

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Relación entre los conocimientos y actitudes de la población
acerca de la rabia. Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa 2016.**

Autor:

EDGAR ARTURO VERGARA VERIA

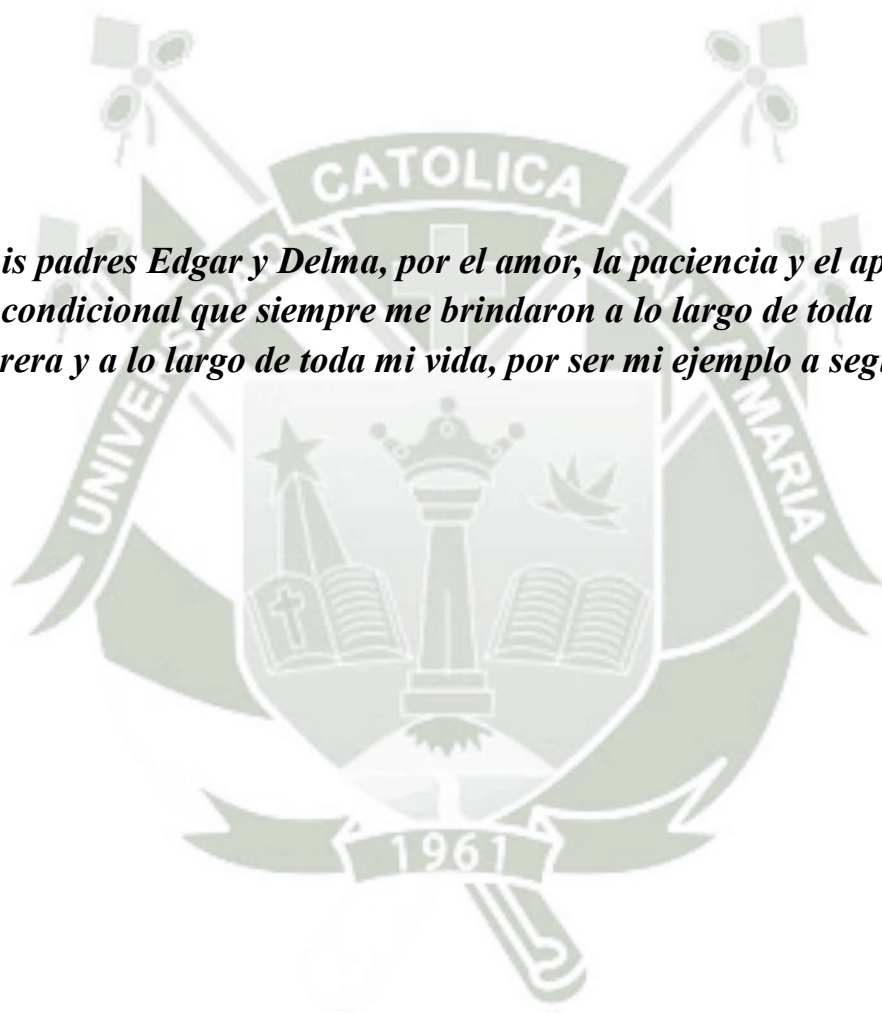
Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA - PERÚ

2016

Dedico mi tesis con mucho amor e infinito agradecimiento:

A mis padres Edgar y Delma, por el amor, la paciencia y el apoyo incondicional que siempre me brindaron a lo largo de toda la carrera y a lo largo de toda mi vida, por ser mi ejemplo a seguir.



Mi más sincero agradecimiento

A Dios por ser fuente recurrente de apoyo y paz en mi vida, por la consulta inmediata y sin previa cita y a la hora que fuere.

A la Universidad Católica de Santa María y la Facultad de Medicina Humana donde me forme como profesional, a los docentes que me impartieron conocimientos y a los compañeros y amigos que compartieron ese tramo de mi ruta de vida.

Al doctor Luis Portilla Canqui, por su apoyo, y asesoría durante la elaboración de este trabajo.

A mis jurados, Dr. Rafael Tapia, Dr. Roberto Nuñez y al Dr. German Vargas, por el tiempo que dedicaron a realizar las correcciones a mi tesis y sus consejos los cuales contribuyeron a mejorar y hacerla más sólida.

RESUMEN

Introducción: La rabia es una zoonosis causada por el virus del género Lyssavirus de la familia Rabdoviridae que afecta a las personas que son atacadas por un animal enfermo, casi siempre el perro, esta zoonosis es mortal tanto para los animales como para el hombre. Ha motivado la investigación el hecho de que en Arequipa la rabia haya resurgido después de más de 40 años, generando casos de rabia canina e incluso humana.

Objetivo: Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia. Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2016.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, se empleó como técnica la encuesta y como instrumento, un cuestionario de conocimientos y actitudes en base a la información del Ministerio de Salud. La muestra estuvo conformada por 300 personas que cumplieron los criterios de inclusión.

Conclusiones: Los conocimientos de la población son medios y bajos y la actitud es positiva en la mayoría de personas encuestadas. Sin embargo, no se ha establecido relación significativa entre ambas variables. El factor sociodemográfico que se relaciona con los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia es el nivel de instrucción.

Palabras clave: rabia, conocimientos, actitudes, características sociodemográficas.

ABSTRACT

Introduction: Rabies is a zoonotic disease caused by the virus of the genus lyssavirus the Rhabdoviridae family that affects people that are attacked by a sick animal, usually a dog, this zoonosis is deadly to both animals and humans. Research has led to the fact that in Arequipa anger has resurfaced after more than 40 years, generating even cases of canine and human rabies.

Objective: To determine the relationship between knowledge and attitudes of people about rabies. Health Center Maritza Campos Diaz, Arequipa 2016.

Methodology: A descriptive correlational study was conducted cross-sectional, was employed as a technical survey and as a tool, a questionnaire of knowledge and attitudes based on information from the Ministry of Health. The sample consisted of 300 people who met the inclusion criteria.

