

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA
PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS

“Determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del dengue en la población del distrito de Lambayeque, 2025”

Para obtener el título de Médico Cirujano

AUTOR:

Bach. Leon Diaz Arnold Enmanuel

Bach. Tejeda Perez Gilmer Luis

ASESOR:

Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe

Lambayeque – Perú

2026

APROBADO POR:



Dra. Blanca Santos Falla Aldana
PRESIDENTE

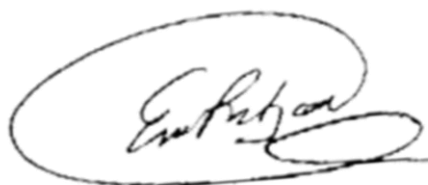


Dr. Jaime Y. Salazar Zuloeta
MEDICO INFECTOLOGO
C.M. 29134 - R.N.E. *1880

Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
SECRETARIO



Dr. Miguel Angel Marcelo Vereau
VOCAL



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
ASESOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 018-2026-FMH-UNPRG

Siendo las 17 : 00 horas del día 24 de Febrero del 2026, se reunieron los miembros del jurado evaluador designados mediante Resolución N° 190-2024-D-FMH-UNPRG; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dra. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
Secretario: Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL
Vocal: Dr. MARCELO VEREAU MIGUEL ANGEL

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada: "DETERMINANTES DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN LA POBLACION DEL DISTRITO DE LAMBAYEQUE 2025", cuyos autores son los Bachilleres:

LEON DIAZ ARNOLD ENMANUEL
TEJEDA PEREZ GILMER LUIS

Teniendo como Asesor al DR. JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 96-2026-D-FMH-UNPRG de fecha 23 de febrero del 2026.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 18 (Dieciocho) en escala vigésima y 88 (ochenta y ocho) en la escala centesimal, Nivel: MUY BUENO

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 18 : 00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.


Dra FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
PRESIDENTE


Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAE
SECRETARIO


Dr. MARCELO VEREAU MIGUEL ANGEL
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado " DETERMINANTES DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS
EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN LA POBLACIÓN
DEL DISTRITO DE LAMBAYEQUE, 2025"

Cuyo(s) autor(es) es(son):

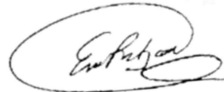
ARNOLD ENMANUEL LEON DIAZ DNI° 73975249

GILMER LUIS TEJEDA PEREZ DNI° 72327770

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 7 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.



Lambayeque, 25 de ENERO del 2026

Julio E. Patazca Ulfe



Nombres y Apellidos: JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE

DNI°: 16690429

ASESOR

Defina la modalidad con [X]

Adjuntar

- Reporte Automatizado de similitudes
- Recibo Digital

Determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del dengue en la población del distrito de Lambayeque, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unprg.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

cdn.www.gob.pe

Fuente de Internet

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Trabajo del estudiante

1%

6

www.notiulti.com

Fuente de Internet

<1%

7

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%



Julio E. Patazca Ulfe



MÉDICO CIRUJANO
CMP: 36665

JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
N.º DNI 16690429
ASESOR

9	repositorio.unbosque.edu.co Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	saludarequipa.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Janett Virginia Chavez Sosa. "Home visits and the perception of health status among residents in Peru, 2024", Revista Cuidarte, 2025 Publicación	<1 %
14	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Julio E. Patazca Ulfe
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 36665

JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
Nº DNI 16690429
ASESOR

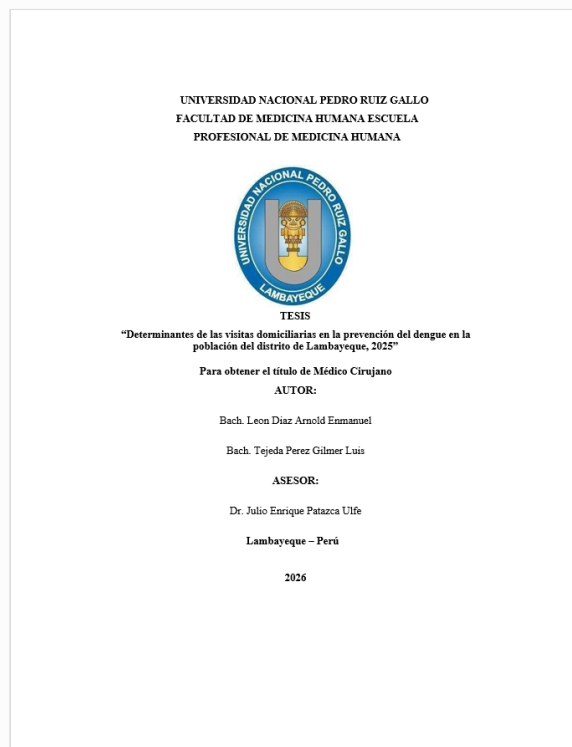


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Arnold Leon Diaz
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del...
Nombre del archivo: LA_PREVENCI_N_DEL_DENGUE_EN_EL_DISTRITO_DE_LAMBAYE...
Tamaño del archivo: 1.9M
Total páginas: 74
Total de palabras: 13,189
Total de caracteres: 73,620
Fecha de entrega: 05-feb-2026 02:20p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2871944968



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Arnold Enmanuel León Díaz y Gilmer Luis Tejeda Perez, investigadores principales, y Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe, asesor del trabajo de investigación “DETERMINANTES DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DE LAMBAYEQUE, 2025”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Enero de 2026

BACH. LEÓN DÍAZ ARNOLD ENMANUEL

Investigador principal

BACH. TEJEDA PEREZ GILMER LUIS

Investigador principal

Julio E. Patazca Ulfe



MÉDICO CIRUJANO
CMP: 36665

DR. PATAZCA ULFE JULIO ENRIQUE

Asesor

DEDICATORIA

A Dios, fuente de calma y sabiduría en mi existir.

A mi madre, Isabel, por ser pilar y sostén en cada etapa de mi vida.

A mis hermanos, Angel y Joaquín por ser los mejores compañeros de vida y enseñarme el verdadero significado de la paciencia.

A mi padre, Mortimer, por su apoyo constante y confianza incondicional.

A mis mascotas, por su cariño y compañía constante, recordándome que nunca estoy solo.

A mis amigos y a Alejandra, por tomarme de la mano y enseñarme que el camino no es difícil cuando se recorre acompañado.

Finalmente, a mis abuelos, Clara y Lorenzo, por continuar guiando mi camino desde donde se encuentren.

Arnold León

A Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia cada día

A mis padres, Luis y Orfa, que mediante su esfuerzo y ejemplo, me inculcaron el valor de la perseverancia y responsabilidad

A mis hermanos, Mayra y Luis, y cuñado, Oscar, por su aliento permanente y confianza depositada en mí.

A mis amigos y a Valeria, por su apoyo sincero y compañía incondicional en cada etapa de este camino

A mis abuelas, Maria y Rita, y tío, Gilmer, por su fortaleza y ejemplo de vida permanente en cada etapa de mi formación

Gilmer Tejeda

AGRADECIMIENTO:

*A la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y a su Facultad de Medicina,
por la instrucción académica y humana que nos brindaron a lo largo de nuestra carrera.*

*A nuestros docentes,
por compartir generosamente sus conocimientos y guiarnos en el desarrollo de
competencias profesionales y humanas.*

*A nuestro asesor, el Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe,
por su tiempo, orientación y amistad, que permitieron encaminar este trabajo de la mejor
manera posible.*

*A nuestras familias,
por la confianza, comprensión y apoyo incondicional que hicieron posible la realización
de este trabajo.*

*A nuestros amigos,
por ser nuestra segunda familia y acompañarnos en este proceso, haciendo el camino
menos difícil.*

*Y finalmente, a todos los participantes,
por brindar su tiempo y disposición para formar parte de este estudio.*

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	IX
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	7
ANTECEDENTES	7
BASE TEÓRICA	10
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES	20
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	27
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	27
POBLACIÓN Y MUESTRA:	27
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:	32
ASPECTOS ÉTICOS:	33
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	34
RESULTADOS:	34
DISCUSIÓN:	40
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	44
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA:	47
ANEXOS:	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población basado en índice aéxico del distrito de Lambayeque 2025	27
Tabla 2. Muestreo basado en índice aéxico del distrito de Lambayeque 2025	29
Tabla 3. Características sociodemográficas de la población del distrito de Lambayeque 2025	34
Tabla 4. Determinantes relacionados al personal de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025	36
Tabla 5. Determinantes relacionados a las entidades prestadoras de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025	39
Tabla 6. Determinantes relacionados con las percepciones culturales y prácticas preventivas frente al dengue durante las visitas domiciliarias en la población del distrito de Lambayeque, 2025.	40

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los determinantes en las visitas domiciliarias en la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque, 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no experimental, descriptivo y transversal. Participaron 340 personas aplicando muestreo probabilístico. Se utilizó una encuesta validada dividida en 4 secciones: características sociodemográficas, determinantes del personal de salud, del centro de salud y de la población. Los datos fueron procesados mediante Microsoft Excel y analizados en IBM SPSS.

RESULTADOS: Predominaron varones (53,5%) y personas entre 30 y 59 años (48,8%), con índice de hacinamiento (1,5), viviendas con servicios de agua (70%) y desagüe (78,5%). Respecto al personal de salud, destacó la identificación (87,1 %), confiabilidad (84,4 %), capacitación (85,3 %) y claridad en la comunicación (78,2 %), aunque se percibió lentitud en la visita (54,2 %). Referente al centro de salud, resaltó la entrega de incentivos (81,4 %), horario adecuado (72,3 %), coordinación previa (58,0 %) y trabajo interinstitucional (55,3 %). La población reconoce la utilidad de las visitas domiciliarias (80,0 %), valora la acción comunitaria (81,4 %), practica el autocuidado (67,6 %) y acepta el uso de químicos (55,3 %). Aunque atribuye la responsabilidad del control del dengue a las autoridades (80,0%)

CONCLUSIONES: La población fue mayoritariamente urbana, adulta y con limitaciones en servicios básicos. Encontramos percepción positiva hacia las visitas domiciliarias, desempeño del personal de salud y del centro de salud. Aunque priorizando el autocuidado individual y delegando la responsabilidad a las autoridades.

Palabras clave: Visita domiciliaria, Determinantes de la salud, Dengue

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the determinants of home visits in dengue prevention among the population of the Lambayeque District 2025.

MATERIALS AND METHODS: A non-experimental, descriptive, cross-sectional study. 340 participants were selected using probabilistic sampling. Data were collected using a validated survey consisting of four sections: sociodemographic characteristics, healthcare personnel determinants, health center determinants and population determinants. The data were processed using Microsoft Excel and analyzed using IBM SPSS.

