



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN ACERCA DE
MALARIA EN VIAJEROS CON DESTINO A ZONAS DE RIESGO,
QUE PARTEN DE TERRAPUERTOS DE CHICLAYO. FEBRERO
MARZO -2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. FRANK YOWERI BECERRA SILVA

Bach. JUAN ALFREDO APARICIO CHERO SALVADOR

ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO:

Dra. BLANCA FALLA ALDANA

LAMBAYEQUE, MARZO 2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN ACERCA DE
MALARIA EN VIAJEROS CON DESTINO A ZONAS DE RIESGO,
QUE PARTEN DE TERRAPUERTOS DE CHICLAYO. FEBRERO
MARZO -2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. FRANK YOWERI BECERRA SILVA
AUTOR

Bach. JUAN ALFREDO CHERO SALVADOR
AUTOR

Dra. BLANCA FALLA ALDANA
ASESOR METODOLÓGICO- TEMÁTICA



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN ACERCA DE
MALARIA EN VIAJEROS CON DESTINO A ZONAS DE RIESGO,
QUE PARTEN DE TERRAPUERTOS DE CHICLAYO. FEBRERO
MARZO -2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:

**DR. GUILLERMO ENRIQUE CABREJOS SAMPEN
PRESIDENTE**

**DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ ALAYO
SECRETARIO**

**DRA. INGRID ROSA QUEZADA NEPO
VOCAL**

**DRA DENISSA PAJUELO GARCIA
SUPLENTE**

DEDICATORIA

El presente trabajo, es dedicado a:

A Genoveva, mi madre que desde pequeño tomo mi mano, confío en mí más que yo mismo y me enseñó a creer en las personas y que hoy guía mi vida desde el cielo.

A Aparicio, mi padre, el cual me enseñó que con amabilidad, y una sonrisa puedes serle muy útil a las personas

A mis hermanos Roxana, Jesica, Mónica, Cesar y Luis, por creer en mí, apoyarme incondicionalmente y llenarme de valores

Juan Alfredo

A mis padres Willy y Maribel quienes me apoyaron desde un principio en esta gran aventura de ser médico.

A mis tíos Zelida y Carlos que siempre estuvieron allí bríndame las fuerzas que me faltaban.

A mi hermana Alyssa que me brinda siempre un cariño sincero fraternal y siempre creyó en mí a pesar de todo

Frank Yoweri

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes del pregrado, aquellos que a través de sus enseñanzas y consejos hicieron posible la formación profesional, ética y humana.

A nuestros padres quienes se esforzaron desde que decidimos vivir esta locura de la medicina y nos dieron todo para lograr ese gran sueño de ser médico

A nuestra asesora Dra. Blanca Falla Aldana, por dedicarnos tiempo y sus enseñanzas, además del aprendizaje brindado a lo largo de la carrera de medicina humana

Los autores

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTO.....	05
RESUMEN.....	07
ABSTRACT.....	08
I. INTRODUCCIÓN.....	09
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	165
III. RESULTADOS.....	20
IV. DISCUSIÓN.....	26
V. CONCLUSIONES.....	31
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	39

RESUMEN

Objetivo: Establecer el nivel de conocimientos y actitudes de prevención sobre malaria en viajeros hacia zonas de riesgo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio No experimental, prospectivo, transversal y correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 277 viajeros peruanos mayores de 18 años que parten desde Chiclayo con destino a zonas de la Selva Norperuana.

Resultados: Los niveles de conocimientos fueron: Muy Bueno: 3.6%, bueno: 36.1%, Regular: 32.5%, Malo: 27.8%.(insuficiente: 60.5%); los niveles de actitudes de prevención sobre malaria en viajeros hacia zonas de riesgo fueron: Adecuada: 64.6%, Inadecuada: 35.4%. Existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los viajeros ($p < 0.05$). Existe asociación entre el nivel de conocimientos con las ciudades de destino de los viajeros ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe un deficiente nivel de conocimientos y existe un adecuado nivel de actitudes de prevención sobre malaria en viajeros hacia zonas de riesgo.

Palabras Clave: conocimientos, actitudes, malaria, prevención

ABSTRACT

Objective: To establish the level of knowledge and attitudes of prevention of malaria in travellers to areas of risk.

Material and methods: A non-experimental, prospective, transversal and correlational study was conducted. The study population consisted of 277 Peruvian travellers older than 18 who depart from Chiclayo with destination to the North Peru jungle areas.

Results: Levels of expertise were: very good: 3.6%, good: 36.1%, Regular: 32.5%, Bad: 27.8%. (Insufficient: 60.5%); the levels of attitudes of prevention of malaria in travellers to areas of risk were: Right: 64.6%, Inadequate: 35.4 %.) There is association between the degree of instruction and the level of knowledge of travelers ($p < 0.05$). Partnership exists between the levels of knowledge with the cities of destination of travelers ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a poor level of knowledge and there is an adequate level of attitudes of prevention of malaria in travellers to areas of risk.

Key words: knowledge, attitudes, malaria prevention

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La Malaria o Paludismo es una enfermedad causada por varias especies de *Plasmodium* transmitida por la picadura de una hembra del género *Anopheles*. En humanos, existen 6 especies que causan Malaria que son: *P.falciparum*, *P.vivax*, *P.ovale* (*P.ovalewallikeri* y *P.ovalecurtisi*), *P.malariae* y *P.knowlesi* ^(1, 2).

Existen más de 400 especies del vector responsable de la transmisión del protozoo., aunque únicamente una treintena son consideradas transmisoras. Con ciertas preferencias (p. ej., picadura a partir del anochecer o durante la noche, lugar de picadura y de reposo en el interior de la casa o no, tropismo por los humanos únicamente o por otros animales) que van a condicionar la distribución geográfica de la infección ⁽³⁾.