Conclusions: The knowledge of the population are middle and low and attitude is positive in most respondents. However, no significant relationship has been established between the two variables. The demographic factor is related to the knowledge and attitudes of people about rabies is the level of education.

Keywords: rabie, knowledge, attitudes, sociodemographic characteristics.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	
MATERIAL Y MÉTODOS	10
CAPÍTULO II	
RESULTADOS	16
CAPÍTULO III	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	30
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	
Proyecto de investigación	39

INTRODUCCIÓN

La rabia es una infección viral aguda que causa una encefalomielitis, progresiva y casi siempre mortal (1). El agente etiológico es un virus ARN neurotrópico de la familia Rhabdoviridae, género Lyssavirus. Los reservorios incluyen a carnívoros terrestres y quirópteros, pero son los canes el principal reservorio en el ámbito mundial. La transmisión viral se presenta principalmente a través de la mordedura de animales infectados (2) (3).

Esta zoonosis se presenta en todos los continentes, excepto en la Antártida; se estima que cada año mueren más de 55 000 personas, la mayor proporción (95%), ocurren en Asia y África y en su mayoría son casos de rabia transmitida por mordedura de canes (7).

En el 2014, de acuerdo a las Direcciones Regionales de Salud, la cobertura de vacunación canina alcanzada fue del 64%, con un rango de 28,5% en Loreto, hasta 99,5% en la DIRESA Callao. La cobertura alcanzada en las regiones productivas de rabia urbana, fue inferior a la alcanzada año el 2013: Puno 79,2% y en Madre de Dios 90,2% (8). De acuerdo a ello, a pesar de que en la mayoría de departamentos se han logrado adecuadas coberturas de vacunación canina, lo que ha permitido que más del 80% del país se encuentre libre de rabia canina, la irregularidad en la cobertura de vacunación canina obtenida los últimos años podría favorecer la reintroducción de esta enfermedad en otros departamentos del país.

En Arequipa, se ha podido observar que en los diversos hospitales de la ciudad se atiende a personas que acuden por mordeduras de perros, siendo la mayoría de estos perros de casa o en su defecto callejeros, y a partir del caso de rabia humana presentado en la ciudad, la población se encuentra temerosa por la enfermedad, sin embargo, notamos que existe desconocimiento y actitudes

muchas veces inadecuadas acerca de la rabia, lo cual podría contribuir al incremento de casos de rabia humana, con importantes consecuencias en la población y para las instituciones de salud.

Por lo anterior, surgió la motivación para realizar el presente estudio, porque considero que será de utilidad, dado que al evaluar los conocimientos y actitudes de la población sobre esta enfermedad que para muchas generaciones es nueva en la ciudad, se podrán establecer estrategias preventivas eficaces.

El estudio fue realizado mediante la aplicación de los instrumentos elaborados para evaluar los conocimientos y actitudes de la población, los mismos que han permitido obtener los resultados que van a ser presentados.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia. Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2016.

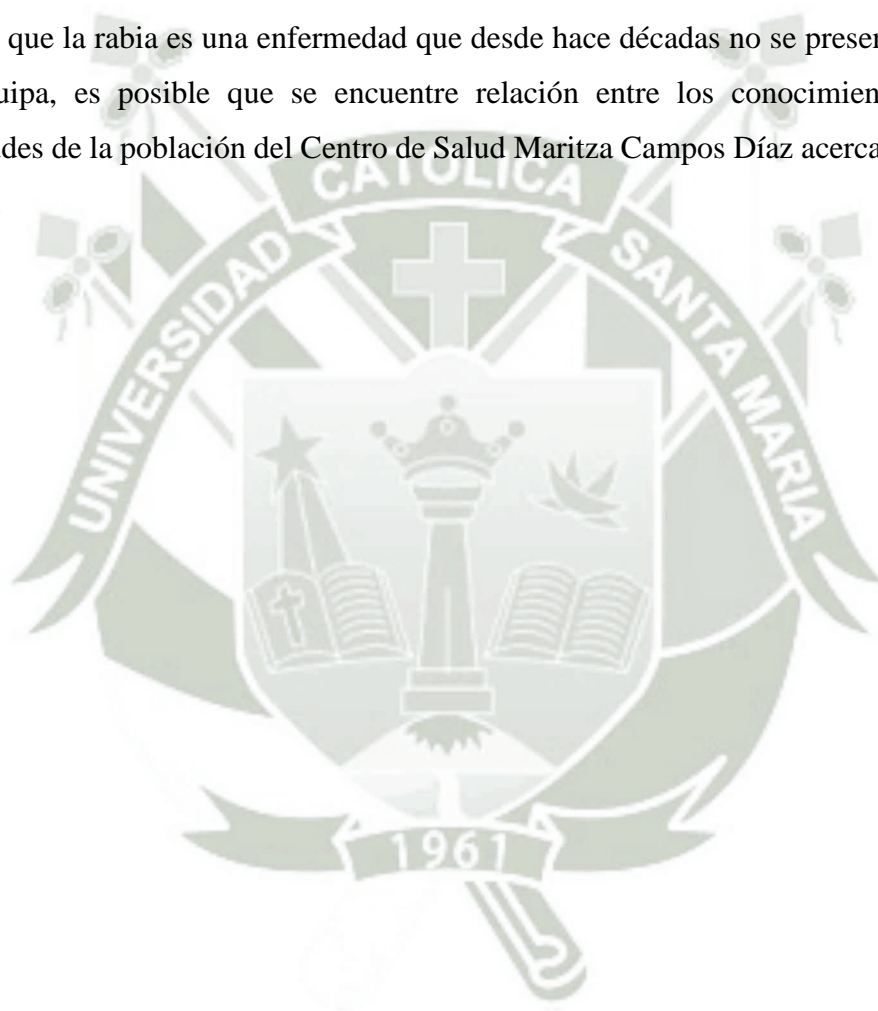
Objetivos Específicos

- Establecer si existe relación entre los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.
- Evaluar los conocimientos de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.
- Describir las actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.

- Establecer si existe relación entre las características sociodemográficas y los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.