RESULTS: The sample consisted predominantly of men (53.5 %), individuals aged 30 to 59 years (48.8%), overcrowding index (1,5), homes with water services (70.0 %) and sewage systems (78.5 %). Regarding healthcare personnel, proper identification (87.1 %), reliability (84.4%), training (85.3 %), and clarity of communication (78.2 %) were positively perceived; although visits were perceived as time-consuming (54.2 %). Incentive provision (81.4%) was the most valued healthcare center determinant, followed by appropriate scheduling (72.3%), prior coordination (58.0%), and interinstitutional collaboration (55.3%). Furthermore, the population recognizes the usefulness of home visits (80.0%), values community actions (81.4%), practices self-care measures (67.6%), and agrees with the use of chemical control methods (55.3%). However, responsibility for dengue control is largely attributed to the authorities (80.0%)

CONCLUSIONS: The study population was predominantly urban and adult, with limitations in access to basic services. Overall, a positive perception of home visits was observed, with participants valuing the performance of healthcare personnel and health centers. However, a tendency toward individual self-care and the delegation of responsibility to authorities persisted.

KEYWORDS: Home Visit, Determinants of Health, Dengue

INTRODUCCIÓN

Según la OMS hasta mayo del año 2025 se han reportado más de 3,5 millones de casos de dengue a nivel mundial, de los cuales 1,5 millones fueron confirmados, 10.000 graves y más de 2400 muertos.(1) Lo que nos da una idea del aumento sustancial que tenemos en el número de personas afectadas por dengue, este proceso en cuestión se ha dado de forma marcada en los últimos 24 años, viendo un incremento progresivo de los casos desde el año 2000 donde se reportaron 505 430 casos a nivel mundial que se incrementaron al año 2024 a 14,6 millones 28 veces más.(2)

La distribución de la población afectada ha sido a nivel mundial, teniendo implicancia en esto más de 90 países, no obstante, la zona que más reportó casos en particular fue la región de las Américas, que en el año 2024 superó en casi 10 millones a los casos totales reportados en el 2023, siendo 3 veces más. De estos 6,9 millones fueron confirmados, 23 mil de dengue grave y 8,4 mil muertes. Dentro de los países de la región de las Américas que más han reportado tenemos, Brasil, Argentina, Colombia, Paraguay y Perú, en ese orden. (3)

En el Perú, hasta la semana durante el 2024 se registraron alrededor de 271531 casos de dengue, de los cuales 267377 son confirmados y 4154 son probables. Según los estadios clínicos se reportó 244743 sin signos de alarma, 26052 con signos alarmantes y 736 de dengue grave, siendo el grupo etario más predominante el de adultos entre 30 y 59 años y con una incidencia de 796.02 de dengue cada 100 mil habitantes (4). En lo que respecta a Lambayeque, se registró 9305 personas afectadas por dengue hasta la semana durante el 2024, de los cuales a Chiclayo se le atribuye 5264, a Ferreñafe 1520 y a Lambayeque 2529, y hasta la fecha hay 33 defunciones por dengue. (4)

A pesar de las múltiples estrategias que se plantean para controlar al Dengue, el número de población afectada sigue en aumento, esto debido a múltiples factores que llegan a estar asociados e influyen en el curso de la enfermedad propia del virus.

Dentro de todas las estrategias que se tienen, las visitas domiciliarias llegan a ser una herramienta central para la prevención y control, no obstante, la persistencia de las tasas de morbimortalidad antes mencionadas internacional, regional y nacionalmente nos dan a ver que las intervenciones no llegan a ser lo suficientemente óptimas ni uniformes. Por lo tanto, no podemos atribuir un factor aislado como el culpable, si no que debemos entender que es la interacción compleja de los determinantes que influyen directa o indirectamente en la

transmisión y la respuesta tanto del sistema de salud como de la población. Es por ello que en este estudio queremos enfocarnos en analizar algunos de estos elementos. (5)

Específicamente, en esta investigación abordaremos 4 dimensiones de los determinantes: la primera es con respecto a los determinantes sociodemográficos e infraestructurales (6); los determinantes asociados al personal de salud, que permitirán evaluar la calidad de la intervención a través de su identificación, confiabilidad, capacitación y claridad comunicativa (7); los determinantes operacionales relacionados al centro de salud; y finalmente los determinantes poblacionales que mide cómo reacciona la población frente a las visitas domiciliarias y al uso de métodos preventivos. (8)

Al poder desglosar estos factores buscamos generar información necesaria que permita ajustar las políticas de salud pública y optimizar la forma como se realizan las visitas domiciliarias y así de esta forma luchar de una forma más ordenada y óptima contra el dengue.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del Dengue de la población del distrito de Lambayeque?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los determinantes en las visitas domiciliarias en la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de la población del distrito de Lambayeque 2025.
- Identificar los determinantes relacionados al personal de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025
- Identificar los determinantes relacionados a las entidades prestadoras de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025
- Identificar los determinantes relacionados con las percepciones culturales y prácticas preventivas frente al dengue durante las visitas domiciliarias en la población del distrito de Lambayeque, 2025.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES

I. NACIONALES

Según Fernández y Guzmán D. et al (9) en su estudio **“Factores sociodemográficos asociados a conocimientos y actitudes hacia la prevención del dengue en la población peruana: hallazgos de una encuesta nacional”** realizado en 2023 hallaron que sólo el 36.2% de los encuestados tenía una buena comprensión del dengue y el 11.6% tenía actitudes preventivas (≥ 3) como fumigación, uso de larvicidas, entre otros. Las actitudes y el conocimiento eran más altos en las mujeres sobre todo casadas. Por el contrario, los adolescentes mostraron actitudes preventivas y conocimientos más bajos.

Según Araos J. et al (10) en el estudio **“Conocimientos y percepciones sobre diagnóstico, manejo clínico y prevención del dengue entre médicos durante el brote de 2023: un estudio transversal en Perú”** realizado en el 2023 se encontró que cerca del 80% de participantes tenían un nivel alto de conocimiento sobre dengue ($\geq 70\%$ de respuestas correctas) con un buen nivel de confiabilidad por parte de los médicos.

II. REGIONALES

Según Velasco Z. et al (11) en su artículo **“Seroprevalencia del dengue y factores de riesgo de transmisión viral pasada y reciente en Venezuela: un estudio integral basado en la comunidad”** del 2014 hallaron que los factores más destacados de riesgo de exposición al dengue en la población fueron: lugar de residencia, material de la vivienda y número de habitaciones, a su vez la presencia de hacinamiento aumentaba tres veces mayor riesgo exposición. Además, se encontró un mayor riesgo en zonas rurales con $OR= 7,65$, $P= 0,051$.

Según Stewart A. et al (12) en su estudio **“Un análisis socioecológico de las percepciones comunitarias sobre el dengue y *el Aedes aegypti* en Machala,**

Ecuador” en 2014 hallaron que el factor más importante era la falta de acceso a servicios básicos (agua y luz corriente) con un $p < 0.05$, además cerca del 82% no toman acciones preventivas frente al dengue. Adicionalmente hubo mayor riesgo en casas dirigidas por madres solteras.

Da Conceição D. et al (13) en su artículo **“Determinación de la asociación entre el dengue y los factores de desigualdad social en el nordeste de Brasil: un modelo espacial”** en 2020 hallaron que hay una fuerte asociación de riesgo de dengue frente al material de vivienda, y principalmente por los servicios de agua y desagüe en el 80% de la población (I: 0,56/P=0,02).

III. INTERNACIONALES

Peña Y. et al (14) en su artículo **“Factores socioambientales que facilitan la propagación del dengue”** desarrollado en 2021 se encontró que hay más prevalencia de dengue en edades entre dieciocho a veintisiete años y treinta y ocho a cuarenta y siete años, con preponderancia del sexo masculino (52,6%) y grado de instrucción preuniversitario terminado. Por otro lado, las fuentes de agua de la población evaluada tuvieron una protección de moderada a mala, con existencia de vertederos y microvertederos.

Bangoura ST. et al (15) en el estudio **“Análisis exploratorio de los conocimientos, actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud sobre los arbovirus en el contexto de la vigilancia en la República de Guinea”** realizado en 2023 donde el resultado fue que el 95.7% tuvieron una actitud negativa respecto a los arbovirus. Demuestra que una actitud negativa y un nivel de conocimiento bajo se llegan a manifestar como fallas en la parte operacional y la detección oportuna, por lo cual indirectamente conlleva a que la cadena de transmisión y de incidencia de la enfermedad persistan en la comunidad.

Lun X. et al (16) en el artículo **“Efectos de la fuente de información y conocimiento sobre el dengue en el comportamiento de control de mosquitos de los residentes**

de las zonas fronterizas de Yunnan, China” realizado en 2023 se encontró que cerca del 70% de la población tomaba actitudes preventivas como el uso de repelentes y fumigación, pero tan solo la quinta parte de la población (151/721) eliminaba criaderos.

Naing C. et al (17) en el artículo **“Facilitadores y barreras para la participación de las comunidades en la investigación de servicios de salud sobre el control del dengue en la región del Indopacífico: una revisión sistemática”** realizado en el año 2023 encontraron que en el 53% de los estudios revisados un desafío fue falta de entusiasmo en las partes implicadas ya sea por falta de conocimiento sobre la intervención, no entrega de incentivos, redes de comunicación inadecuadas, estrés por la carga de trabajo adicional, escasez de recursos y barreras culturales. Por otra parte, en el 46% se notó que la falta de capacidad resolutoria por parte del personal de salud para proporcionar herramientas adecuadas y un ambiente idóneo de coordinación entre el sistema de salud y la población. Así también, la renuencia a la participación por parte de la comunidad fue un limitante para la intervención, no obstante, el rol de los líderes comunitarios y su coordinación ayudó a la realización de las intervenciones.

BASE TEÓRICA

Los determinantes de la salud se llegan a entender como todo aquello que llegue a afectar directa o indirectamente la salud de la población ya sea de manera positiva o negativa. También se puede entender como el conjunto de factores que crean el contexto en el que una población se desarrolla y determina la diferencia en los niveles de salud de las diferentes poblaciones; estos pueden ser biológicos, sociales, económicos, ambientales o culturales. (18)

Existen varios determinantes que influyen en la propagación y severidad del dengue, dentro de los cuales tenemos:

Determinantes Ambientales

El aumento de la población que se estima para el siglo XXI junto con la progresión de la conexión entre el avance urbano y el ambiente de propagación del dengue han propiciado la diseminación del vector y los riesgos relacionados con estos, además, de mutaciones en el virus. Dentro de los determinantes ambientales tenemos:

- **Clima:** Las altas temperaturas y la humedad favorecen la reproducción de los mosquitos. Siendo las temperatura mínima y máxima más idónea para la transmisión, 14,8°C a 32-33°C grados respectivamente. El *Aedes aegypti* tiene tolerancia a las temperaturas extremas lo que le da una ventaja competitiva, a pesar de que sus larvas no pueden desarrollar a menos de 10°C, el *Aedes* puede sobrevivir a temperaturas menores a 11°C o mayores a 36°C.

Ahora bien, el mosquito a temperaturas no adecuadas pierde ciertas capacidades como movilidad y la de alimentarse, lo cuál produce mortalidad, además, en condiciones ideales no puede pasar más de 2-3 días sin alimentación con sangre.