Existen otras vías de contagio, que no requieren el mosquito vector y que se originan en el embarazo o durante el parto («malaria congénita»), o bien que resultan de transfusiones, trasplantes de órganos o intercambios sanguíneos provenientes de una fuente infectada («malaria inducida»). ⁽³⁾

El *Plasmodium* tiene dos reproducciones: Sexual en el mosquito y asexual en el hombre; El mosquito a través de su saliva inocula la forma infectante: El esporozoito, los cuales circulan en la sangre y llegan hacia el hígado, formando el esquizonte que al romperse libera merozoitos, y llegan nuevamente a la sangre, y un 10% se transforman en gametocitos que al ser ingeridos por el vector perpetúan el ciclo sexual realizado en su estómago ⁽⁴⁾.

La malaria se presenta como una enfermedad febril, aguda, caracterizada por el paroxismo clásico que consiste de escalofrío y temblor, seguidos de elevación de la temperatura hasta 40°C. y sudoración profusa, que lleva en última instancia a fatiga extrema y somnolencia. Los paroxismos duran varias horas y ocurren con periodicidad regular en ciclos terciarios (cada 48 h.), cuaternarios (cada 72 h.) o en otros patrones más complicados ⁽⁵⁾.

El diagnóstico se confirma mediante el hallazgo del protozoo, en base a esto el MINSA propone los siguientes casos: **Caso Probable de Malaria:** Toda

persona con fiebre, escalofríos y malestar general, con antecedentes de exposición, procedencia (o residencia) en áreas endémicas de transmisión de la malaria. **Caso Confirmado de malaria:** Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio ⁽⁶⁾.

Dentro de la prevención de la malaria tenemos los métodos de barrera: Repelentes de insectos, insecticidas residuales, uso de ropa manga larga, etc. y como una parte muy importante la quimiopprofilaxis o mejor llamada quimiosupresión ya que la gran mayoría de los fármacos usados en la profilaxis eliminan el parásito una vez en la sangre, después de que la esquizogonia hepática haya tenido lugar, lo que obliga a continuar la toma de la medicación durante 4 semanas después de salir de la zona palúdica; mientras que otros (primaquina, tafenoquina) poseen la capacidad de eliminar el parásito durante la esquizogonia hepática, lo que permite suspender la toma de la medicación a la semana después de salir de la zona palúdica.⁽⁷⁾

Según la OMS, En el 2015, el paludismo se siguió transmitiendo en 91 países. Además informa que entre 2010 y 2015, la incidencia de la enfermedad se redujo en un 21% a escala mundial, mientras que la tasa de mortalidad entre las poblaciones en riesgo disminuyó un 29% en todos los grupos de edad y en un 35% en los niños menores de cinco años. ⁽⁸⁾

En el Perú según la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) MINSA se vieron los casos de malaria en total por años, encontrándose Loreto como la región con más prevalencia el 2015 con 59,349, seguido de Junín con 1,105, amazonas con 730 y san Martín con 577 casos, dentro de los departamentos más afectados. También se informa que, hasta la SE 1 del 2016 el departamento con mayor incidencia de malaria era Loreto con 474 nuevos casos, Junín con 8 nuevos casos, La Libertad con 6 nuevos casos y San Martín con 5 nuevos casos. ⁽⁹⁾

La prevalencia antes mencionada, corrobora que esta enfermedad mortal continua siendo un problema a la salud publica en zonas de la selva, lo que motivo la realización de la presente investigación para mejorar los

conocimientos y actitudes en la población de estas zonas. Encontrando algunas investigaciones semejantes a la nuestra, cuyos resultados son presentados a continuación.

Davidson H. Hamer and Bradley A. Connor (2004) a través de un estudio CAP sobre prevención de malaria, en viajeros internacionales norteamericanos, la mayoría (73%) consideraba a la malaria como una enfermedad endémica en su destino,. Una proporción sustancial de los viajeros no estaban adecuadamente protegidos contra la malaria. ⁽¹⁰⁾

Watcharapong Piyaphanee, Yupaporn Wattanagoon, Domsak Silachamroon, (2009) realizó un estudio CAP en viajeros mochileros hacia zonas de riesgo del sur de Asia, concluyeron que aunque la mayoría de los mochileros conocen el riesgo en el sur de Asia, tienen muchos desconocimientos sobre la enfermedad y no cumplen con la prevención de picaduras de mosquitos y el uso de quimioprofilaxis. ⁽¹¹⁾.

Min Zhang Zhiyong Liu Hongtao He (2011) Realizaron un estudio CAP sobre malaria y prevención en viajeros internacionales chinos, sus datos indican que solo 336 (21,4%) llevaba repelente de mosquitos, 191 (12,1%) un insecticida, y 134 (8,5%) un mosquitero. ⁽¹²⁾

Johannes Berg, Daan Breederveld, Anna H. Roukens (2011) realizó un estudio en viajeros de una empresa petrolera con destino hacia zonas de alto riesgo de Malaria, la fiebre fue reconocida como el síntoma en todos los encuestados y 96% reconocían que iban hacia zonas de alto riesgo. En cuanto a actitudes 97% de viajeros tenían una preparación adecuada, Las medidas de seguridad y de medio ambiente adoptadas por la empresa pueden contribuir positivamente a los altos niveles de CAP. ⁽¹³⁾

Monica Selent, Valery M. Beau de Rochars, Danielle Stanek, (2012) realizó un estudio tipo CAP comparativo en pilotos de vuelo y aeromozas encontrando que las aeromozas y los pilotos demostraron un buen conocimiento de la prevención de la malaria, pero muchos no tomaban las medidas adecuadas,

mientras que sólo algunos tomaban las medidas preventivas recomendadas contra la malaria. ⁽¹⁴⁾