HIPÓTESIS

Dado que la rabia es una enfermedad que desde hace décadas no se presenta en Arequipa, es posible que se encuentre relación entre los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Para el desarrollo del estudio se aplicó un instrumento elaborado en base a las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, sobre la rabia, dicho instrumento ha sido validado y su uso ha sido recomendado en el Taller para la Prevención de la Enfermedad realizado por el Ministerio de Salud para el control de la rabia en Arequipa. El instrumento está estructurado por secciones que comprenden: datos generales, evaluación de conocimientos y evaluación de actitudes de la población acerca de la rabia. La sección de características sociodemográficas incluye preguntas acerca de la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, crianza de perros, vacunación antirrábica de los perros y la crianza de los perros en la calle.

La sección de conocimientos incluye 10 preguntas, cada una de las cuales fue calificada con dos puntos, si la respuesta es correcta y con 0 puntos si la respuesta es incorrecta. Para la evaluación del conocimiento se utilizó la escala vigesimal, cuyas categorías son las siguientes: Bajo: ≤ 8 puntos, Medio: 9 a 14 puntos y Alto: 15 a 20 puntos. Se realizó la validación del instrumento mediante el

Coeficiente Alfa de Cronbach, además el instrumento fue sometido a juicio de expertos.

La sección para la evaluación de las actitudes, incluye 20 ítems, los cuales fueron calificados mediante la escala de Likert, las alternativas de respuesta son: en desacuerdo: 1 punto, indiferente; 2 puntos; de acuerdo: 3 puntos. Esta sección del instrumento también fue validada mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, así como también fue sometida a juicio de expertos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación fue realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Esquina Yaravi Con Marañón, Cerro Colorado, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio de tipo coyuntural que comprende el período de diciembre del 2015 al mes de marzo del 2016.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por la población que acudió al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, los que de forma mensual suman aproximadamente 700 personas.

2.3.2. Muestra

Se trabajó con una muestra representativa, la misma que fue calculada con la fórmula de población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2} \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 p \cdot q}$$

Dónde:

$Z_{\alpha/2}$ = nivel de confiabilidad, quiere decir que de cada 100 veces existe la probabilidad de que en 95 de ellas acertemos en el valor verdadero. Si se trabaja con un 95% de confiabilidad, el índice que se emplea en la fórmula es de 1,96.

N = Tamaño de la población (700).

n = Tamaño de la muestra

p = Proporción de la variable de interés

q = 1 - p

E = Error al cuadrado

Reemplazando:

$$n = \frac{1,96 \times 700 \times 0,5 \times 0,5}{0,0025 \times (699) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{672,28}{1,7475 + 0,49}$$

$$n = \frac{672,28}{2,2375}$$

n = 300 personas.

La muestra representativa estuvo conformada por 300 personas que fueron elegidas por conveniencia, según los siguientes criterios:

De inclusión:

- Personas de 18 años a más, de ambos sexos que acudieron al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Personas que aceptaron participar en el estudio.

De exclusión:

- Personas menores de 18 años.
- Personas que presentaban alteraciones mentales que podrían impedir la resolución de los instrumentos.
- Personas que no hablen español.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó una carta de presentación a la Directora del Centro de Salud para que autorizará la realización del estudio.
- El investigador, identificó la población de estudio y procedió a informarles acerca del estudio y solicitó su colaboración para participar en el mismo. Fue el propio investigador quien hizo entrega de los

formularios a las unidades de estudio y procedió a la aplicación de manera individual.

- Una vez concluida la recolección de datos, se realizó la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaboró el informe final de la investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

El investigador: Sr Edgar Arturo Vergara Veria.

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Luis Portilla Canqui.

Medico cirujano del Hospital Regional Honorio Delgado, diplomado en Salud Pública

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico, cámara fotográfica.

Financieros:

Autofinanciamiento.

3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos a emplearse fueron validados para el estudio mediante juicio de expertos, además se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento, la misma que tuvo como resultado 0,84, lo que demuestra que el instrumento tiene buena confiabilidad.

3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicó estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresaron en número y porcentaje. Para la sistematización de los datos, se empleó la hoja de cálculo Excel 2003 y el paquete estadístico Epi info. Los resultados son presentados en tablas.

CAPÍTULO II

RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

EDAD (años)	Nº	%
18 – 24	83	27,67
25 – 59	163	54,33
60 a más	54	18,00
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

Edad promedio: 31, 14 años; valor mínimo: 18 años; valor máximo: 72;
desviación estándar: $\pm 9,39$ años

Se observa en la tabla 1, que la muestra estuvo conformada por 300 personas elegidas por conveniencia, cuyas edades se encuentran distribuidas entre los 18 años a más, se han categorizado por etapas de vida que corresponde desde los 18 a 24 años se considera adulto joven y representó al 27,67% de la muestra; de 25 a 59 años, que son los adultos intermedios, y tuvo un porcentaje de 54,33% y los adultos mayores de 60 años a más que representan al 18% de la muestra. La edad promedio fue de 31,14 años.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

SEXO	Nº	%
Masculino	104	34,67
Femenino	196	65,33
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 2, que el 65,33% de encuestados son de sexo femenino y el 34,67% de sexo masculino.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE
INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Ninguno	2	0,67
Primaria incompleta	9	3,00
Primaria completa	22	7,33
Secundaria incompleta	35	11,67
Secundaria completa	120	40,00
Superior incompleta	56	18,67
Superior completa	56	18,67
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 3, que el nivel de instrucción más frecuente es el de secundaria completa que se presentó en 40%, luego superior incompleta y superior completa con porcentajes de 18,67% cada uno; la secundaria incompleta representó al 11,67%; los demás niveles de instrucción fueron menos frecuentes.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

OCUPACIÓN	Nº	%
Empleado	37	12,33
Independiente	74	24,67
Comerciante	22	7,33
Obrero	14	4,67
Jubilado	28	9,33
Ama de casa	109	36,33
Desocupado	16	5,34
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 nos muestra, que la ocupación más frecuente en la muestra es ama de casa en 36,33%, seguido de los trabajadores independientes en 24,67%, empleados en 12,33%. Otras ocupaciones son menos frecuentes.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN VARIABLES
RELACIONADAS A LA CRIANZA DE PERROS. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ.