(19)

- **Estaciones:** Mayor incidencia en la temporada de lluvias debido a la acumulación de agua. El ciclo biológico del zancudo es favorecido por la lluvia y la alta humedad; esto hace que el huevo se convierta en adulto en menos días. La alta humedad en promedio más del 70% favorecen a un ambiente favorable para la transmisión del dengue (20). Junto al incremento de temperaturas se relacionan también los eventos desencadenados por el cambio brusco climático ejemplos de esto están las extensas

sequías que azotan a países costeros, además de tormentas, inundaciones y hasta huracanes. Además, el progreso de lluvias desencadena salidas de ríos en zonas bajas y alledaños, los cuales se convierten en potenciales criaderos (21)

- **Urbanización:** La falta de infraestructura adecuada en áreas urbanas facilita la formación de criaderos, es un determinante compartido con el socioeconómico que es el de la urbanización como la de alto hacinamiento y no planificada. (22)

Determinantes Biológicos

Descripción del virus y clasificación

El dengue es una patología vírica de tipo aguda, actualmente endémica, transmitida por la picadura del mosquito del género *Aedes* hembra, que hoy en día es una de las arbovirosis más extendidas en el mundo. (23)

Es un virus perteneciente a la familia *Flaviridae*, este tiene una envoltura de forma icosaédrica. El pequeño virus del dengue tiene una envoltura se compone de un ARN monocatenario positivo de 11 kb, que comprende tres tipos de proteínas estructurales: la cápside, la envoltura y la membrana, además de siete proteínas no estructurales (NS) como NS1, NS2A, NS2B, NS3, NS4A, NS4B y NS5 dentro de su estructura envuelta conocida maduras como viriones. (24)

Los virus del dengue se han clasificado en 4 grupos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Estos serotipos producen una especificidad inmunitaria de plazo largo frente a su propio serotipo (homólogo), así como una protección cruzada a corto plazo contra los otros tres serotipos, que puede durar varios meses . Debido a las variaciones genéticas entre cada uno de los cuatro serotipos , pueden causar infección sin síntomas , enfermedad febril e infecciones graves que llegan a provocar la muerte . (23)

Formas de transmisión y contagio

Todo se inicia con la picadura de un zancudo hembra (*Aedes aegypti*); tienen preferencia matinal, y generalmente se encuentran aumentados temprano por la mañana (primeras horas) o al comienzo del anochecer. Actualmente se sabe que no existe transmisión entre personas, tampoco por medio de recipientes ni fuentes de agua (23,24)

En el dengue podemos encontrar tres formas de ciclo en su transmisión, son zoonótico-forestal, endémico-rural y urbano-epidémico. (25)

Ciclo biológico del Mosquito

Huevos: Las hembras depositan sus huevos en las paredes de recipientes con agua.

Larvas: Los huevos eclosionan en larvas, que viven en el agua y se alimentan de materia orgánica.

Pupas: Las larvas se transforman en pupas, un estado de no alimentación y transición.

Adultos: Las pupas emergen como mosquitos adultos, listos para reproducirse y buscar sangre para las hembras, necesaria para la producción de huevos. (26)

Clínica del dengue y clasificación

I. Dengue sin signos de alarma

Es la forma del dengue que se manifiesta con fiebre más otros síntomas como cefalea, mialgia, exantema, etc. Esta clínica de dengue generalmente suele durar aproximadamente 7 días y se autolimita.

(27)

II. Dengue con signos de alarma

Son pacientes que presentan uno o más de los siguientes síntomas (27):

- I. Dolor abdominal intenso y constante o dolor a la palpación abdominal
- II. Vómitos persistentes
- III. Sangrado de mucosas o piel
- IV. Alteración del estado de conciencia
- V. Algún tipo de edema o derrame seroso clínicamente o radiológicamente
- VI. Hepatomegalia (>2cm)
- VII. Hemoconcentración

III. Dengue grave

Aquí se clasifican a los pacientes que presentan o no signos de alarma pero que tienen inestabilidad generalizada, debido a que presentan: gran riesgo de muerte; clínica mortalmente elevada si no se trata o es refractario al tratamiento convencional y/o alguna otra causa que determine gravedad (27).

Los criterios de gravedad son:

- I. Déficit respiratoria o shock por extravasación de líquido (plasma),
- II. Un sangrado activo marcado o hemorragias
- III. Daños a órgano blanco. Si la hipovolemia no se trata oportunamente a pesar de disminuir la fiebre el paciente puede cursar a un choque (27).

Curso de la enfermedad

1. Fase febril

Es la primera parte del curso de enfermedad, se caracteriza por fiebre alta y repentina que suele durar entre 2 a 7 días. Se acompaña de síntomas inespecíficos como eritema facial, malestar general, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retro ocular.

En esta etapa es complicado poder diagnosticar la severidad del dengue por lo que se debe de hacer seguimiento a los pacientes y estar alertas antes signos de alarma. (27)

2. Fase crítica

Es la segunda fase del curso de enfermedad puede iniciar entre el 3 y 7 día. Aquí se da una caída de la temperatura corporal debido al aumento de la permeabilidad capilar, este proceso llega a durar de entre 24 a 48 horas y puede estar supeditado a un aumento del hematocrito por pérdida de plasma que si no se maneja de una manera adecuada puede terminar en un choque hipovolémico que es la principal complicación de esta fase. Además, en esta etapa es dónde se suelen presentar los sangrados (27).

3. Fase de recuperación

Es la última fase del dengue, en esta fase el líquido extravasado regresa en un lapso de 48 a 72 horas. En esta fase podemos notar una mejoría sustancial de la sintomatología concomitante y una recuperación de los valores del hemograma progresivamente (27).

Formas de diagnóstico

El diagnóstico de dengue puede confirmarse mediante la detección directa en sangre o a través de métodos serológicos. En las etapas tempranas de la enfermedad, durante la fase de fiebre, la identificación de elementos virales en la sangre es muy efectiva. El ácido nucleico viral es detectable usando RT-PCR o mediante el ensayo ELISA

para la proteína no estructural 1 (NS1). A partir del quinto día de la enfermedad, se utilizan pruebas serológicas para medir los anticuerpos IgM e IgG, lo que optimiza la diferencia entre una infección primaria y una secundaria. Un nivel de anticuerpos alto frente a la hemaglutinina suele indicar una infección secundaria por dengue (25).

Entonces en resumen los métodos diagnósticos son los siguientes:

- Pruebas serológicas: Detección de ac. IgM e IgG específicos para dengue.
- Pruebas virológicas: Detección directa del virus, antígenos virales o ARN viral (PCR).
- Pruebas rápidas: Detectan antígenos NS1 y anticuerpos serológicos.

Tratamiento

Hasta la actualidad no existe un tratamiento antiviral específico a pesar del peligro y el problema que representa para la población en general. (25).

- **Manejo sintomático**

Durante la fase de fiebre en el dengue, se sugiere a los pacientes que mantengan una adecuada ingesta de líquidos y utilicen acetaminofén (paracetamol) para controlar la temperatura. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos deben evitarse debido al riesgo de sangrado asociado con la trombocitopenia severa. Los pacientes deben buscar atención médica si presentan signos de advertencia, tales como vómitos y diarrea persistentes, mareos al cambiar de posición, síntomas hemorrágicos o dolor abdominal (25) .

- **Manejo de fluidos**

El tratamiento clave para el dengue implica una rehidratación cuidadosa con líquidos, especialmente en la fase crítica, donde la administración debe equilibrarse con la pérdida de plasma. Se aconseja calcular un volumen específico de líquidos para las 48 horas de esta fase, que engloba tanto el líquido de mantenimiento como un déficit de 50 ml/kg (hasta 50 kg), sumando cerca de 4.600 ml para una persona de 50 kg. Este enfoque pretende mantener el volumen intravascular correcto sin causar una sobrecarga en el paciente. (25).

- **Productos de sangre**

Las transfusiones de plaquetas están recomendadas para individuos con hemorragias severas y baja cantidad de plaquetas, así como para quienes deben someterse a una cirugía de emergencia. (25).

Formas de prevención y niveles

I. Prevención primaria:

El manejo del dengue incluye la eliminación de criaderos de mosquitos, la aplicación de insecticidas y el uso de técnicas de control biológico. Para la protección personal, se deben usar repelentes, ropa de manga larga y mosquiteros. (28).

II. Prevención secundaria:

La vigilancia epidemiológica se dedica a la identificación rápida de casos y brotes de dengue. En algunos países, la vacuna Dengvaxia está autorizada para individuos que han experimentado previamente una infección por dengue. (28).

III. Prevención terciaria:

El tratamiento adecuado de los casos de dengue requiere iniciar la terapia de manera temprana y realizar un seguimiento continuo para prevenir la aparición de complicaciones severas y reducir el riesgo de muerte. (28).

Determinantes Sociales

Muchos autores lo mencionan como el rubro más importante y donde se encuentra el mayor número de oportunidades de mejora, estos determinantes se detallan esto en un Documento emitido por el MINSA llamado “Acciones de promoción de la salud para la prevención del dengue a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud”, estos lo resumimos en dos grupos principales:

- I. Determinantes Intermediarios : Aquí incluye el impacto de los estilos de vida y su hábitos y en segundo lugar la capacitación y acciones para prevenir el dengue por parte del MINSA. El dengue se puede considerar como el resultado de una inequidad en la salud, especialmente en áreas endémicas

En este grupo se encuentran también los microdeterminantes que menciona la OPS entre estos factores intrínsecos del huésped (sexo, edad) y factor con respecto a

vectores (densidad de hembras adultas, huéspedes disponibles, frecuencia de alimentación).

- II. **Determinantes Estructurales:** Aquí el impacto del sector educación en los estilos y hábitos de vida, los servicios de agua y desagüe y su acceso a la población, las condiciones de vivienda y la intervención de autoridades y por último el recojo de residuos sólidos, esto a nivel de gobierno local. Aquí también incluimos los demás macrodeterminantes de la OPS tales como agua provisionada en tanques y depósitos expuestos

Existen otros factores estructurales asociados, tales como el estatus social, la ocupación/desocupación, la pobreza junto a los ingresos de las familias. La carga de morbilidad desproporcionadamente del dengue, es el resultado de la pobreza en las poblaciones. Los pobres sufren mucho del dengue porque suelen residir en áreas con abundantes vectores.

Estos factores, en grandes aspectos, pero de manera significativa, determinan a aquellos grupos de personas con grandes déficits socioeconómicos sean las que presenten altas tasa de riesgo hacia la enfermedad. Sin embargo, para abordar las causas tiene gran importancia las estrategias socioeconómicas que desarrolle el MINSA junto con el estado.(29)

Determinantes de Salud Pública

La normativa vigente para el dengue dónde se encuentran todos los aspectos referentes al mismo se encuentra establecida en la Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú, NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024. (30)

Con referente a las intervenciones sanitarias contra el dengue, encontramos a la prestación de servicios de salud, la promoción de la salud, la participación comunitaria, la educación en salud.

I. Prestación de servicios de salud

Aquí se establece que los establecimientos de salud deben prestar o coordinar la prestación de servicios de salud de manera equitativa e integral para las atenciones de pacientes con dengue ya sea de forma fija o móvil. Por otro lado, si es que llega a haber una situación de emergencia que supere la capacidad resolutive de la

institución, esta debe de coordinar con los niveles superiores para la referencia de los pacientes. Todas estas prestaciones deben hacerse manteniendo los enfoques de derechos humanos. (31)

II. Promoción de la salud

Se establece que la promoción en salud se basa en tres parámetros fundamentales: primero, la coordinación entre sectores y niveles del estado, involucramiento de la comunidad y educación en salud. De la mano de estos tres parámetros se busca lograr que la población misma adopte prácticas saludables que la protejan frente al dengue. (30)

1. Abogacía e incidencia

En este contexto, los encargados tienen la responsabilidad de formular políticas, directivas y normas, así como de llevar a cabo actividades para mejorar la salud pública. Es esencial proporcionar a las autoridades locales información detallada sobre la ubicación, estado y magnitud del dengue. También es importante resaltar cómo la falta de servicios básicos y la ausencia de hábitos saludables para la prevención del dengue desde el hogar impactan la salud de la comunidad.