Forero, Chaparro y vallejo (2014) en un estudio tipo CAP sobre malaria, realizado en ocho centinelas: Sitios seleccionados de acuerdo a características sociodemográficas. Concluye que, a pesar de un alto nivel de conocimiento en las regiones de estudio, persisten importantes brechas en relación con las prácticas. Así como la falta de medidas de control de vector. ⁽¹⁵⁾

Van Genderen, Mulder, Overbosch (2014) Compararon los conocimientos actitudes y prácticas de viajeros a Gambia y viajeros hacia otras zonas de riesgo, encontrando que el CAP de los viajeros a Gambia sobre la prevención de la malaria era significativamente mejor que el observado en otros viajeros. El conocimiento no cambió. Sólo en los viajeros que viajan a países de alto riesgo distintos de Gambia se observaron mejores tasas de protección con el tiempo. ⁽¹⁶⁾

Lubombo, Suazilandia (2009) En un estudio CAP realizado en Suazilandia Los participantes en la investigación mostraban unos buenos conocimientos de la malaria, incluyendo la asociación correcta entre la malaria y las picaduras de mosquitos, sus posibles consecuencias fatales y las prácticas correctas de tratamiento. Casi el 90% de los encuestados declararon que buscarían tratamiento dentro de las 24 horas del inicio de los síntomas de la malaria, la mayoría de las personas (78%) conoce que la clínica y el control de vectores son centrales para tratar y prevenir la enfermedad de la malaria. ⁽¹⁷⁾

Quevedo Izquierdo, Rodríguez Ordóñez, Sánchez Pérez (2013) en un estudio CAP realizado en colegios fiscales de Machala Ecuador, encontró que Los conocimientos sobre paludismo fueron excelentes en 25.5%, muy buenos 21.0% y buenos 53.5%. Actitudes excelentes en un 12.5%, muy buenas 72.5% y buenas 15.2%. Prácticas excelentes, del 25.0%, muy buenas del 26.5% y buenas del 48.5% ⁽¹⁸⁾

Considerando lo anteriormente expuesto, este trabajo justifica su realización porque la Malaria ha presentado picos importantes de brotes en los últimos tres años en nuestro país, contando con 26,161 casos en el 2012⁽¹⁹⁾ la percepción del riesgo a contraer enfermedades se encuentra entre los factores que pueden influenciar en los viajeros a buscar consejería de salud antes del viaje y cumplir con las medidas preventivas recomendadas. ^(19,20)

Estudios previos han evaluado conocimientos actitudes y prácticas acerca de la Malaria, pero en viajeros de aeropuertos internacionales que visitan países en vías de desarrollo., No encontrando estudios acerca de viajeros a regiones endémicas. Es por ello que se decidió realizar este estudio en terrapuestos de Chiclayo donde la población en su mayoría son viajeros regionales.

Para lo cual se planteó el siguiente problema:

¿Cuál es el nivel de Conocimientos y actitudes de prevención acerca de malaria en viajeros con destino a zonas de riesgo, que parten de terrapuestos de Chiclayo. Febrero marzo -2017?

Estableciendo los siguientes objetivos que fueron logrados:

Objetivo general

Establecer el nivel de conocimientos y actitudes de prevención sobre malaria en viajeros hacia zonas de riesgo.

Objetivos específicos:

- a) Identificar las características epidemiológicas de los participantes (Edad, Sexo, Grado de instrucción, etc.)
- b) Determinar si existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos y actitudes de los viajeros.
- c) Relacionar el nivel de conocimientos y actitudes con las ciudades de destino de los viajeros.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Diseño de investigación No experimental, de tipo prospectiva, transversal y correlacional.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1. Población: La población estuvo constituida por viajeros de nacionalidad peruana mayores de 18 años que parten desde Chiclayo con destino a zonas de la Selva Norperuana.

2.2. Muestra: Para obtener una muestra representativa de los viajeros usando potencia estadística de 80% calculado para una población infinita (para poder extrapolarlo a otras poblaciones similares), con un 95% de nivel de confianza y un 50% de valor esperado de adecuado nivel de conocimiento (ya que no se tienen estudios similares en nuestra realidad que nos den un valor aproximado, por eso se pone el valor máximo usado en estadística para cálculo del tamaño muestral), el cálculo se realizó con el programa Epidat vs 4.1 se tiene una población mínima de 277 personas.

Mediante muestreo determinista se completó el tamaño de la muestra, en base a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Viajeros que se encuentren en espera de partir del terrapuerto chiclayano durante el momento de la recolección de datos.
- Viajeros con edad mayor o igual a 18 años.
- Viajeros con nacionalidad Peruana

Criterios de exclusión:

- Viajeros que no comprendan el idioma español o inglés.
- Viajeros que no hayan completado los datos de la encuesta que se realice.

3. MATERIAL, INSTRUMENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Material.

Material de escritorio.

3.2. Instrumento de recolección de datos.

Dividido en 2 partes:

1. Consentimiento informado (Ver Anexo 1)
2. Ficha de recolección de datos (Ver Anexo 2) (Elaborada en base a instrumentos utilizados por otros investigadores) traducidos al español, además algunas preguntas fueron tomadas de un instrumento realizado por la OPS sobre nivel de cap de Zika ⁽²¹⁾ y algunas preguntas de base teórica se tomó del libro básico de medicina interna, Farreras Rozman ⁽³⁾ en su última edición.

3.3. Técnica o Procedimiento.

El proyecto se realizó durante dos semanas del mes de febrero y marzo en los principales terrapuestos chiclayanos, se tomó previamente autorización de los administradores.