VARIABLE	Nº	%
Cría perros:		
Sí	184	61,33
No	116	38,67
TOTAL	300	100
Ha vacunado a sus perros en el último año contra la rabia:		
Sí	121	65,76
No	63	34,24
TOTAL	184	100
Cría a sus perros en la calle:		
Sí	49	26,63
No	135	73,37
TOTAL	184	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 nos muestra, que el 61,33% de la muestra refirió que sí cría perros y el 38,67% no lo hacen. Entre las personas que sí los crían, el 65,76% señaló que sí los había vacunado contra a rabia el último año; y el 73,37% refirió que no cría a los perros en la calle, aunque un 26,63% refiere que sí cría a los perros en la calle.

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INFORMACIÓN
RELACIONADA A LA RABIA. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ.

	Nº	%
Hay rabia en Arequipa:		
Si	256	85,33
No	44	14,67
TOTAL	300	100
Conoce en qué distritos se ha presentado la rabia:		
Sí	113	37,67
No	187	62,33
TOTAL	300	100
Por qué cree que hay rabia en Arequipa:		
Porque hay muchos perros callejeros	131	43,67
La población no está informada	110	36,67
Falta de acción de las autoridades competentes	49	16,33
Fenómeno del Niño	8	2,67
La vacuna es cara	2	0,67
TOTAL	300	100
Sabe que la vacuna es gratuita:		
Sí	207	69,00
No	93	31,00
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 nos muestra, que el 85,33% de personas encuestadas, señaló que sí sabe que hay rabia en Arequipa, el 14,67% desconocía este hecho.

El 62,33% de personas no supo señalar los distritos en los que se ha presentado la rabia, el 37,67% sí refirió los distritos de manera correcta.

En cuanto las razones por las que cree que hay rabia, el 43,67% señaló que es porque hay muchos perros callejeros; el 36,67% porque la población no está informada; el 16,33% considera que se debe a la falta de acción de las autoridades competentes, el 2,67% señaló que es debido a los cambios que ocasiona el Fenómeno del Niño y porque la vacuna es cara el 0,67%.

El 69% de encuestados sí sabe que la vacuna es gratuita, el 31% no lo sabe.

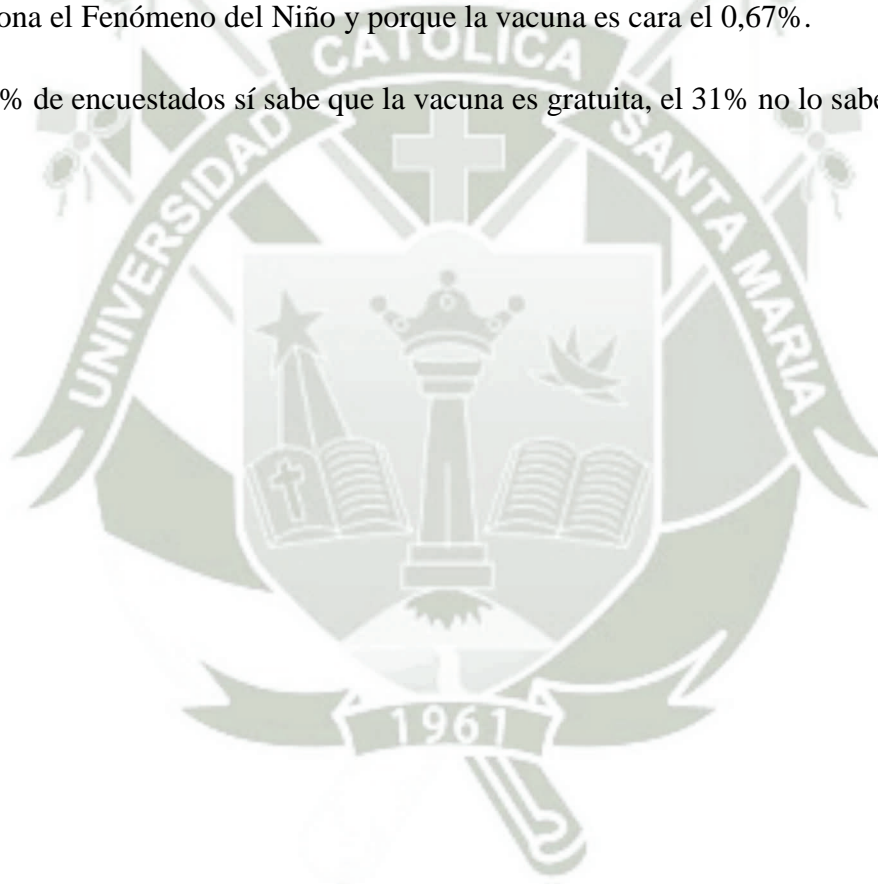


TABLA 7
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONOCIMIENTOS
SOBRE LA RABIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

ITEM	RESPUESTAS CORRECTAS		RESPUESTAS INCORRECTAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Qué es la rabia	135	45,00	165	55,00	300	100
2. Con qué otro nombre se conoce la rabia	4	1,33	296	98,67	300	100
3. Cómo se transmite la rabia	198	66,00	102	34,00	300	100
4. Signos o síntomas de la rabia	104	34,67	196	65,33	300	100
5. Medidas a tomar en caso de ser mordido por un perro	242	80,67	58	19,33	300	100
6. Signos de rabia en el perro	93	31,00	207	69,00	300	100
7. Tratamiento en caso de ser mordido por un perro	76	25,33	224	74,67	300	100
8. Cómo se cura la rabia	17	5,67	283	94,33	300	100
9. El tratamiento de la rabia, por lo general cura la enfermedad	56	18,67	244	81,33	300	100
10. Cuidados con los perros para evitar que contraigan rabia	210	70,00	90	30,00	300	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 nos muestra, que la mayoría de personas encuestadas desconoce las respuestas a los diferentes ítems del cuestionario de conocimiento; los mayores porcentajes de respuestas incorrectas se han observado en relación a otro nombre de la enfermedad, si la enfermedad se cura y cuál es el tratamiento; así como los signos y síntomas de la rabia humana y canina, entre otros.