Se debe establecer una sala de control que facilite la coordinación entre el gobierno municipal y entidades de salud como DIRESA, GERESA y DIRIS. Esta coordinación debe dirigir la creación de un plan multisectorial enfocado en los determinantes del dengue, de acuerdo con la Política Nacional de Salud al 2030: “Perú País Saludable”.

En caso de brotes o epidemias, se deben implementar acciones siguiendo el documento técnico: “Acciones de Promoción de la Salud para la Prevención del Dengue a través del Abordaje de los Determinantes Sociales de Salud”, aprobado por RM N° 883-2014/MINSA.(30)

2. Participación comunitaria

Este enfoque busca fomentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y acciones relacionadas con la salud, adaptándose a sus necesidades e intereses para fortalecer el autocuidado. Aunque existen diversas maneras de que la población se involucre en su propio cuidado, se

prioriza la vigilancia comunitaria, que capacita a los miembros para realizar acciones de prevención e identificación temprana, facilitando así la notificación oportuna a las entidades correspondientes.

Para lograr esto, es necesario:

1. **Dividir a la población:** Según el establecimiento de salud asignado.
2. **Seleccionar comunidades en riesgo:** El establecimiento de salud debe identificar las áreas críticas dentro de su jurisdicción.
3. **Formar o activar comités de vigilancia:** Esto se coordina mediante actas con las autoridades locales para monitorear y vigilar los lugares de riesgo.
4. **Capacitar a los miembros del comité de vigilancia:** El personal del centro de salud debe encargarse de esta formación.
5. **Desarrollar la vigilancia epidemiológica:** El centro de salud y el comité de vigilancia deben reunirse para comunicar alertas y tomar decisiones en conjunto.
6. **Mejorar el entorno comunitario:** Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con los gobiernos locales.

Este enfoque busca que la comunidad participe activamente en la vigilancia y prevención, trabajando conjuntamente con las autoridades y el personal de salud para mejorar las condiciones sanitarias. (30)

3. Educación en salud

Aquí el personal de salud debe de brindar información, orientación y educar a la población esto se logrará mediante

- I. sesiones sobre cómo eliminar criaderos en sesiones educativas y prácticas
- II. consejería en visitas domiciliarias sobre prácticas saludables para la eliminación de criaderos
- III. Consejería en visita domiciliaria sobre prácticas en protección personal (30)

III. Acciones de comunicación

Aquí se llevarán a cabo campañas para informar, difundir y sensibilizar a la población acerca de la importancia de prevenir y controlar la transmisión del dengue. Para lograr esto, se utilizarán campañas publicitarias a través de medios de comunicación tradicionales y alternativos. (30)

El presente estudio se realizará en localidades asignadas tanto al centro de Salud de Toribia Castro Chirinos basadas en la distribución territorial brindada por la gerencia Regional de Salud de Lambayeque.

No obstante, de las mismas se priorizarán las que tengan un índice alto y medio, esto debido a que un alto riesgo endémico condiciona a que se realicen campañas de prevención basadas en las características contextuales de cada localidad.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Sociocultural

Edad

Definición conceptual: El período cuantificado en años, que ha pasado desde el nacimiento de un individuo hasta el instante de la medición.

Definición operacional:

18 - 29 años

30 - 59 años

60 - 65 años

Sexo

Definición conceptual: La categorización biológica de individuos como varón o mujer que se fundamenta en atributos físicos, cromosómicos y hormonales.

Definición operacional:

Hombre

Mujer

Nivel de educación

Definición conceptual: El nivel máximo de educación formal que un individuo ha alcanzado dentro del sistema educativo.

Definición operacional:

Nunca escolarizado: Nunca haber ingresado al sistema educativo

Primaria: Haber estudiado hasta el 6° grado de primaria.

Secundaria: Haber estudiado hasta el 5° año de secundaria.

Superior: Tener estudios universitarios o técnicos.

Zona de residencia

Definición conceptual: La zona geográfica en la que reside un individuo, que influye en sus condiciones socioeconómicas y su acceso a servicios.

Definición operacional:

Urbano : Área densamente poblada que cuenta con infraestructura desarrollada, como transporte, servicios públicos, educación y atención médica,

Urbano-Marginal: Áreas ubicadas dentro o en la periferia de una ciudad que presentan condiciones de exclusión social, económica y de infraestructura, en comparación con el resto del entorno urbano.

Número de habitaciones

Definición conceptual: La cantidad de espacios independientes en una vivienda que se usan para dormir.

Definición operacional: Se escribirá el número de habitaciones en números enteros según cuenta su vivienda.

Número de habitantes

Definición conceptual: La cantidad de personas que residen en una vivienda o espacio determinado.

Definición operacional: Se escribirá el número de personas residentes.

Estado civil

Definición conceptual: El estatus legal y social de una persona en relación a su vínculo matrimonial.

Definición operacional:

- I. Soltero: Aquella persona que no presenta algún vínculo matrimonial ni unión civil.
- II. Casado: Aquella persona que presenta algún vínculo matrimonial ni unión civil.
- III. Conviviente: Persona en estado de convivencia sin presentar vínculo matrimonial.
- IV. Viudo: Persona que declara haber estado casada pero cuyo cónyuge ha fallecido

Servicio de agua

Definición conceptual: El acceso al suministro de agua potable en una vivienda o área determinada durante 24 horas ya sea directamente de la red pública o tanque elevado.

Definición operacional

- 1.
2. SI
3. NO

Servicio de desagüe

Definición conceptual: El acceso a un sistema de eliminación de aguas residuales en una vivienda o área determinada.

Definición operacional:

- SI
- NO

Personal de Salud

Definición conceptual: El personal de salud incluye a todos los profesionales y técnicos que prestan servicios de atención médica, prevención y promoción de la salud, como médicos, enfermeras, técnicos en salud, entre otros.

Definición operacional: Relacionado a asuntos propios de un personal de salud, ya sea si está acompañado, si está lo suficientemente capacitado, si fue eficaz en su trabajo, si se logró comprender, llevó instrumentos o su actitud a la hora de la atención.

Centro de Salud

Definición conceptual: Instalación que brinda servicios de atención primaria ya sean curativos o preventivos a una comunidad, siendo el primer contacto del sistema de salud con la población.

Definición operacional: Entidad encargada de la planificación de las campañas de prevención del Dengue, ya sea organizando a sus trabajadores como coordinando con la comunidad para que se pueda llevar a cabo de la mejor manera.

Percepciones

Definición conceptual: Conjunto de interpretaciones, creencias y actitudes que un grupo de personas tiene sobre el mundo basado en la influencia cultural, valores, normas o experiencias compartidas sobre el Dengue.

Definición operacional: Las actitudes, creencias u observaciones que llega a tener un grupo de personas sobre la prevención del Dengue, como el uso de la fumigación, el uso de larvicidas o el trabajo del sistema de salud

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Criterios de medida	Escala de medición
DETERMINANTE DE VISITAS DOMICILIARIAS	Sociodemográficas	Edad	18 - 29 años 30 - 59 años 60 - 65 años	Razón
		Sexo	Hombre Mujer	Nominal
		Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Zona de residencia	Urbano Urbano-marginal	Nominal
		Número de habitaciones	Número	Razón
		Número de habitantes	Número	Razón

		Estado civil	Soltero Casado Conviviente	Nominal
		Servicio de agua	Si o No	Nominal
		Servicio de desagüe	Si o no	Nominal
	Personal de Salud	¿El personal de salud estaba acompañado de alguna autoridad local?	Siempre Casi siempre A veces Casi Nunca Nunca	Ordinal
		¿El personal de salud estaba adecuadamente identificado al momento de la visita domiciliaria?		
		¿ El personal de salud fue confiable al momento de la visita domiciliaria?		
		¿El personal de salud que realizó la visita estuvo capacitado?		
		¿ El personal de salud se expresó de manera entendible?		

		¿El personal de salud trabaja lento o demoran mucho?		
		¿El personal de salud llevó material adecuado o usó métodos que le hizo más fácil entenderlo?		
	Centro de salud	¿ Se le informó o coordinó que se iba a realizar la visita domiciliaria?	Siempre Casi siempre A veces Casi Nunca Nunca	Ordinal
		¿El personal de salud llegó a una hora adecuada para realizar la visita domiciliaria?		
		¿Se le brindó algún incentivo o apoyo en la prevención? (Repelente, larvicidas, tapas para depósitos, bolsas para basura, etc)		

		¿ Junto con el personal de salud, hubo presencia de otras instituciones (Municipalidad, defensa civil, instituciones educativas, etc) ?		
	Percepciones	¿ Cree usted que las visitas domiciliarias sirven para prevenir el dengue?	Siempre Casi siempre A veces Casi Nunca Nunca	Ordinal
		¿ Cuidarse a mí mismo contra el dengue no sirve si los vecinos no se cuidan ?		
		¿ El compuesto químico larvicida (temefos o pyriproxifeno) no le da mal sabor al agua y/o la contamina ?		
		¿ Cree que la culpa del aumento de casos de Dengue es por la falta de acción de las autoridades?		
		¿ Cree qué con usar mosquiteros o métodos caseros es suficiente para prevenir el Dengue?		

		¿Usted se cuida frecuentemente para no contagiarse de Dengue?		
--	--	---	--	--

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio usamos un diseño no experimental, debido a que no se ha aplicado intervenciones deliberadas ni hemos realizado manipulación intencional de las variables; únicamente nos hemos limitado a la observación y análisis de los acontecimientos. La investigación es descriptiva, ya que hemos buscado identificar y contextualizar los determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del dengue de la población del distrito de Lambayeque, para esto hemos considerado cuatro aspectos: el sociodemográfico, el relacionado al personal de salud, el relacionado al centro de salud y el relacionado a la población. El enfoque cuantitativo se optó para poder tener un análisis de los datos de forma objetiva y replicable, para lo que se usó un cuestionario validado y estructurado. Finalmente transversal porque la recolección de los datos se realizó en un único momento durante el año 2025.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

1. POBLACIÓN:

Para determinar la población utilizamos el último catastro de años 2025 realizado y brindado por el centro de salud Toribia Castro Chirinos, en el cuál se registraron 7420 viviendas. Sin embargo, dicho total no fue la población total del estudio, para la determinación poblacional se usó el índice aédico como criterio epidemiológico de selección, incluyendo solamente a la población que presentó en sus sectores índice aédico moderado y alto. Como conclusión de esto el estudio quedó conformado por 2932, las cuales representan zonas de mayor riesgo de transmisión del dengue y formaron nuestra base poblacional de estudio como se detalla a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Población basado en índice aédico del distrito de Lambayeque 2025

SECTOR	Número de viviendas	Indice aéxico
MARAVILLAS	266	1.6
TORIBIA CASTRO	417	1.6
SAUSAL	102	1
ESPERANZA	102	1
SANTO DOMINGO	161	1
MOCCE	467	1
LAMBAYEQUE CENTRO	1035	2
MIRAFLORES	210	3.6
ALAMEDA	102	1
SEÑOR DE LOS MILAGROS	70	1.8
TOTAL	2932	

Fuente: Centro de Salud Toribia Castro

2. MUESTRA:

Para la determinación de nuestra muestra usamos como base la fórmula de cálculo para poblaciones finitas, con una población de 2932. También, se consideró un error de +/- 5% y nivel de confianza de 95%.

$$\eta = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

η = Tamaño de muestra

N = Población Total = 2932

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

P = Proporción estimada favorable a la investigación = 50%

Q = Proporción estimada desfavorable a la investigación = 50%

E = Error de precisión muestral máximo aceptado = 5%

$$\eta = \frac{2932 \times 1.96^2 \times 50 \times 50}{5^2 \times (2931) + 1.96^2 \times 50 \times 50}$$

$$\eta = [340]$$

Tras realizar los cálculos obtuvimos una muestra de 340 viviendas, de las cuales para evitar algún tipo de sesgo muestral, estratificada proporcionalmente a las zonas poblacionales como se muestra en la tabla 2 a continuación.