Se realizó una entrevista distribuida por los autores, al final de toda entrevista se le brindo información acerca de la Malaria.

La encuesta consta de 30 preguntas, 19 preguntas de conocimientos, 10 preguntas de actitudes y una pregunta de actitud que no fue calificada al ser de opción libre, sobre qué es lo que desearía conocer más las personas acerca de esta enfermedad.

Nuestro instrumento fue previamente validado por expertos en las áreas de epidemiología e infectología de los distintos hospitales de la región.

Las respuestas a las preguntas fueron calificadas como correctas o incorrectas asignándole un puntaje determinado y una calificación final, la cual fue de la siguiente manera

Nivel de conocimientos:

Fue calificado a través de una escala vigesimal. Dividiéndose las notas finales según la siguiente tabla

MALOS	> Ó = 10
REGULARES	11-13
BUENOS	14-17
MUY BUENOS	18-20

Nivel de actitudes:

Fue calificado a través de una escala vigesimal. Dividiéndose las notas finales según la siguiente tabla

INADECUADAS	0 a 10
ADECUADAS	12 a 20

3.4. ANALISIS DE DATOS

Con los datos obtenidos a partir de la encuesta se elaborará una base de datos de Microsoft Excel con doble digitación. Posterior al control de calidad, la base será ingresada en el paquete estadístico SPSS 23 para su análisis respectivo. Se realizará un análisis descriptivo usando frecuencias con intervalos de confianza al 95%. Para los cruces entre variables categóricas se usará Chi cuadrado. Se consideró a los valores $p < 0,05$ como significativos.

III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

CUADRO N° 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS VIAJEROS HACIA ZONAS DE RIESGO DE MALARIA:

CARACTERISTICAS	n	%
EDAD		
18-30 años	113	40.8
31-50 años	109	39.4
>50 años	55	19.9
SEXO		
Femenino	124	44.8
Masculino	153	55.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	63	22.7
Secundaria	101	36.5
Técnica	54	19.5
Superior	59	21.3
CIUDAD		
Bagua grande	60	21.7
Moyobamba	32	11.6
Rioja	30	10.8
Tarapoto	34	12.3
Jaén	71	25.6
Yurimaguas	22	7.9
Iquitos	28	10.1
MOTIVO DE VIAJE		
Trabajo	50	18.1
Turismo	53	19.1
Educación	14	5.1
Motivos personales	84	30.3
Regreso a su domicilio	76	27.4
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD		
Dengue	31	11.2%
Malaria	24	8.7%
Ninguna	222	80.1%
TIEMPO DE PERMANENCIA		
Menor o igual a 7 días	105	37.9
8 a 14 días	40	14.4
15 a 30 días	29	10.5
Más de 30 días	28	10.1

CUADRO N° 2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE MALARIA Y PREVENCIÓN EN VIAJEROS HACIA ZONAS DE RIESGO

CONOCIMIENTOS	n	%
MALOS	77	27.8
REGULARES	90	32.5
BUENOS	100	36.1
MUY BUENOS	10	3.6
TOTAL	277	100

CUADRO N° 3. RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS, ACERCA DE CONOCIMIENTOS DE MALARIA EN VIAJEROS HACIA ZONAS DE RIESGO

NÚMERO DE PREGUNTA	CORRECTA	%	INCORRECTA	%
1	220	79.4%	57	20.6%
2	47	17.0%	230	83.0%
3	231	83.4%	46	16.6%
4	67	24.2%	210	75.8%
5	154	55.6%	123	44.4%
6	126	45.5%	151	54.5%
7	206	74.4%	71	25.6%
8	159	57.4%	118	42.6%
9	169	61.0%	108	39.0%
10	199	71.8%	78	28.2%
11	150	54.2%	127	45.8%
12	136	49.1%	141	50.9%
13	125	45.1%	152	54.9%
14	222	80.1%	55	19.9%
15	204	73.6%	73	26.4%
16	164	59.2%	113	40.8%
17	254	91.7%	23	8.3%
18	186	67.1%	91	32.9%
19	192	69.3%	85	30.7%

CUADRO N° 4. RELACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	TOTAL
PRIMARIA	25	19	19	0	63
SECUNDARIA	37	28	34	2	101
TECNICO	6	21	24	3	54
SUPERIOR	9	22	23	5	59
TOTAL	77	90	100	10	277

Estadísticos: Chi cuadrado $\chi^2 = 26,107$, Significativo $p = 0.002$

CUADRO N° 5. RELACION ENTRE EL TIPO DE CIUDAD DE DESTINO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

CIUDAD DE DESTINO	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	TOTAL
BAGUA GRANDE	13	15	29	3	60
MOYOBAMBA	12	9	9	2	32
RIOJA	11	8	10	1	30
TARAPOTO	9	16	6	3	34
JAEN	12	23	36	0	71
YURIMAGUAS	9	12	1	0	22
IQUITOS	11	7	9	1	28
TOTAL	77	90	100	10	277

Estadísticos: Chi cuadrado $\chi^2 = 39,591$; Significativo $p = 0.002$,

CUADRO N° 6. NIVEL DE ACTITUDES ACERCA DE MALARIA Y PREVENCIÓN EN VIAJEROS HACIA ZONAS DE RIESGO

NIVEL DE ACTITUDES	n	%
ADECUADAS	179	64.6
INADECUADAS	98	35.4
TOTAL	277	100

CUADRO N° 7. RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SEGÚN PREGUNTA DE ACTITUDES DE MALARIA EN VIAJEROS HACIA ZONAS DE RIESGO