TABLA 8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONOCIMIENTOS
SOBRE LA RABIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

CONOCIMIENTOS	Nº	%
Bajo (≤ 8 puntos)	109	36,33
Medio (9 – 14 puntos)	178	59,33
Alto (15 a 20 puntos)	13	4,34
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 nos muestra, que el conocimiento de las personas encuestadas es medio en 59,33%, bajo en 36,33% y alto en 4,34%.

TABLA 9
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RESPUESTAS
ACERCA DE LAS ACTITUDES SOBRE LA RABIA. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

Item	En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Los perros deben ser criados solo dentro de casa	42	14,00	18	6,00	240	80,00	300	100
Si saca a pasear al perro debe hacerlo con correa	39	13,00	28	9,33	233	77,67	300	100
Los perros necesitan ser tratados con cuidado y afecto	18	6,00	12	4,00	270	90,00	300	100
Los perros deben ser vacunados una vez al año	21	7,00	5	1,67	274	91,33	300	100
Debe llevarlos al veterinario dos veces por año	60	20,00	19	6,33	221	73,67	300	100
En caso de pelea o haber mordido debe llevarlo al veterinario	15	5,00	29	9,67	256	85,33	300	100
En caso de ser mordido debe ir al Centro de Salud	25	8,33	38	12,67	237	79,00	300	100
Si su propio perro lo mordió igual debe acudir al Centro de Salud	17	5,67	26	8,67	257	85,67	300	100
Si el perro mordió a otra persona, debe enseñar el carnet de vacunación antirrábica y trasladarlo para observación	23	7,67	27	9,00	250	83,33	300	100
Si el perro mordió debe guardarlo en casa	119	39,67	31	10,33	150	50,00	300	100
Debe permitir que el perro sea evaluado varias veces	53	17,67	34	11,33	213	71,00	300	100
Si el perro mordió a alguien y luego murió no debe botarlo, debe entregarlo para su estudio	31	10,33	21	7,00	248	82,67	300	100
Apoyar censos de población canina	26	8,67	10	3,33	264	88,00	300	100
Debe permitir la vacunación de sus perros	33	11,00	27	9,00	240	80,00	300	100
Son necesarios trabajos del Minsa para prevenir la rabia	21	7,00	12	4,00	267	89,00	300	100

En caso de mordedura, lavar la herida con agua y jabón	9	3,00	6	2,00	285	95,00	300	100
Las heridas deben ser cosidas rápidamente	140	46,67	51	17,00	109	36,33	300	100
Si lo mordió un perro de la calle debe capturarlo y matarlo	147	49,00	20	6,67	133	44,33	300	100
Si ha sido mordido debe cumplir indicaciones del personal de salud	41	13,67	31	10,33	228	76,00	300	100
Si ha sido mordido debe recibir todas las vacunas indicadas.	11	3,67	19	6,33	270	90,00	300	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se observan las respuestas a los diferentes ítems de las actitudes, destacando que la mayoría de personas se encuentran de acuerdo con las afirmaciones planteadas.

TABLA 10
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ACTITUDES SOBRE
LA RABIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.

ACTITUDES	Nº	%
Positiva (48 – 60 puntos)	220	73,33
Indiferente (34 – 47 puntos)	51	17,00
Negativa (20 – 33 puntos)	29	9,67
TOTAL	300	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla nos muestra, que la actitud del 73,33% de encuestados acerca de la rabia, es positiva, el 17% tiene actitud indiferente y 9,67% muestra actitud negativa.

TABLA 11
RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA
POBLACIÓN ACERCA DE LA RABIA. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ.

ACTITUD / CONOCIMIENTOS	Positiva (220)		Indiferente (51)		Negativa (29)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Bajo	73	66,97	20	18,35	16	14,68	109
Medio	141	79,21	28	15,73	9	5,06	178	100
Alto	6	46,15	3	23,08	4	30,77	13	100

Fuente: Elaboración propia

Prueba de correlación $r = 0,09$

Se observa en la tabla, que según la prueba de correlación de Pearson, no existe relación entre el conocimiento y la actitud de las personas acerca de la rabia, esto se debe a que si bien, la mayoría de personas tienen conocimiento medio y bajo acerca de la enfermedad, la actitud que presentan hacia la misma es mayormente positiva. Por tanto, no se ha establecido la relación entre ambas variables, aunque se observa que las personas que tienen conocimiento bajo, son la mayoría de las que presentan actitud negativa.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la presente investigación se determinaron los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia, en cuanto a las características sociodemográficas, en nuestro estudio, se ha encontrado que la edad más frecuente de las personas encuestadas estuvo entre los 25 a 59 años, que representó el 54,33%, también ha habido un porcentaje importante de personas de 18 a 24 años (27,67%) y adultos mayores en 18%. En nuestro estudio hemos encontrado que la edad promedio es de 31, 14 años.

En nuestra muestra hubo predominio del sexo femenino pues representó al 65,33% del total y el masculino al 34,67%. Asimismo, hemos encontrado que el nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria completa en 40% de casos, luego la instrucción superior incompleta y completa con porcentajes de 18,67% cada uno, otros niveles de instrucción son menos frecuentes.

En relación a la ocupación, se ha observado que el 36,33% de encuestados son amas de casa, luego el 24,67% trabajan de manera independiente, 12,33% son empleados, entre otros.

Estos hallazgos concuerdan con el perfil epidemiológico de la población que se atiende en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, pero también concuerda con la información que nos proporciona el INEI en base a los resultados del Censo Poblacional del 2013, que señala que la población de Arequipa, básicamente está concentrada en la etapa de vida de adulto, con predominio del sexo femenino y que el nivel de instrucción de la mayoría de la población es secundaria y superior.