Tabla 2. Muestreo basado en índice aédico del distrito de Lambayeque 2025

SECTOR	Número de viviendas	Muestra	Índice aédico
MARAVILLAS	266	31	1.6
TORIBIA CASTRO	417	48	1.6
SAUSAL	102	12	1
ESPERANZA	102	12	1
SANTO DOMINGO	161	19	1
MOCCE	467	54	1
LAMBAYEQUE CENTRO	1035	120	2
MIRAFLORES	210	24	3.6
ALAMEDA	102	12	1
SEÑOR DE LOS MILAGROS	70	8	1.8
TOTAL	2932	340	

Fuente: Centro de Salud Toribia Castro

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pobladores del distrito de Lambayeque hombres o mujeres que tenían entre 18 y 65 años.
- Pobladores que voluntariamente aceptaron ser encuestados.
- Pobladores que tuvieron una visita domiciliaria preventiva contra el dengue por parte del sector salud.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas con algún tipo de problema de salud mental que le incapacite contestar las preguntas.
- Personas que no quisieron firmar el consentimiento informado.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

1. TÉCNICA:

La técnica de recolección que utilizamos fue la encuesta, la que aplicamos de manera presencial durante las visitas domiciliarias que hicimos en las zonas seleccionadas. Con la finalidad de que las preguntas sean comprendidas de forma adecuada y reducir error de interpretación por los participantes, el encuestador leyó cada pregunta del instrumento, posteriormente se interpelló al participante por su respuesta. De esta manera nos aseguramos de tener claridad en el contenido, con independencia del nivel educativo de los encuestados, y subsecuentemente se redujo el sesgo de información.

Previo al inicio del llenado del cuestionario se brindó al encuestado el consentimiento informado, cuyo contenido de igual manera fue leído en voz alta por el entrevistador, explicando el fin del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos recolectados. En el caso de que los pobladores se negaran a aceptar el consentimiento informado la encuesta se concluía de manera inmediata, para de esta forma respetar su decisión.

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO 1):

El instrumento de recolección de datos utilizado fue de elaboración propia y lleva como título: “Encuesta sobre determinantes de las visitas domiciliarias sobre la prevención del dengue en la población de Lambayeque 2025”. Es un cuestionario estructurado y elaborado en base a los objetivos planteados y las variables de estudio. El cuestionario se está constituido por 4 secciones:

- Parte I (Características sociodemográficas)

Nueve ítems destinados a conocer las características sociodemográficas de la población del distrito de Lambayeque: Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de educación, zona de residencia, número de habitaciones, número de habitantes, servicio de agua potable y servicio de desagüe.

- **Parte II (Determinantes del personal de Salud)**

Siete ítems destinado a conocer los determinantes del personal de salud con respecto a las visitas domiciliarias en la prevención del dengue, los ítems evaluaron aspectos como el acompañamiento del personal de salud por autoridades locales al momento de la visita, la adecuada identificación del personal de salud al momento de la visita, la percepción de confiabilidad del personal de salud, la rapidez con la que el personal realiza la visitas domiciliaria, el nivel de capacitación percibido, la claridad y comprensión en la forma en como se comunicó el personal de salud, así como material educativo adecuado o métodos didácticos que facilitarán la comprensión del visitado.

- **Parte III (Determinantes del centro de Salud)**

Cuatro ítems destinados a identificar los determinantes relacionados al centro de salud en las visitas domiciliarias para la prevención del dengue. Los ítems evaluaron aspectos como la coordinación realizada por el centro de salud con la población previo a la ejecución de las visitas domiciliarias, la adecuación del horario en que se realizan dichas visitas para la población, la entrega de algún tipo de incentivo durante la visita domiciliaria enfocado en la prevención del dengue, y la participación de otras instituciones locales junto al centro de salud durante el desarrollo de las visitas domiciliarias.

- **Parte IV (Determinantes de la población)**

Seis ítems que tuvieron como fin identificar los determinantes relacionados a la población durante las visitas domiciliarias para la prevención del dengue. Los ítems evaluaron la utilidad de las visitas domiciliarias, la percepción del autocuidado individual cuando no hay un cuidado colectivo para prevenir el dengue, la idea de que el compuesto como el Piriproxifeno o temefos altera las propiedades del agua o la contamina, la responsabilidad de las autoridades en la prevención del dengue, la suficiencia de los métodos caseros y la frecuencia del autocuidado contra el dengue.

3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (ANEXO 2):

La validez y confiabilidad del instrumento se llevó siguiendo dos preceptos: La validación por expertos y la prueba piloto. La validación por expertos, estos analizaron la pertinencia, claridad y coherencia del cuestionario en relación a los objetivos planteados en el estudio, después de la recopilación se obtuvo un puntaje de 32 de 35 (91,4%). Este

resultado nos indica que el cuestionario tiene una muy alta validez del contenido. Una vez obtenidas las respuestas de todos los expertos el cuestionario base fue depurado, el cuestionario obtenido fue aplicado en una prueba piloto en una población de similares características usando el 10% de la población del estudio base (34 participantes) esto para determinar la aplicabilidad y comprensión del cuestionario en sí. Además, con los datos obtenidos en la prueba piloto se evaluó la confiabilidad del instrumento con el alfa de cronbach obteniendo 0.878, lo que nos indica una buena consistencia interna y que se considera un instrumento confiable para su aplicación en la población objetivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Para un mejor análisis y organización de los datos obtenidos con el instrumento, se construyó una base de datos en el software Microsoft Excel LTSC 2021.

Posteriormente, los datos fueron exportados al software estadístico IBM SPSS 2026 dónde se analizaron estadísticamente. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias absolutas, lo que permitió describir la distribución de las variables . El uso de porcentajes facilitó la comparación y visualización del comportamiento de las variables dentro de la población estudiada, permitiendo una interpretación clara y ordenada de los resultados obtenidos que se muestran en tablas y gráficos.

ASPECTOS ÉTICOS:

Nuestro estudio siguió para su desarrollo los lineamientos y preceptos éticos establecidos en la declaración de Helsinki y las pautas CIOMS, los cuales son garantes de la ética en investigación a nivel internacional cuando se realizan investigaciones sobre seres humanos. Al ser nuestro estudio no experimental y descriptivo consideramos los siguientes principios para garantizar la protección de los participantes: voluntariedad, la participación del estudio fue voluntaria, previamente al inicio de la aplicación de la encuesta se le brindó el consentimiento informado, explicando y resolviendo dudas sobre su contenido, considerando como participantes sólo a aquello que firmaron el consentimiento; anonimato y confidencialidad ya que el estudio no incluyó información que permita identificar plenamente a los participantes, además, la información recolectada fue codificada y usada meramente con fines de investigación sólo por los investigadores; almacenamiento y uso de información la información recolectada y almacenada en formatos físicos y virtuales fue custodiada por los investigadores y se negó el acceso a personas no autorizadas; finalmente la difusión de resultados se difunden de manera global y sin que se logre identificar a los participantes, además, los participantes que quieran acceder a un resumen de los resultados lo podrán hacer una vez que el estudio sea publicado en el repositorio de nuestra universidad.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

RESULTADOS:

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población del distrito de Lambayeque 2025

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	182	53.5
Mujer	158	46.5
Edad (Años)		
18 - 29 años	124	36.5
30 - 59 años	166	48.8
60 - 65 años	50	14.7
Nivel de educación		
Primaria	67	19.7
Secundaria	172	50.6
Superior	101	29.7
Zonal de residencia		
Urbano	290	85.3
Urbano - Marginal	50	14.7
Número de habitaciones		
1	71	20.9
2	147	43.2
3	91	26.8
4	26	7.6
5	3	0.9
6	2	0.6
Número de habitantes		
1	22	6.5
2	59	17.4
3	99	29.1
4	93	27.4
5	42	12.3
6	12	3.5
7	9	2.6
8	1	0.3
9	3	0.9
Estado civil		
Casada	103	30.3
Conviviente	126	37.0
Soltera	105	30.9
Viudo	6	1.8
Servicio de agua		
Si	238	70.0
No	102	30.0
Servicio de desagüe		
Si	267	78.5
No	73	21.5
Total	340	100.0

Fuente: Elaboración propia de encuestas realizadas

La Tabla 3 muestra que la población del distrito de Lambayeque en 2025 estuvo conformada mayoritariamente por varones (53,5 %) y por personas de 30 a 59 años (48,8 %), seguidas del grupo de 18 a 29 años (36,5 %). Predominó el nivel educativo secundario (50,6 %) y la residencia urbana (85,3 %). En relación con las condiciones de vivienda, la mayoría de los hogares contó con dos o tres habitaciones (70,0 %) y albergó entre tres y cuatro habitantes (56,5 %). Asimismo, aunque la mayor parte de las viviendas dispone de servicio de agua (70,0 %) y desagüe (78,5 %), aún persiste un porcentaje considerable de hogares sin acceso a estos servicios básicos, lo que podría constituir un factor relevante para el riesgo de transmisión del dengue.