N° DE PREGUNTA	INCORRECTA	(%)	CORRECTA	(%)
1	167	60.29	110	39.71
2	183	66.06	94	33.94
3	47	16.97	230	83.03
4	127	45.85	150	54.15
5	111	40.07	166	59.93
6	106	38.27	171	61.73
7	119	42.96	158	57.04
8	49	17.69	228	82.31
9	190	68.59	87	31.41
10	40	14.44	237	85.56

CUADRO N° 8. PREGUNTA N°11, PREFERENCIAS DE INFORMACIÓN DESEADA SOBRE MALARIA

¿Qué aspectos le interesaría conocer más acerca de malaria?	N	%
Causas	50	18.5
Signos y Síntomas	72	26
Prevención	128	46.2
Opciones de tratamiento	14	5
Consecuencias de la infección	6	4.3

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

Según La OMS, la malaria persiste siendo una importante causa de morbimortalidad en regiones de riesgo; son muy escasos los estudios realizados en viajeros de América del sur que nos permitan medir cuanto conocen las personas acerca de esta enfermedad y que nivel de actitudes tienen. En el Perú la malaria continúa siendo un problema de salud pública principalmente en regiones de la selva, donde existe la mayor prevalencia.

El estudio CAP realizado en la población de viajeros a estas regiones, se realizó como una estrategia para conocer en profundidad esta problemática y permitir posteriormente una toma de decisiones correcta en cuanto a prevención de esta enfermedad.

A continuación se describe el análisis e interpretación de los resultados, los cuales están en coherencia con los objetivos específicos que son presentados de la siguiente manera

En relación a las características epidemiológicas, según Cuadro 01, encontramos que la edad más frecuente fue en el grupo etario de 18-30 años en un 40.8%, al respecto, **Johannes Berg, Daan Breederveld, Anna H. Roukens (2011)** encontró que la edad más frecuente fue entre 46 y 60 años, **Van Genderen, Mulder, Overbosch (2014)** solo clasifico a sus viajeros en >60 años y <60 años siendo significativamente mayor la población menor de 60 años; indicando que la población estudiada es más joven y tendría mas impacto.

En relación al sexo, el más frecuente en nuestro trabajo fue el masculino, con un porcentaje de 55.2%, que es muy inferior con el estudio realizado por **Johannes Berg, Daan Breederveld, Anna H. Roukens (2011)** en el cual el 95% fueron varones, en viajeros. Mientras que **Forero, Chaparro y Vallejo (2014)** sus encuestados fueron mayormente mujeres en sus grupos de riesgo (Mediano riesgo: 75.7%, Alto riesgo: 67.9%; esto debido a que dicho estudio se realizó en los domicilios donde la mayor presencia en el día son las amas de casa.

Referente a la ciudad con más frecuencia de viajeros fue Jaén con un 25.6% seguida de Bagua grande con un 21.7%, Así mismo **Van Genderen, Mulder, Overbosch (2014)** clasifica a los viajeros en ciudades de destino encontrando que, 52.7% de ellos viajaron a Gambia. 47.3% encuestados viajaron a otro lugar de alto riesgo, más comúnmente a Surinam (14,3%), seguido por Ghana (9,3%), Nigeria (6,9%), Uganda (31,4%) y Kenia (4,1%), respectivamente.

En el motivo del viaje un 30.3% indico que fue por motivos personales siguiendo en orden de frecuencia el regreso a su domicilio con 27.4%, el turismo con 19.1%; **Van Genderen, Mulder, Overbosch (2014)** encontró que el motivo del viaje en sus viajeros fue 72.7 % para el turismo, diferente a nuestros resultados probablemente debido a que los viajes hacia el África mayormente turistas que van a conocer los diferentes atractivos de flora y fauna que estos poseen, **Johannes Berg, Daan Breederveld, Anna H. Roukens (2011)** no considero el motivo de viaje en su estudio.

Al analizar el niveles de conocimientos (Cuadro 02), se evidencia que un porcentaje importante presenta conocimientos inadecuados acerca de malaria y su prevención que corresponde a 60.3%. **Watcharapong Piyaphanee, Yupaporn Wattanagoo, Udomsak Silachamroon (2009)** informan el nivel de conocimientos en base a una escala del 1 al 10 ,usando de base 10 preguntas su media fue de 5.52; y solo contestaron 6 preguntas a más correctamente el 49.6% de mochileros viajeros en este caso teniendo una calificación regular a más, contestando menos de 6 preguntas el 50.4%, un porcentaje menos inadecuado que el nuestro.

Dentro de las respuestas más resaltantes (Ver Cuadro N°3) encontramos que un 79.4% considera que existe algún riesgo de contraer malaria en el lugar de destino, En contraste, **Davidson H. Hamer and Bradley A. Connor (2004)** encontró el 40% de los viajeros que viajaban a un área de bajo riesgo consideraban que la Malaria era un riesgo alto y un 23% consideraba a la malaria como un riesgo bajo. Mientras que el 12% de los viajeros a zonas de alto riesgo y el 31% de viajeros a zonas de bajo riesgo no consideraban su destino como riesgo para contraer malaria; un porcentaje parecido a lo

encontrado por nosotros ya que un 20.6% considera que no existe riesgo de malaria o lo desconoce.

La pregunta respondida con mayor frecuencia con 83,4 % indica que conocen que el paludismo es transmitido por la picadura de mosquitos, **Forero, Chaparro y vallejo (2014)** encontró que el 86,9% y el 79,2% de sus grupos conocían que la malaria era transmitida por el mosquito infectado.

Referente a la pregunta ,si la fiebre es la principal manifestación clínica,: sólo un 55.6 % reconoció, porcentaje menor al encontrado por **Min Zhang, ZhiyongLiu, Hongtao He (2011)** grupo de riesgo (71,8%). El resultado fue más desalentador al encontrar que solo el 45.5% sabía, que el mosquito tenía hábitos preferiblemente nocturnos; esta pregunta fue incorporada por los autores en el Test, por lo que no es posible comparar sus resultados.