Luego hemos visto en relación a la crianza de perros, que el 61,33% refiere que sí cría perros, y de ellos, el 65,76% señala que sí los ha vacunado en el último

año contra la rabia; el 73,37% señaló que no cría a los perros en la calle. Estos resultados son importantes, porque se aprecia que la mayoría de personas tiene perros que podrían eventualmente adquirir la enfermedad si están en la calle y si no han sido vacunados, Como se ha demostrado en los resultados, la mayoría de personas al parecer tendrían una crianza no muy adecuada de los perros puesto que no los vacunan y en varios casos, los crían fuera de casa.

A esta información se puede agregar que según el Ministerio de Salud, la población tiene mínima o casi nula importancia a la causa de muerte o desaparición de canes en los domicilios, como evidencia se observó un caso de rabia humana ocurrido el 2012, éste fue transmitido por mordedura de su propio perro que desapareció de su vivienda al día siguiente del accidente y otro caso presentado el año 2013, fue transmitido por mordedura de su propio perro, el cual fue eliminado sin acudir a ningún servicio de salud (9). La misma fuente señala que los perros que mueren o desaparecen de las viviendas son reemplazados con facilidad, muchos de ellos comprados en las ferias semanales, sin el control sanitario correspondiente, favoreciendo la compra de canes procedentes de áreas infectadas y que podrían estar en periodo de incubación (9).

En la tabla 6, se presentaron los resultados acerca de la rabia, y se observó que el 85,33% de encuestados sí sabe que hay rabia en la ciudad de Arequipa; el 62,33% no supo señalar en qué distritos se había presentado la enfermedad y la mayoría (80,34%), considera que la enfermedad se produce porque hay muchos perros callejeros y porque la población no está informada. El 69% sabe que la vacuna es gratuita.

Respecto a estos resultados consideramos que debido al incremento de casos de rabia en la ciudad, ya que se han detectado 12 casos nuevos de rabia canina, siendo los distritos de Mariano Melgar, Paucarpata, Cerro Colorado y Miraflores, los más afectados, es que consideramos que es necesario que se realicen campañas de difusión masiva a través de los medios de comunicación a

efectos de poder orientar a la población acerca de la enfermedad y generar conciencia en la crianza adecuada de los canes. Parte del problema radica, en que se ha podido observar durante la recolección de datos, que la población de canes al parecer excede la estimada, pues se considera que existe un perro por cada 10 personas, pero en la práctica esta cifra parece ser mucho mayor, en tal sentido el Ministerio de Salud, informa que se ha demostrado en Puno, Madre de Dios, Arequipa y otras regiones estudiadas, que la población canina sería aproximadamente el doble (9).

En la tabla 7 se presentaron los resultados de acuerdo a las respuestas correctas o incorrectas que daban los encuestados a los ítems de conocimientos y así se pudo apreciar en la mayoría de casos, las respuestas son incorrectas excepto en la forma cómo se transmite la enfermedad, las medidas a tomar en caso de ser mordido por un perro y los cuidados que deben tener para evitar que los perros se contagien de rabia. En concordancia, en la tabla 8, se ha observado que el conocimiento de la población acerca de la rabia es medio en 59,33%, bajo en 36,33% y alto en 4,34%.

En la tabla 9, se presentaron las respuestas que los encuestados daban a cada uno de los ítems de actitudes, destacando que en la mayoría de ellos se mostraban de acuerdo con los diferentes ítems, estas respuestas han contribuido a que el puntaje alcanzado por la mayoría de personas se encuentre en la categoría de actitud positiva, tal como se observó en la tabla 10, que muestra que la actitud hacia la rabia es positiva en 73,33% de personas, indiferente en 17% y negativa en 9,67%.

Este resultado podría explicarse en el hecho de que a pesar de que la población no presente buenos conocimientos sobre la enfermedad, esta sensibilizada frente a la misma y es posible que haya recibido información que le ha generado una actitud positiva, pero no ha cambiado su conocimiento; de acuerdo a las dimensiones de la actitud, la literatura señala que la actitud es el conjunto de

creencias y de sentimientos que nos predisponen a comportarnos de una determinada manera frente a un determinado objeto, en la dimensión cognitiva de las actitudes, se hace referencia al conjunto de creencias del individuo, es decir, que es la información que el individuo tiene sobre el objeto, lo que sabe o cree saber sobre él, su manera de representarlo y las categorías en las que lo incluye, para que esta actitud pueda ser modificada o mejorada, es necesario aportar conocimientos nuevos a la persona. Sin embargo, existe un problema de causalidad circular entre actitud e información, por un lado, la información que recibimos influye en nuestra actitud, pero a su vez, nuestra actitud influye en la forma en que recibimos información, y ambas pueden ser independientes, situación que podría explicar nuestros hallazgos. En la dimensión afectiva de las actitudes se incluyen el conjunto de sentimientos del individuo y la dimensión conductual hace referencia a la predisposición a desarrollar una determinada conducta, para lo cual se ha señalado que para poder influir en esta dimensión es necesario aplicar un programa de refuerzos y sanciones, como podría ser un programa educativo acerca de la rabia, y las sanciones podrían incluir multas o sanciones administrativas municipales a los propietarios de canes que tengan a los perros sin vacunación (12).

Se ha señalado, que para la formación de las actitudes, influyen situaciones como la exposición a un objeto de actitud, es decir, que mientras más información recibamos sobre el mismo, se desarrolla una mejor actitud, además, la familia, las instituciones educativas, centros de trabajo, los medios de comunicación y otros grupos con los que las personas se relacionan, son una fuente importante para el desarrollo de las actitudes frente a algo, a pesar que el conocimiento del que se disponga sobre dicho objeto pueda ser erróneo (12).

Al relacionar ambas variables, en la tabla 11, se obtuvo como resultado que no existía correlación entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia; nosotros explicamos este hallazgo en el hecho de que la población está informada acerca de los cuidados que debe adoptar con sus perros en cuanto a la

vacunación y control veterinario, aunque en la mayoría de casos, su conocimiento sea medio, es decir, que las personas a pesar de tener escasos conocimientos sobre el tema, han adoptado actitudes positivas sobre la enfermedad.