Tabla 4. Determinantes relacionados al personal de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025

	Frecuencia	Porcentaje
¿El personal de salud estaba acompañado de alguna autoridad local al momento de la visita domiciliaria?		
Totalmente en desacuerdo	42	12.4
Desacuerdo	52	15.3
Neutral	47	13.8
De acuerdo	126	37
Totalmente de acuerdo	73	21.5
¿El personal de salud estaba adecuadamente identificado al momento de la visita domiciliaria?		
Totalmente en desacuerdo	9	2.6
Desacuerdo	6	1.8
Neutral	29	8.5
De acuerdo	169	49.7
Totalmente de acuerdo	127	37.4
¿El personal de salud fue confiable al momento de la visita domiciliaria?		
Totalmente en desacuerdo	7	2.1
Desacuerdo	4	1.2
Neutral	42	12.4
De acuerdo	171	50.3
Totalmente de acuerdo	116	34.1
¿El personal de salud que realizó la visita estuvo capacitado?		
Totalmente en desacuerdo	5	1.5
Desacuerdo	11	3.2
Neutral	34	10
De acuerdo	172	50.6
Totalmente de acuerdo	118	34.7
¿ El personal de salud se expresó de manera entendible?		
Totalmente en desacuerdo	7	2.1
Desacuerdo	20	5.9
Neutral	47	13.8
De acuerdo	169	49.7
Totalmente de acuerdo	97	28.5
¿ El personal de salud trabaja lento o demora mucho?		
Totalmente en desacuerdo	34	10
Desacuerdo	77	22.6
Neutral	45	13.2
De acuerdo	127	37.4
Totalmente de acuerdo	57	16.8
¿El personal de salud llevó material adecuado o usó métodos que le hizo más fácil comprenderlo?		
Totalmente en desacuerdo	16	4.7
Desacuerdo	21	6.2
Neutral	42	12.4
De acuerdo	160	47
Totalmente de acuerdo	101	29.7

Fuente: Elaboración propia de encuestas realizadas

La Tabla 4 muestra que la percepción de la población respecto al personal de salud durante las visitas domiciliarias fue mayoritariamente positiva. Más de la mitad de los encuestados manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el personal de salud estuvo acompañado por alguna autoridad local (58,5 %), estuvo adecuadamente identificado (87,1 %) y fue confiable durante la visita (84,4 %). Asimismo, la mayoría consideró que el personal se encontraba capacitado (85,3 %) y que se expresó de manera entendible (78,2 %), lo que favorece la aceptación de los mensajes preventivos sobre el dengue. Sin embargo, un porcentaje relevante percibió que el personal trabajó lento o demoró mucho durante la visita (54,2 %), lo cual podría influir negativamente en la satisfacción de la población. Finalmente, el uso de materiales adecuados y métodos que facilitaron la comprensión fue valorado positivamente por el 76,7 % de los participantes, evidenciando la importancia de la comunicación y los recursos educativos en la efectividad de las visitas domiciliarias para la prevención del dengue.

Tabla 5. Determinantes relacionados a las entidades prestadoras de salud en las visitas domiciliarias hacia la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025

	Frecuencia	Porcentaje
¿ Se le informó o coordinó que se iba a realizar la visita domiciliaria?		
Totalmente en desacuerdo	37	10.9
Desacuerdo	76	22.4
Neutral	30	8.8
De acuerdo	125	36.8
Totalmente de acuerdo	72	21.2
¿ El personal de salud llegó a una hora adecuada para usted?		
Totalmente en desacuerdo	6	1.8
Desacuerdo	46	13.5
Neutral	42	12.4
De acuerdo	128	37.6
Totalmente de acuerdo	118	34.7
¿Se le brindó algún incentivo o apoyo en la prevención? (repelente, larvicidas, tapas para depósitos, bolsas para basura, etc)		
Totalmente en desacuerdo	12	3.5
Desacuerdo	30	8.8
Neutral	21	6.2
De acuerdo	145	42.6
Totalmente de acuerdo	132	38.8
¿Junto con el personal del centro de salud hubieron otras instituciones? (Municipalidad, defensa civil, organizaciones comunitarias, etc)		
Totalmente en desacuerdo	38	11.4
Desacuerdo	53	15.6
Neutral	61	17.9
De acuerdo	141	41.5
Totalmente de acuerdo	47	13.8

Fuente: Elaboración propia de encuestas realizadas

La Tabla 5 evidencia que la percepción de la población respecto a la participación de las entidades prestadoras de salud en las visitas domiciliarias para la prevención del dengue fue mayoritariamente favorable. El 58,0 % de los encuestados señaló estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que se les informó o coordinó previamente la visita domiciliaria, mientras que el 72,3 % consideró que el personal de salud llegó en un horario adecuado. Asimismo, la entrega de incentivos o apoyos preventivos, como repelentes o larvicidas, fue valorada positivamente por el 81,4 % de los participantes, lo que refuerza las acciones de prevención en el hogar. En cuanto al trabajo interinstitucional, el 55,3 % manifestó que las

visitas se realizaron en conjunto con otras instituciones, como la municipalidad u organizaciones comunitarias.

Tabla 6. Determinantes relacionados con las percepciones culturales y prácticas preventivas frente al dengue durante las visitas domiciliarias en la población del distrito de Lambayeque, 2025.

	Frecuencia	Porcentaje
¿ Cree usted que las visitas domiciliarias sirven?		
Totalmente en desacuerdo	8	2.4
Desacuerdo	18	5.3
Neutral	42	12.4
De acuerdo	162	47.6
Totalmente de acuerdo	110	32.4
¿ Cuidarme a mi mismo no sirve si los vecinos no se cuidan?		
Totalmente en desacuerdo	8	2.4
Desacuerdo	16	4.7
Neutral	39	11.5
De acuerdo	157	46.2
Totalmente de acuerdo	120	35.3
¿ El compuesto químico (Temefos o pyriproxifeno) no le da mal sabor al agua y/o la contamina?		
Totalmente en desacuerdo	43	12.6
Desacuerdo	75	21.9
Neutral	35	10.2
De acuerdo	92	26.9
Totalmente de acuerdo	97	28.4
¿ Cree usted qué es culpa de las autoridades por no hacer nada?		
Totalmente en desacuerdo	5	1.5
Desacuerdo	28	8.2
Neutral	35	10.3
De acuerdo	145	42.6
Totalmente de acuerdo	127	37.4
¿ Cree que con usar mosquiteros o métodos caseros es suficiente?		
Totalmente en desacuerdo	32	9.4
Desacuerdo	72	21.2
Neutral	42	12.4
De acuerdo	137	40.3
Totalmente de acuerdo	57	16.8
¿ Con qué frecuencia usted se cuida para no contagiarse de dengue?		
Totalmente en desacuerdo	16	4.7
Desacuerdo	53	15.6
Neutral	41	12.1
De acuerdo	158	46.5
Totalmente de acuerdo	72	21.2

Fuente: Elaboración propia de encuestas realizadas

La Tabla 6 muestra que la mayoría de la población reconoce la utilidad de las visitas domiciliarias para la prevención del dengue, ya que el 80,0 % manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que estas sirven. No obstante, se evidencia una fuerte percepción

de corresponsabilidad comunitaria, dado que el 81,4 % considera que el autocuidado resulta insuficiente si los vecinos no adoptan prácticas preventivas. Respecto al uso de compuestos químicos como temefos o pyriproxifeno, las opiniones se encuentran divididas, observándose un porcentaje considerable de desacuerdo (34,5 %), lo que refleja posibles temores o desconfianza sobre su seguridad. Asimismo, una alta proporción de participantes atribuye la responsabilidad del problema a las autoridades (80,0 %), lo que podría influir en la adherencia individual a las medidas preventivas. En relación con las prácticas de control, el 57,1 % considera que el uso de mosquiteros o métodos caseros es suficiente, mientras que el 67,6 % refiere realizar acciones de autocuidado de manera frecuente.

DISCUSIÓN:

La presente investigación tuvo como finalidad identificar los determinantes de las visitas familiares en la prevención del dengue en zonas del distrito de Lambayeque con nivel moderado y alto de índice aélico. Los resultados evidencian que la población evaluada presentó un ligero predominio de varones (53,5 %) y de personas del grupo etario de 30 a 59 años (48,8 %), lo que sugiere que este segmento mostró mayor disponibilidad durante el desarrollo del estudio. Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Fernández y Guzmán D. et al. (9), quienes identificaron que el grupo etario más participativo fue el de adultos (67,3 %); sin embargo, dichos autores reportaron un predominio del sexo femenino (52,8 %). Estas variaciones sugieren que la participación durante las visitas domiciliarias no depende exclusivamente del sexo, sino de dinámicas sociales y familiares que condicionan la interacción con el personal de salud.

Peña Y. et al. (14) evidenciaron que la propagación del dengue estuvo influenciada por condiciones socioambientales desfavorables y el nivel educativo de la población. En contraste, el presente estudio mostró un predominio de educación secundaria y superior (80,3%) , con alta proporción de residencia urbana (85,3 %) y bajo índice de hacinamiento promedio (1,55), lo que sugiere un contexto con mayor interacción con los servicios de sanidad. Esta configuración podría favorecer la recepción de información preventiva, considerando que la residencia rural y el alto nivel de hacinamiento incrementa hasta tres veces el riesgo de exposición al dengue, según Velasco Z. et al. (11). No obstante, esta ventaja es limitada por condiciones estructurales del entorno domiciliario, dado que el 30 % de las viviendas carece de agua potable y el 21,5 % de desagüe, lo que favorece el almacenamiento de agua y la proliferación del vector. Esto se alinea con lo informado por Stewart A. et al. (12), quienes evidenciaron desigualdades entre zonas centrales y periféricas en el acceso a alcantarillado y agua potable en la vivienda, así como con Da Conceição D. et al. (13), quienes reportaron que cerca del 80 % de la población presentó alto riesgo de exposición al dengue debido a la falta de servicios de agua y desagüe. Los resultados indican que el nivel educativo y la urbanización favorecen la comprensión de los mensajes preventivos, pero resultan insuficientes sin intervenciones integrales que incluyan mejoras sostenidas en los servicios básicos y el entorno domiciliario.

En relación con la percepción de la población sobre el desempeño del personal de salud, los resultados del presente estudio evidencian una valoración mayoritariamente favorable durante el desarrollo de las visitas domiciliarias, reflejada en los altos niveles de aceptación respecto a la adecuada identificación del personal (87,1 %) y su confiabilidad durante la visita (84,4 %), lo que sugiere la existencia de un vínculo positivo entre el personal sanitario y la comunidad. Concuere con lo reportado por Bangoura et al. (15), quienes señalaron que el 64 % de los participantes percibió una actitud positiva del personal de salud frente a la prevención del dengue, se encuentra que este aspecto refuerza la aceptación de las visitas domiciliarias y promueve la participación comunitaria..

Asimismo, el 85,3 % de los encuestados consideró que el personal de salud se encontraba adecuadamente capacitado para realizar la visita domiciliaria, lo que refleja una valoración positiva del conocimiento técnico y del desempeño profesional, en concordancia con los hallazgos de Araoz J. et al. (10), quienes identificaron que el 78,8 % de los participantes presentaban niveles adecuados de conocimiento en prevención, control vectorial y educación sanitaria, además Fernández et al. (9), evidencia brechas persistentes en el conocimiento y las prácticas preventivas, esto manifiesta el rol fundamental del personal de salud como agente educador durante las visitas domiciliarias. De igual forma, la población valoró positivamente el uso de recursos y estrategias de comunicación, destacando la utilización de materiales adecuados y métodos que facilitaron la comprensión de la información (76,7 %), así como la claridad en la expresión del personal de salud (78,2 %), lo que favorece la adecuada recepción de los mensajes preventivos. Estos hallazgos guardan relación con lo señalado por Naing C. et al. (17), quienes en su revisión sistemática identificaron que la falta de comunicación efectiva, el desconocimiento de las intervenciones y la escasez de recursos constituyen barreras importantes para la participación comunitaria en el control del dengue. No obstante, también se identificaron aspectos susceptibles de mejora, particularmente en la percepción del tiempo empleado durante las visitas domiciliarias, ya que el 54,2 % de los participantes consideró que estas demandaron un tiempo mayor al esperado, percepción que podría estar asociada a la extensión de la información brindada, al uso de materiales educativos o a la resolución de dudas durante la interacción.