Dentro de las medidas de prevención, la medida más conocida para prevenir es la fumigación de la casa en un porcentaje de 91.7%, el uso del mosquitero en un 80,1 % y el uso del repelente en un 71,8%. Esto se corrobora por **Min Zhang, Zhiyong Liu, Hongtao He (2012)**, quien encontró que el 62.0 conocía acerca del repelente, mientras que el mosquitero en 41.6%, su estudio no habla sobre la fumigación pero según base teórica sabemos que es una medida correcta. Esto indica que los viajeros estudiados conocen más sobre las medidas de prevención.

Asimismo es preocupante la poca información que presenta las personas hacia lo que vendría a ser la quimioprofilaxis, solo un 45.1% la conocían a diferencia de lo encontrado por **Monica Selent, Valery M. Beau de Rochars, Danielle Stanek (2010)** que en sus grupos de evaluación encontró que más del 90% conocían que la quimioprofilaxis prevenía la malaria esto probablemente debido a que se realizó en personal de vuelo y pilotos, personas que son más exigidas en cuanto a salud ocupacional y del viajero, debido a que reciben charlas obligatorias de prevención a la zona de destino.

El grado de instrucción en nuestro trabajo si guardo relación con el puntaje de conocimientos ya que se puede apreciar (Cuadro 04), que los mejores puntajes se obtuvo desde el grado de instrucción secundaria a superior, mientras que

las personas con grado de instrucción primaria sacaron mucho menor nota, esto condujo a que exista asociación significativa ($p < 0.05$) y refleja que la poca información que posee la gente hace necesario priorizar más en campañas de prevención y promoción de la salud sobre la Malaria.

Es importante analizar que en nuestro trabajo comparamos las distintas ciudades (Ver cuadro n°5), y vemos que Jaén y Bagua grande obtuvieron mejores puntajes de conocimientos ($p < 0.005$), a diferencia de Iquitos y Yurimaguas, esto nos indica que a pesar de ser Loreto la región con mayor riesgo de malaria y mayor prevalencia, no se toman las medidas adecuadas para informar a la población y poder evitar esta enfermedad mortal, **Min Zhang, Zhiyong Liu, Hongtao He (2011)**, no encontró asociación significativa entre población sin riesgo y de alto riesgo en relación a los conocimientos de prevención básicos y solo encontró diferencia significativa con algunas medidas de interior como el uso mosquitero o insecticidas.

Con respecto al nivel de actitudes (Ver cuadro n°6) encontramos que en la mayor parte fueron adecuadas con un 65. %. Indicando que la población está predispuesta a tomar medidas adecuadas de prevención las cuales tienen que ser brindadas con urgencia, similar a lo encontrado por **Quevedo Izquierdo, Rodríguez Ordóñez, Sánchez Pérez (2013)** en cuyo estudio predominó las actitudes muy buenas con un 72.5%.

Respecto a las preguntas de actitudes (Ver cuadro n°7) 68.59% aceptaron que no tenían suficiente información de la malaria, mientras que un 85.6 % estuvo de acuerdo en conocer más acerca de esta enfermedad, esta pregunta fue incorporada por los autores en el Test, 83,3% afirmó que buscaría atención en un centro de salud las primeras 24 horas, **Lubombo, Suazilandia (2009)**, en 320 encuestados el 90% afirmó que sí buscan tratamiento dentro de las 24 horas de la aparición de los síntomas de la malaria, en servicios de salud

De la pregunta número 11, se obtuvo que el mayor porcentaje () desearía conocer más acerca de cómo prevenir la malaria, esto nos informa que las personas están prestas a tomar las medidas necesarias para evitar esta enfermedad.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

1. Los niveles de conocimientos fueron: Muy Bueno: 3.6%, Bueno: 36.1%, Regular: 32.5%, Malo: 27.8%.
2. Los niveles de actitudes de prevención sobre malaria en viajeros hacia zonas de riesgo fueron: Adecuada: 64.6%, Inadecuada: 35.4%.
3. Las características epidemiológicas de los viajeros fueron: 18-30 años: 40.8%, Sexo masculino: 55.2%, Grado de instrucción secundaria: 36.5%, Ciudad de Jaen: 25.6%, Motivo de viaje: personales: 30.3%, tiempo de permanencia menor de 7 días: 37.9%, Antecedente de enfermedad:
4. Existe asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los viajeros ($p<0.05$).
5. Existe asociación entre el nivel de conocimientos con las ciudades de destino de los viajeros ($p<0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

1. Capacitar a los viajeros s en conocimientos y actitudes sobre malaria.
2. Incentivar actividades de prevención y control sobre malaria en los viajeros, para que ellos sean los agentes de cambio.
3. Estimular al personal de los terminales (Choferes, Terramozas, etc.) para que sean parte integral en el manejo de esta enfermedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaparro P, Soto E, Padilla J, Vargas D. Estimación del subregistro de casos de paludismo en diez municipios de la costa del Pacífico nariñense durante 2009. *Biomédica* [Internet]. 2012[Acceso: 15-12-2012]; 32(Supl. 1): 29-37. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v32s1/v32s1a05.pdf>
2. Jose Muñoz, Gerardo Rojo-Marcos, Germán Ramírez-Olivencia, et al. Diagnosis and treatment of imported malaria in Spain: Recommendations from the Malaria Working Group of the Spanish Society of Tropical Medicine and International Health (SEM-TSI) Elsevier Vol. 33. Núm. 6. Junio - Julio 2015. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-tratamiento-malaria-importada-espana-S0213005X14000196>.
3. Farreras Rozman, Medicina interna decimosepta edición, Sección XVII, Parte III, capítulo 280 (Malaria y Babesiosis), Página 2191.
4. Adriana Arias A., Marco A. Soto Bigot, Malaria (Revisión bibliográfica), *Revista médica de costa rica y Centroamérica* LXVI (587) 89-93; 2009; Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/587/art15.pdf> .
5. Mandell, Bennett & Dolin. Principles and Practice of Infectious Disease, 8th ed. Elsevier. 2011: 3121-3138.
6. Dirección general de epidemiología, Dirección ejecutiva de vigilancia epidemiológica, Compendio de Definiciones de Casos de Enfermedades y Daños Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, Lima Perú 2011, disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3255.pdf>.
7. PÉREZ, Rogelio López-Vélez. 14.2. Prevención de la malaria en los viajes internacionales. (2005) disponible en http://vacunasaep.org/manual/Cap14_2_Prevencion_malaria_en_viajes_internacionales.pdf.