Estos hallazgos no concuerdan con los reportados por el estudio de Mucheru y cols, (10), quienes reportan en general, que la puntuación media para el conocimiento fue de 7,0 ($\pm 2,8$) con un rango (0-11) y 6,3 ($\pm 1,2$) para la práctica con un puntaje de 0-8. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento y la práctica con perros vacunados en comparación con los perros no vacunados. Los participantes con un conocimiento adecuado de la rabia eran más propensos a tener la búsqueda de prácticas de salud adecuadas 139 (80%) y las prácticas de manejo adecuadas de sospecha de perro rabioso 327 (88%).

El estudio de Alemán reporta que después de aplicar la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento en los estudiantes sobre la rabia y su prevención, por lo que se consideró efectiva la intervención (11).

En nuestro estudio hemos encontrado que la baja escolaridad, está relacionada con los conocimientos bajos y las actitudes negativas o indiferentes acerca de la rabia ni actitudes de la población acerca de la rabia, por tanto, se considera que se debe dar una mayor difusión para que la población mejore sus conocimientos y actitudes acerca de la enfermedad y principalmente sus prácticas de crianza de los perros. El sexo, la edad, y la ocupación no están relacionados con las actitudes ni conocimientos acerca de la rabia.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia, debido a que muchas personas aun a pesar de tener bajo conocimiento sobre la enfermedad, presentan actitud positiva acerca de la rabia.

SEGUNDA

Los conocimientos de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia son medios en 59,33%, destaca que los aspectos en los que las personas tienen menos conocimiento es en el nombre de la enfermedad, cómo se cura, el tratamiento de la rabia, los signos de la rabia tanto en perros como en humanos, entre los principales.

TERCERA

Las actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia son positivas en 73,33% de casos.

CUARTA

El factor sociodemográfico que se relaciona con los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia es el nivel de instrucción.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se sugiere tener en cuenta los resultados de la presente investigación para planificar actividades preventivas promocionales dirigidas a mejorar los conocimientos y actitudes acerca de la enfermedad.
2. Es necesario que el Centro de Salud en coordinación con las autoridades del Ministerio de Salud, realicen campañas de difusión masiva dirigidas a la población, además es necesario realizar un censo de la población canina y de la cobertura de vacunación antirrábica en los perros a efectos de poder realizar campañas de vacunación y tener un mejor control de los perros.
3. Es necesario que se notifique a la población que tiene la costumbre de criar a los perros en la calle para que modifique esta actitud, y en caso contrario sería conveniente aplicar sanciones de tipo económico.
4. Es necesario que las autoridades del Centro de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Municipalidad distrital de Cerro Colorado, dispongan el traslado de los perros callejeros a un albergue municipal, así como también orienten a la población acerca de la crianza responsable de estos animales.

BIBLIOGRAFÍA

1. El control de las enfermedades transmisibles. 19ª. Edición. Pub. Cient. Y Téc. No. 365.
2. Rupprecht CE, Gibbons RV. Clinical practice. Prophylaxis against rabies. N Engl J Med. 2004;351(25):2626-35. Epub 2004/12/17.
3. Rupprecht CE, Hanlon CA, Hemachudha T. Rabies reexamined. Lancet Infect Dis. 2002;2(6):327-43. Epub 2002/07/30.
4. Acha PN, Szyfres B, Pan American Health Organization. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales - Parasitosis. 3a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud Organization; 2003.
5. Lopez A, Miranda P, Tejada E, Fishbein DB. Outbreak of human rabies in the Peruvian jungle. Lancet. 1992;339(8790):408-11. Epub 1992/02/15.
6. Schneider MC, Romijn PC, Uieda W, Tamayo H, da Silva DF, Belotto A, et al. Rabies transmitted by vampire bats to humans: An emerging zoonotic disease in Latin America? Rev Panam Salud Publica. 2009;25(3):260-9. Epub 2009/05/21.
7. OPS. Nota descriptiva N° 99. Marzo de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/es/>
8. Informe Campaña de Vacunación Canina. Dirección General de Salud Ambiental - MINSA- 2013.
9. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Lima. Situación de la rabia en el Perú. Año 2015 a la SE 07. Pág. 146 – 150.
10. Mucheru M, Kikuvi M, Amwayi A. Conocimientos y prácticas hacia la rabia y los determinantes de la vacunación de la rabia canina en los hogares: un estudio transversal en una zona con incidentes de mordeduras de perros en el Condado de Kakamega alta, Kenia. Pan Afr Med J 2014; 19: 255. Uganda.
11. Alemán M, Guerra Y, Rodríguez O, Castañeda A. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre rabia en adolescentes. Arch. méd. Camaguey 2012, 16(1):62-70.

12. Castro, S. Psicología de las actitudes. Obtenido de: psicologia-social-roiel.
(fecha de acceso: 28 – 3 – 2016).





ANEXOS
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



**Relación entre los conocimientos y actitudes de la población
acerca de la rabia. Centro de Salud Maritza Campos Díaz,
Arequipa 2016.**

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO
POR:**

EDGAR ARTURO VERGARA VERIA

Para optar el Título Profesional de Médico
Cirujano.

AREQUIPA - PERÚ

2016

I. PREÁMBULO

La rabia es una enfermedad zoonótica que es producida por el virus de la rabia, el mismo que es transmitido al ser humano a través de la mordedura de un animal mamífero infectado. Esta enfermedad es sumamente peligrosa debido a que es mortal, existiendo en el mundo sólo pocos casos de personas que se han recuperado de la enfermedad, aunque la mayoría, con secuelas graves.