En cuanto a los determinantes del centro de salud, la entrega de incentivos para la prevención del dengue durante la visita domiciliar fue valorado positivamente por el 81,4%, siendo el determinante más aceptado. Este resultado puede explicarse por las limitantes económicas de la población para poder adquirir insumos preventivos, lo que conlleva a que la provisión gratuita sea percibida como una estrategia útil y valiosa para poder cuidarse y cuidar su hogar. Esto es concordante con lo descrito por Naing C. et al, (17), quienes identificaron que la disponibilidad de recursos y la calidad de materiales fueron incentivos fundamentales para la participación comunitaria. Ambos resultados nos dan a notar la importancia de complementar las visitas domiciliarias con medios tangibles que faciliten la adopción de prácticas preventivas en los hogares.

Asimismo, el 58,0 % de los participantes refirió haber recibido coordinación previa y el 72,3 % señaló que el personal de salud acudió en un horario adecuado mostrando que la comunicación anticipada y la flexibilidad horaria favorecen la aceptación de las visitas domiciliarias al adecuarse a la disponibilidad poblacional. Estos hallazgos concuerdan parcialmente con lo reportado por Naing C. et al. (17), quienes identificaron la falta de adaptación de las intervenciones y la escasa integración del sistema de salud como barreras para la participación comunitaria; sin embargo, a diferencia de dicho estudio, nuestros resultados evidencian esfuerzos del sistema de salud por adaptarse a la población, lo que podría fortalecer la implementación de esta estrategia preventiva.

En relación con el trabajo interinstitucional, el 55,3 % de los participantes reconoció la participación del centro de salud con otras instituciones locales, evidenciando una articulación aún limitada. Este resultado podría explicarse por el bajo involucramiento de las instituciones locales y la débil coordinación intersectorial, situación frecuente en nuestro contexto. De manera concordante, Naing C. et al. (17) identifican que la falta de compromiso del gobierno local, cambios frecuentes de autoridades y limitada coordinación intersectorial constituyen una barrera importante para la participación comunitaria. No obstante, nuestros resultados sugieren una tendencia incipiente de mejora, a pesar de las limitaciones existentes, que podría contribuir a reducir dichas barreras en el futuro.

En la sección correspondiente a los determinantes relacionados con la población, el 80,0 % de los participantes coincidió que las visitas domiciliarias sirven en la prevención del dengue,

evidenciando una alta aceptación comunitaria de esta estrategia sanitaria. Aunque no se identificaron antecedentes que permitan una comparación, este hallazgo puede interpretarse como una intervención con legitimidad comunitaria, al constituir una ruta directa para la educación, promoción y participación comunitaria en prácticas preventivas. En concordancia, Naing C. et al. (17) señalan que el contacto cercano y sostenido de las autoridades con la comunidad favorece su participación, resaltando la relevancia de este tipo de intervenciones en el contexto epidemiológico del dengue.

Los determinantes relacionados con la población evidencian una relación compleja entre prácticas preventivas, percepción del riesgo y atribución de responsabilidad. Aunque 57,1 % de los participantes consideró suficientes medidas de protección personal, como mosquiteros o métodos caseros, esto resulta concordante con que solo el 55,3 % aceptara el uso de larvicidas (piriproxifen o temefos). Así mismo, el 67,6 % refirió realizar acciones frecuentes de autocuidado, lo que sugiere una priorización de estrategias individuales frente al control ambiental, patrón también descrito por Lun X. et al. (16) y Fernández et al. (9). Esta orientación puede limitar la efectividad sostenida de la prevención del dengue si no se acompaña de acciones colectivas y estructurales.

En este sentido, es relevante que 81,4 % de la población reconoce que el cuidado individual es insuficiente sin la participación comunitaria, evidenciando una adecuada percepción colectiva del riesgo. En paralelo, esta conciencia coexiste con una marcada externalización de la responsabilidad, dado que el 80,0 % atribuyó el incremento de casos de dengue a la falta de acción de las autoridades. Esta aparente contradicción refleja una tensión entre el reconocimiento del carácter colectivo de la prevención y la dependencia institucional, situación similar a la descrita por Naing C. et al. (17), quienes identificaron la delegación exclusiva de la responsabilidad al Estado como una barrera para la participación comunitaria efectiva.

En conjunto, los hallazgos sugieren que, pese a las limitaciones en el conocimiento y la tendencia a externalizar responsabilidades, existe una base conductual favorable que puede ser potenciada mediante visitas domiciliarias integrales, orientadas no solo al autocuidado, sino al fortalecimiento de la corresponsabilidad comunitaria en la prevención del dengue.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

- Fue predominante la participación del sexo masculino (53,5%) y el grupo de 30 a 59 años (48,8%), con nivel educativo secundario (50,6%) y superior (29,7%), residencia urbana (85,3%) con bajo índice de hacinamiento (1,55). Además se evidenciaron limitaciones a servicios como agua potable (30%) y desagüe (21,5%).
- En los determinantes del personal de salud se destacan la adecuada identificación (87,1%), confiabilidad (84,4%), capacitación (85,3%) y entendibilidad (78,2%) valorando positivamente el uso de material adecuado (76,7%). Además el 45,8% refiere que las visitas domiciliarias se realizan en el tiempo adecuado.
- Los determinantes relativos al centro de salud, que la población percibe como algo positivo la coordinación previa (58,0%), el horario adecuado (72,3%) y la entrega de incentivos en relación a la visita domiciliaria (81,4%). Además, se encontró que el trabajo interinstitucional fue percibido como positivo por (55,3%).
- Los determinantes de la población mostraron aceptación a las visitas domiciliarias (80,0%) y al carácter colectivo de la prevención (81,4%). Se evidenció actitud favorable hacia el autocuidado (57,1%), priorizando el autocuidado individual (67,6%) externalizando la responsabilidad a las autoridades (80,0%).

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados del presente estudio sobre determinantes en las visitas domiciliarias en la prevención del Dengue de la Población del Distrito de Lambayeque 2025, se proponen:

- Fortalecer la articulación entre la gestión municipal y los servicios de salud para la planificación e implementación de acciones integrales orientadas a la mejora progresiva del acceso a servicios básicos, especialmente agua potable y alcantarillado, así como al ordenamiento del entorno domiciliario en las zonas periféricas del distrito, con la finalidad de complementar las intervenciones educativas y contribuir de manera sostenible a la reducción del riesgo de proliferación del vector del dengue
- Potenciar las competencias comunicacionales y motivacionales del personal de salud mediante capacitaciones continuas y la provisión adecuada de recursos educativos, a fin de mantener la aceptación de las visitas domiciliarias, fortalecer la participación comunitaria y minimizar factores que puedan afectar el entusiasmo y la interacción con la población durante las intervenciones de prevención del dengue.
- Optimizar el manejo del tiempo durante las visitas domiciliarias mediante la definición de contenidos prioritarios, el uso de guías breves estandarizadas y la programación de la intervención según el número de hogares a visitar, de modo que se garantice la transmisión clara y suficiente de la información preventiva, se facilite la resolución oportuna de dudas y se evite la prolongación innecesaria de las visitas.
- Fortalecer la adaptación hacia la población mediante una planificación, coordinación e información previa a la comunidad cuando se vayan a realizar las visitas domiciliarias; esto ayudará a encontrar horarios idóneos y la continuidad de las intervenciones por parte del personal de salud.
- Mantener y ampliar el suministro de incentivos y/o materiales para la prevención del dengue, esto acompañado de educación en su uso correcto y sostenido. De esta forma la población perderá el miedo a utilizar los larvicidas y se mejorará el control del dengue.

- Mejorar y reforzar la coordinación y los planes de trabajo interinstitucionales entre el centro de salud, gobiernos locales y organizaciones comunitarias para que se consolide el enfoque intersectorial pero basado en la comunidad para mejorar la forma en la que se realiza la prevención del dengue.
- Capacitar al personal para orientar a la comunidad durante las visitas domiciliarias en fortalecer y educar sobre las medidas de autocuidado, pero también a acciones de control ambiental y corresponsabilidad comunitaria para que de esta manera se reduzca la externalización de las autoridades, de esta manera se fortalecerá y estructurará el rol activo de la población en la prevención del dengue.

BIBLIOGRAFÍA:

1. *World Health Organization. Global dengue surveillance [Internet]. 2025 [citado 10 jun 2025]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/dengue_global/*
2. *World Health Organization. Dengue and severe dengue. 2024 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>*
3. *Pan American Health Organization. Indicadores de Dengue. 2024 [citado 2025 Jun 10]. Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html>*
4. *MINSA. Sala situacional de Dengue. 2024 [citado el 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/>*
5. *Shafique S, Bhattacharyya DS, Nowrin I, Sultana F, Islam MR, Dutta GK, Otmani del Barrio M, Reidpath DD. Effective community-based interventions to prevent and control infectious diseases in urban informal settlements in low- and middle-income countries: a systematic review. Syst Rev. 024;13:253. doi:10.1186/s13643-024-02651-9*
6. *Ministerio de Salud de Colombia. Caracterización de los departamentos de Colombia basada en factores climáticos, infraestructura, acceso a servicios básicos y tasa de incidencia [Internet]. Biomédica. 2025 [citado 8 dic 2025]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/7865>*
7. *Cho N, Htet NH, Wong ST, Aung HH, Whittaker MA. Facilitators and barriers to engaging communities in health service research on dengue control in Indo-Pacific region: a systematic review. BMC Public Health. 2023;23:1924. doi:10.1186/s12889-023-16845-8*
8. *Chávez Sosa JV. Visita domiciliaria y percepción de los pobladores sobre su estado de salud en Perú, 2024. Revista Cuidarte. 2025;16(2):e4238. doi:10.15649/cuidarte.4238*
9. *Fernandez-Guzman D, Caira-Chuquineyra B, Calderon-Ramirez PM, Cisneros-Alcca S, Benito-Vargas RM. Sociodemographic factors associated to knowledge and attitudes towards dengue prevention among the Peruvian population: findings from*