8. OMS Paludismo, Nota descriptiva, Diciembre 2016, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>.
9. Red Nacional de Epidemiología (RENACE) –DGE –MINSA, Casos de malaria por departamento, disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE01/malaria.pdf>.
10. Hamer, D. H., & Connor, B. A. (2004). Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers. *Journal of travel medicine*, 11(1), 23-26.
11. Piyaphanee, W., Wattanagoon, Y., Silachamroon, U., Mansanguan, C., Wichianprasat, P., & Walker, E. (2009). Knowledge, attitudes, and practices among foreign backpackers toward malaria risk in southeast Asia. *Journal of travel medicine*, 16(2), 101-106.
12. Zhang, M., Liu, Z., He, H., Luo, L., Wang, S., Bu, H., & Zhou, X. (2011). Knowledge, attitudes, and practices on malaria prevention among Chinese international travelers. *Journal of travel medicine*, 18(3), 173-177.
13. Berg, J., Breederveld, D., Roukens, A. H., Hennink, Y., Schouten, M., Wendt, J. K., & Visser, L. G. (2011). Knowledge, attitudes, and practices toward malaria risk and prevention among frequent business travelers of a major oil and gas company. *Journal of travel medicine*, 18(6), 395-401.
14. Selent, M., Rochars, V. M. B., Stanek, D., Bensyl, D., Martin, B., Cohen, N. J., ... & Arguin, P. M. (2012). Malaria prevention knowledge, attitudes, and practices (KAP) among international flying pilots and flight attendants of a US commercial airline. *Journal of travel medicine*, 19(6), 366-372.
15. Forero, D. A., Chaparro, P. E., Vallejo, A. F., Benavides, Y., Gutiérrez, J. B., Arévalo-Herrera, M., & Herrera, S. (2014). Knowledge, attitudes and practices of malaria in Colombia. *Malaria journal*, 13(1), 165.

16. Van Genderen, P. J., van Thiel, P. P., Mulder, P. G., & Overbosch, D. (2012). Trends in the knowledge, attitudes and practices of travel risk groups towards prevention of malaria: results from the Dutch Schiphol Airport Survey 2002 to 2009. *Malaria journal*, 11(1), 179.
17. Hlongwana KW, Mabaso ML, Kunene S, Govender D, Maharaj R. Community knowledge, attitudes and practices (KAP) on malaria in Swaziland: a country earmarked for malaria elimination. [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2009]; 19; 8:29. doi: 10.1186/1475-2875-8-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19228387>.
18. Quevedo Izquierdo, E. D., Rodríguez Ordóñez, S. J., & Sánchez Pérez, M. P. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre paludismo en los estudiantes del tercer año de bachillerato de los colegios fiscales de la Ciudad de Machala, 2012 (Bachelor's thesis).
19. Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [cited 2017 Jan 11]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/salasit.php>.
20. Provost S, Soto JC. Perception and Knowledge about Some Infectious Diseases among Travelers from Québec, Canada. *J Travel Med*. 2002; 9(4):184–9.
21. Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas: enfermedad viral de Zika y sus posibles complicaciones; **Autores:** Organización Mundial de la Salud [internet] <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/kap-surveys/es/>.

ANEXOS

ANEXO N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado viajero, previo saludo cordial, se le hace llegar la invitación a participar en una investigación titulada “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN ACERCA DE MALARIA EN VIAJEROS CON DESTINO A ZONAS DE RIESGO, QUE PARTEN DE TERRAPUERTOS DE CHICLAYO. FEBRERO MARZO -2017”

El objetivo principal del estudio es determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre malaria y prevención en viajeros hacia zonas de riesgo como en este caso es la selva peruana.

Este es un formulario de consentimiento que le brindará información acerca del tema. El personal del estudio hablará con usted acerca de esta información, teniendo Ud. la libertad de hacer preguntas al respecto en cualquier momento. Si está de acuerdo en participar de este estudio, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento informado.

El estudio consiste en el llenado de una encuesta compuesta por dos partes: 1) Preguntas sobre conocimientos de malaria y 2) Preguntas sobre actitudes que toman acerca de la malaria y su prevención.

La participación en el estudio será estrictamente voluntaria, en caso usted se niegue a participar; no existe factor que valla a perjudicarlo.

Beneficios: Su participación en el estudio permitirá conocer los niveles de conocimientos y actitudes de prevención de malaria en viajeros hacia zonas de riesgo, esto nos permitirá tomar posteriormente medidas adecuadas para prevenir esta enfermedad.

En caso aparezcan algunas incomodidades, el personal del estudio se compromete a resolverlas lo más pronto posible. Del mismo modo, si presentase dudas con respecto a alguna pregunta de la encuesta, el investigador se encargará de absolver sus interrogantes.

