</p>	<p>Se registraron trabajos internacionales como: Casco L (Ecuador, 2017) Cedeño, Sh. (Ecuador, 2014) Luisa F (Ecuador, 2012)</p> <p>A nivel nacional se registraron los trabajos de: Niño y Yong (Perú, 2018) Moquillaza A. (Perú, 2017) Márquez y Lazo (Perú, 2017) Gallegos y Ñáñez (Perú, 2016) Rodríguez A (Perú, 2016) Calderón y Lujan. (Perú, 2016) Roque M (Perú, 2015)</p>	<p>Estilos de vida y Dengue basados en los planteamientos de: Coreil, 1985; Wiley, 1980, OPS 2015 y; OMS, 2018.</p> <p>Características del cuadro clínico del dengue basados en los planteamientos de: MINSA, 2015; OMS/OPS, 2016; OMS /Unicef/Banco Mundial, 2009; OMS, 2009 y; OPS, 2015.</p>	<p>Tipo de Investigación Descriptiva-correlacional</p> <p>Diseño de Investigación Descriptiva-correlacional de diseño Ex-post facto y de carácter transversal.</p> <p>Variables .Estilos de vida .Características del cuadro clínico del dengue.</p> <p>Población Lo constituyeron 74 pacientes (58 mayores de 6 meses a 64 años; 9 adultos mayores ≥ 65; 7 gestantes) y sus historias clínicas, con diagnóstico confirmado de dengue entre Enero del 2016 a Julio del 2018, en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.</p> <p>Unidad de Análisis Pacientes y sus historias clínicas, de ambos sexos y cualquier edad con diagnóstico confirmado de dengue, atendidos entre enero del 2016 a julio del 2018 en el Hospital Distrital Jerusalén - La Esperanza.</p> <p>Instrumentos Encuesta de estilos de vida adaptada de la Guía Práctica Clínica para la Atención de casos</p>

	<p>confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p>	<p>Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el estilo de vida basado en la actitud ante el control vectorial, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el estilo de vida basado en los tipos de conocimiento sobre dengue, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el estilo de vida de traslados continuos a lugares de riesgo, con las características del cuadro clínico del dengue en pacientes con diagnóstico confirmado del Hospital Distrital Jerusalén, 2016-2018.</p>	<p>Díaz y Malca (Perú, 2015)</p>		<p>de dengue en el Perú del MINSA (2017a; 2017b y 2016)</p> <p>Protocolo de registro de datos sobre características del cuadro clínico del dengue para población en general</p> <p>Validación y confiabilidad de los instrumentos: Juicio de 7 expertos bajo el formato AIKEN con un coeficiente de concordancia mayor a 90% y Prueba Piloto para análisis de confiabilidad de la encuesta sobre estilos de vida relativos al Dengue (Coeficiente Alfa de Cronbach 0,891)</p> <p>Análisis de datos Estadísticas Chi Cuadro de Pearson con una precisión menor de 0,05 ($p < 0,05$) para su significancia estadística.</p> <p>Aspectos éticos: Acuerdo de OPS/CIOMS 2016. De beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.</p>
--	--	--	----------------------------------	--	---