- a national survey. BMJ Open. 2023 Mar 21;13(3):e071236. doi: 10.1136/bmjopen-2022-071236. PMID: 36944464; PMCID: PMC10032396.*
10. Araoz-Salinas JM, Ortiz-Saavedra B, Soriano-Moreno AN, Reategui-Garcia ME, Quispe-Vicuña C, Murrieta-Ruiz V, De-Los-Rios-Pinto A, Benito-Vargas RM, Sangster-Carrasco L, Morocho-Alburqueque N, Ponce-Rosas L, Alave J, Gonzales-Zamora JA. *Knowledge and Perceptions about Diagnosis, Clinical Management, and Prevention of Dengue Fever among Physicians during the 2023 Outbreak: A Cross-Sectional Study in Peru. Am J Trop Med Hyg. 2024 Aug 27;111(5):1082-1092. doi: 10.4269/ajtmh.23-0794. PMID: 39191240; PMCID: PMC11542531.*
 11. Velasco-Salas ZI, Sierra GM, Guzmán DM, Zambrano J, Vivas D. *Dengue seroprevalence and risk factors for past and recent viral transmission in Venezuela: a comprehensive community-based study. Am J Trop Med Hyg. 2014 Nov;91(5):1039-48. doi: 10.4269/ajtmh.14-0127. Epub 2014 Sep 15. PMID: 25223944; PMCID: PMC4228872.*
 12. Stewart Ibarra, A.M., Luzadis, V.A., Borbor Cordova, M.J. *A social-ecological analysis of community perceptions of dengue fever and Aedes aegypti in Machala, Ecuador. BMC Public Health 14, 1135 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1135>*
 13. Da Conceição Araújo D, Dos Santos AD, Lima SVMA, Vaez AC. *Determining the association between dengue and social inequality factors in north-eastern Brazil: A spatial modelling. Geospat Health. 2020 Jun 17;15(1).*
 14. Peña León Yissel, Herrera López Maritza, García Orta Esperanza. *Factores socioambientales que facilitan la propagación del dengue. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2021; 58:*
 15. Bangoura ST, Hounmenou CG, Sidibé S. *Exploratory analysis of the knowledge, attitudes and perceptions of healthcare workers about arboviruses in the context of surveillance in the Republic of Guinea. PLoS Negl Trop Dis. 2023 Dec 4;17(12):e0011814.*
 16. Lun X, Yang R, Lin L, Wang Y. *Effects of the source of information and knowledge of dengue fever on the mosquito control behavior of residents of border areas of Yunnan, China. Parasit Vectors. 2023 Sep 1;16(1):311.*

17. Naing, C., Htet, N.H., Tung, W.S. et al. *Facilitators and barriers to engaging communities in health service research on dengue control in Indo-Pacific region: a systematic review. BMC Public Health* 23, 1924 (2023).
18. World Health Organization. *Social determinants of health [Internet].* 2025 May 6 [citado 27 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
19. Liu Z, Zhang Q, Li L, He J, Guo J, Wang Z, Huang Y, Xi Z, Yuan F, Li Y, Li T. *The effect of temperature on dengue virus transmission by Aedes mosquitoes. Front Cell Infect Microbiol.* 2023;13:1242173. doi:10.3389/fcimb.2023.1242173
20. Barkhad A, Lecours N, Mbuagbaw L. *Developing an eco-bio-social conceptual framework for dengue virus transmission in Latin America and the Caribbean: An e-Delphi study. PLOS Glob Public Health.* 2025;5(9):e0004115. doi:10.1371/journal.pgph.0004115
21. Barkhad A, Lecours N, Stevens-Uninsky M, Mbuagbaw L, et al. *The ecological, biological, and social determinants of dengue epidemiology in Latin America and the Caribbean: a scoping review of the literature. EcoHealth.* 2025;22(2):203-221. doi:10.1007/s10393-025-01706-0.
22. Alcántara-Zapata DE, Ordoñez-Aquino C, Gonzales GF. *The influence of Urban Heat Island and socio-environmental variables on the increase of dengue cases in Lima, Peru, 2023–2024. Perspect Public Health.* 2025 Oct 27:17579139251385875.
23. Osawa T, Aoki M, Ehara H, Sekine S-I. *Structures of dengue virus RNA replicase complexes. Mol Cell.* 2023;83(15):2781-2791.e4. doi:10.1016/j.molcel.2023.06.023.
24. Kok BH, Lim HT, Lim CP, Lai NS, Leow CY, Leow CH. *Dengue virus infection - a review of pathogenesis, vaccines, diagnosis and therapy. Virus Res.* 2023 Jan 15;324:199018.
25. Kularatne SA, Dalugama C. *Dengue infection: Global importance, immunopathology and management. Clin Med (Lond).* 2022 Jan;22(1):9-13.
26. Soria C, Almirón W. *Aedes aegypti características y su relación con el dengue. En: La culpa no es solo del mosquito [Internet]. CONICET; 2021 [citado el 10 de junio de 2025]. Disponible en:*

- https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/154857/CONICET_Digital_Nro.db697f6e-18a4-4538-9dce-fa252d247365_A-37-82.pdf?sequence=8&isAllowed=y
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Guidelines for the Clinical Diagnosis and Treatment of Dengue, Chikungunya, and Zika*. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55867>
 28. MINSA. *Acciones de promoción de la salud para la prevención del dengue a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud [Internet]*. Gob.pe. 2015 [citado el 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3362.pdf>
 29. Ministerio de Salud del Perú. *Documento técnico: Acciones de promoción de la salud para la prevención del dengue a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud*. Lima: Ministerio de Salud; 2020
 30. Ministerio de Salud del Perú. *Norma técnica de salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud; 2018.
 31. AMM. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la Amm – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. WMA The World Medical Association. [cited 2022Aug30]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-ammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
 32. .Council for International Organizations of Medical Sciences [Internet]. COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. 2021 [cited 2022Aug30]. Available from: <https://cioms.ch>
 33. Mondragón-Barrios L. *Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación [Informed consent: a dialogic praxis for the research]*. *Rev Invest Clin*. 2009 Jan-Feb;61(1):73-82.
 34. Pérez-Rodríguez M, Palacios-Cruz L, Rivas-Ruiz R, Talavera JO. *Investigación clínica XXIV. Del juicio clínico a la ética en la investigación en humanos [Clinical research XXIV. From clinical judgment to ethics in research on humans]*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014 Nov-Dec;52(6):666-72

ANEXOS:

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

“ENCUESTA SOBRE DETERMINANTES DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DE LAMBAYEQUE 2025”

Instrucciones:

El cuestionario cuenta con 4 secciones, en la primera sección encontrará espacios en blanco que deben ser llenados con los datos requeridos y preguntas de selección. En la segunda, tercera y cuarta sección todas las preguntas son de selección múltiple con las alternativas (Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre). Cada pregunta sólo tolera una respuesta y debe ser completada con los datos que crea el encuestado sean los más adecuados a la situación en la que se encuentra. Todas las preguntas deben ser respondidas.

● I SECCIÓN: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

- **Edad:** _____ años
- **Sexo:** Hombre Mujer
- **Nivel de Instrucción:**
 - Primaria: Secundaria: Superior: Otros: _____
- **Estado Civil:**
 - Soltera: Conviviente: Casada: Otros: _____
- **Ámbito de residencia:**
 - Urbano (Ciudad) Rural (Campo)
- **Número de habitantes**
 - 1: 2: 3: Otros: _____
- **Número de habitaciones**
 - 1: 2: 3: Otros: _____
- **Servicio de agua potable**
 - Sí: No:

- **Servicio de desagüe**

Sí: No:

- **II SECCIÓN: DETERMINANTES DE TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD**

1. **¿El personal de salud estaba acompañado de alguna autoridad local al momento de la visita domiciliaria?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

2. **¿ El personal de salud estaba adecuadamente identificado al momento de la visita domiciliaria?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

3. **¿ El personal de salud fue confiable al momento de la visita domiciliaria?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

4. **¿ El personal de salud que realizó la visita estuvo capacitado ?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

5. **¿ El personal de salud se expresó de manera entendible ?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

6. ¿ El personal de salud trabaja lento o demora mucho ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

7. ¿ El personal de salud llevó material adecuado o usó métodos que le hizo más fácil comprenderlo ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

● III SECCIÓN: DETERMINANTES DEL CENTRO DE SALUD

1. ¿ Se le informó o coordinó que se iba a realizar la visita domiciliaria ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

2. ¿ El personal de salud llegó a una hora adecuada para realizar la visita domiciliaria ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca

- e. Nunca
- 3. **¿ Se le brindó algún incentivo o apoyo para la prevención del dengue durante la visita domiciliaria (Repelente, larvicidas, tapas para sus depósitos, etc) ?**
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Casi Nunca
 - e. Nunca
- 4. **¿ Junto al personal del centro de salud se presentaron otras instituciones locales (Municipalidad, defensa civil, instituciones educativas, etc)?**
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Casi Nunca
 - e. Nunca

● **IV SECCIÓN: DETERMINANTES DE LA POBLACIÓN**

- 1. **¿ Cree usted que las visitas domiciliarias sirven para prevenir el dengue ?**
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Casi Nunca
 - e. Nunca
- 2. **¿ Cuidarme a mí mismo contra el dengue no sirve si los vecinos no se cuidan ?**
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Casi Nunca
 - e. Nunca
- 3. **¿ El compuesto químico (temefos o pyriproxifeno) NO le da mal sabor al agua y/o la contamina?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

4. ¿ Cree usted qué el aumento de casos de dengue es por la falta de acción de las autoridades?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

5. ¿ Cree qué con usar mosquiteros o métodos caseros es suficiente para prevenir el dengue ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

6. ¿ Usted se cuida frecuentemente para no contagiarse de dengue ?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi Nunca
- e. Nunca

ANEXO 2 - VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:

1. Validación de expertos

CRITERIOS	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Total
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	
3. La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	1	1	1	1	0	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	0	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	0	1	
TOTAL	7	7	7	6	5	32

Validación de expertos: 91.4%

EXPERTO	CARGOS
EXPERTO 1	Maestría en Salud Comunitaria Especialista en Epidemiología
EXPERTO 2	Maestría en Salud Pública – Gestión de Servicios de Salud Segunda Especialidad en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria Doctorado en Bienestar Social y Desarrollo Local
EXPERTO 3	Especialista en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
EXPERTO 4	Maestría en Epidemiología Clínica
EXPERTO 5	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Maestría en Salud Pública

2. Validación estadística

- Resumen del procesamiento de datos

		N	%
Casos	Valido	34	100,0
	Excluidos ^a	0	0,0
	Total	34	100,0

a: Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

- **Prueba de alfa de Cronbach**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,878	17

Alfa de cronbach > 0,7, por lo que el instrumento es confiable

ANEXO 3 - CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Investigadores: Arnold Enmanuel Leon Diaz y Gilmer Luis Tejeda Perez

Estimado participante, a continuación, se le presentará un cuestionario titulado :” Encuesta sobre determinantes de las visitas domiciliarias en la prevención del Dengue en la población del distrito de Lambayeque en el año 2025” el cual tiene como objetivo saber los determinantes de las visitas domiciliarias en la población de Lambayeque en el año 2025, cuya finalidad es recabar sus respuestas con fines académicos y de investigación para conocer más acerca de esta problemática. *Su participación es totalmente voluntaria y la información que usted brinde será tratada de manera confidencial respetando el anonimato de sus datos, haciendo uso de éstos únicamente para fines de investigación y/o académicos.*

- Usted no será expuesto a ningún riesgo
- No se le brindará ningún tipo de beneficio
- No existe ningún incentivo

Derechos del participante:

Si usted decide no participar del estudio puede retirarse en cualquier momento, sin perjuicio alguno. En caso de alguna duda llamar al número 940796329 o correo aleondi@unprg.edu.pe y comunicarse con Arnold León Díaz o al número 953944402 o correo gtejeda@unprg.edu.pe y comunicarse con Gilmer Luis Tejeda Pérez.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. *Consiento voluntariamente participar* en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de manera alguna.

ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

Nombre completo del participante: _____

Firma del participante:

Fecha: ___/___/ 2025

Se le brinda una copia del consentimiento informado al participante