De manera inicial, resguardaremos la confidencialidad del participante por medio de sus códigos de alumno. Posteriormente los códigos se eliminarán cuando se pasen los resultados a la base de datos. La información obtenida será también confidencial. Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

No se realizará pago alguno (económico o de alguna otra forma) para que acepten participar en el estudio. Para dudas a futuro podrá comunicarse con el investigador Becerra Silva Frank Yoweri (951586588) y Chero Salvador Juan Aparicio (947047469)

Se me ha explicado acerca de esta investigación y autorizo mi participación.

Nombre y apellidos del participante

Firma del Participante

Sexo:

☐ M

☐ F

Edad: _____

Fecha: ____ / 02 / 2017

ANEXO N° 02 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN ACERCA DE MALARIA EN VIAJEROS CON DESTINO A ZONAS DE RIESGO QUE PARTEN DE TERRAPUERTOS DE CHICLAYO. FEBRERO MARZO -2017”.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Edad: _____ Años

Sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Varón

Nacionalidad: _____

Grado de instrucción: _____

Ciudad a la que viaja: _____

¿Ha padecido anteriormente alguna de las siguientes enfermedades (Malaria

Dengue, Bartonelosis, leishmaniosis o Tripanosomiasis)

- ☐ Si. ¿Cuáles?: _____
- ☐ No

II. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL VIAJE:

Propósito del viaje:

- ☐ Trabajo
- ☐ Turismo
- ☐ Educación/Investigación
- ☐ Motivos Personales
- ☐ Regreso a su domicilio.
- ☐ Otros _____

Tiempo de permanencia en el lugar de destino. : días **(Obviar si usted vive en el lugar de destino)**

III. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES ACERCA DE MALARIA Y SU PREVENCIÓN

➤ PREGUNTAS DE CONOCIMIENTOS

1.- ¿Cuál es el riesgo de contraer malaria (llamada también paludismo) en el lugar de su destino?

- a) No existe riesgo b) El riesgo es bajo c) El riesgo es intermedio
d) El riesgo es alto e) no sé.

2.- La malaria o paludismo; esta enfermedad es causada por:

- a) Virus. B) Bacteria. C) Protozooario. D) Hongo e) No sé

3. ¿Cómo se transmite principalmente la malaria/paludismo?

- a) Contacto con persona enferma. b) Picadura de mosquitos. c) Agua contaminada.
d) Alimentos contaminados. e) Transfusión sanguínea.

4. El insecto responsable de la Transmisión de malaria/paludismo es denominado:

- a) Aedes. B) Lutzomya c) Chirimacha. d) Anopheles. e) No sé

5. ¿Cuál es el principal síntoma de malaria/paludismo?

- a) Fiebre b) Comezón c) Fatiga d) Dolor articular e) No sé.

6. ¿Cuál es el momento durante el día de mayor riesgo de infectarse con malaria/paludismo?

- a) Sólo Horas diurnas b) Del atardecer al anochecer c) Sólo Horas nocturnas
d) Cualquier momento del día e) No sé.

7. ¿Qué personas pueden contraer la enfermedad malaria/paludismo?

- a) Niños b) adultos c) ancianos
d) cualquier persona puede contraer la enfermedad e) no se

8. Existe un tratamiento adecuado para la infección por malaria/paludismo

- a) Si b) no c) tal vez d) No sé

9. Puede curarse por completo la infección por malaria/paludismo

a) Si b) no c) tal vez d) No sé

* En los siguientes enunciados acerca de la prevención de malaria marque según corresponda

	SI	NO	TAL VEZ	NO SÉ
10. El uso de repelentes previene la malaria/paludismo.				
11. El uso de polos de manga larga y pantalones largos previene el contagio de malaria.				
12. El incienso mata mosquitos es efectivo previniendo la malaria.				
13. El uso de medicamentos ayuda a prevenir la infección por malaria.				
14. El uso de mosquiteros previene la malaria.				
15. El uso de desodorantes y perfumes previenen la malaria.				
16. Quemando espirales antimosquitos o encendiendo hogueras para ahuyentar a los mosquitos, se previene la malaria.				
17. Pulverizando o fumigando la casa, se				

previene la malaria

18. Utilizando agua no contaminada para el aseo personal, se previene la malaria

19. Utilizar lentes de sol es eficaz para prevenir la malaria.

➤ **PREGUNTAS DE ACTITUDES**

20. ¿Considera usted que la malaria constituye un asunto o un problema importante en la zona donde viaja?:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

21. ¿Existe riesgo de contraer malaria/paludismo en este viaje?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

22. Si usted presentara fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general durante su permanencia en el lugar de destino o los primeros días de retorno acudiría al establecimiento de salud más cercano dentro de las primeras 24 horas:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

23. En una farmacia se puede tratar adecuadamente a una persona con malaria/paludismo:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

24. Acudir a un centro de salud es lo más indicado para tratar a una persona con Malaria/paludismo:
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
25. Un naturista experto o un curandero puede tratar efectivamente a una persona con malaria
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
26. Si usted contrajera Malaria/Paludismo, yo querría que esa información permaneciese confidencial secreta:
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
27. Tomaría medicamentos contra la Malaria/Paludismo que le brinde el personal de salud en caso de presentarla:
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
28. Usted tiene suficiente información sobre la Malaria/Paludismo
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
29. ¿Usted desea conocer más acerca de Malaria/Paludismo? :
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

30. Si está de acuerdo en conocer más acerca de Malaria que aspectos le interesarían saber más acerca de esta enfermedad:
- a. Causas.
 - b. Signos y síntomas.
 - c. Prevención.
 - d. Opciones de tratamiento.
 - e. Consecuencias de la infección por malaria, por ejemplo en embarazadas.