En el Perú, existen zonas donde la rabia es una enfermedad endémica, en nuestra ciudad, desde hace más de 40 años que no se presentaban casos de rabia, hasta el mes de marzo del año 2015 en el que se reportó el brote de rabia canina a partir de perros procedentes de la ciudad de Puno hacia Camaná, esta situación motivo la respuesta inmediata de las autoridades de salud a efectos de detener el avance de la rabia en la población canina y por ende prevenir casos de rabia humana.

Se ha podido observar que de manera muy frecuente se atienden en los diversos hospitales de la ciudad a personas que acuden por mordeduras de perros, siendo la mayoría de estos perros de casa o en su defecto callejeros, y a partir del caso de rabia humana presentado en la ciudad, la población se encuentra temerosa por la enfermedad, sin embargo, notamos que existe desconocimiento y actitudes muchas veces inadecuadas acerca de la rabia, lo cual podría contribuir al incremento de casos de rabia humana, con importantes consecuencias en la población y para las instituciones de salud.

Por lo anterior, me vi motivado a realizar el presente estudio, porque considero que será de utilidad, dado que al evaluar los conocimientos y actitudes de la población sobre esta enfermedad que para muchas generaciones es nueva en la ciudad, se podrán establecer estrategias preventivas eficaces.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Relación entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia.
Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2016.

1.2. DESCRIPCIÓN

a) Área de Intervención de Conocimiento

GENERAL: Ciencias de la Salud.

ESPECÍFICA: Medicina.

ESPECIALIDAD: Salud Pública.

LINEA: Conocimientos y actitudes acerca de la rabia.

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
V. Independiente:			
Conocimientos acerca de la rabia	Concepto Formas de transmisión Signos y síntomas de la enfermedad Tratamiento Medidas de prevención	Según Escala Vigesimal: Bajo: ≤ 8 puntos Medio: 9 a 14 puntos Alto: 15 a 20 puntos	Razón
V. Dependiente:			
Actitudes acerca de la rabia	Crianza de perros Atención veterinaria de los perros A dónde debe acudir en caso de ser mordido por un perro Atención en caso de haber sido mordido por un perro	Según escala de Likert: Actitud positiva: 48 a 60 puntos Actitud indiferente: 34 a 47 puntos. Actitud negativa: 20 – 33 puntos	Intervalo
3. Variable interviniente:			
Características sociodemográficas	Edad Sexo Nivel de instrucción Ocupación Crianza de perros Vacunación antirrábica de sus perros Cría a sus perros en la calle	Años Masculino / Femenino Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Empleado Independiente Comerciante Obrero Jubilado Ama de casa Desocupado Si / No Si / No Si / No	Razón Nominal Ordinal Nominal Nominal Nominal

c) Interrogantes Básicas

¿Existe relación entre los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia?

¿Cuáles son los conocimientos de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia?

¿Cuáles son las actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia?

¿Existe relación entre las características sociodemográficas y los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia?

d) Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del estudio, se sustenta en que a partir de los casos de rabia canina que se presentan en la ciudad de Arequipa, la enfermedad ha resurgido como un problema de salud pública, para el cual, incluso los profesionales de la salud no estamos debidamente informados para la atención de la enfermedad, debido a que hace décadas que no se presentaban casos, por lo que el estudio aportará nuevos conocimientos sobre el tema con lo cual se podrá mejorar la atención.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica porque a partir de los resultados obtenidos, se podrá obtener evidencia acerca de los conocimientos y actitudes de la población mediante una encuesta, identificando algunos elementos de riesgo, los cuales permitirán que se elaboren estrategias educativas y preventivas más adecuadas para lograr la prevención y control de la rabia.

La relevancia social se justifica porque en casi el 100% de casos la rabia humana es una enfermedad mortal, que demanda la utilización de una importante cantidad de recursos para su atención. Además, la enfermedad se origina porque gran parte de la población no tiene una crianza adecuada de los perros, siendo estos criados en la calle, lo cual, los expone a peleas o mordeduras de otros perros que podrían estar infectados causando la rabia canina, que puede ser transmitida a las personas a partir de mordeduras o del contacto estrecho de las personas con los perros y debido a que la enfermedad es desconocida por la mayoría de la población, es que se no asumen actitudes preventivas adecuadas.

El interés personal se suscitó por la observación de que de manera muy frecuente acuden al hospital personas mordidas por perros y los primeros auxilios que recibieron son inadecuados para prevenir o disminuir el riesgo de contagio si es que el animal agresor presentaba rabia; incluso para el personal de salud generaba controversia la atención a estos pacientes ante la necesidad de colocar el suero antirrábico y la vacunación respectiva.

La contribución académica consiste en que permitirá ampliar los conocimientos sobre el tema y también puede propiciar que se desarrollen nuevos trabajos de investigación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CONOCIMIENTOS

2.1.1. CONCEPTO

Según el diccionario de la Real Academia Española se define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia” (1).

La definición de Bunge señala: “el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia” (2).

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Teniendo como base de que conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO – OBJETO (3).

2.1.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados, así se tienen los siguientes tipos de conocimiento (4):

a. Conocimiento descriptivo

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; como ejemplo se puede señalar las imágenes captadas por medio de la vista, mediante la cual se pueden almacenar en nuestra mente imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano (4).

b. Conocimiento conceptual

Es llamado también conocimiento empírico, aunque este término pueda dar lugar a confusión, en este tipo de conocimiento no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo, sino que consiste en intuir, un objeto, es decir, captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (4).

c. Conocimiento teórico

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia más importante entre el conocimiento de nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal (4).

2.1.3. EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

La evaluación del conocimiento se realiza a través de escalas siendo las más empleada la Escala Vigesimal, que consiste en la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto, es decir, que es una escala que va de 0 a 20 puntos, quedando de la siguiente manera (5):

- a. **Nivel de conocimientos alto:** cuando se obtiene una puntuación de: 15 a 20 puntos.
- b. **Nivel de conocimientos medio:** cuando se obtiene una puntuación de: 9 - 14 puntos.
- c. **Nivel de conocimientos bajo:** similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtiene una puntuación de: 0 – 8 puntos.

2.2. ACTITUD

2.2.1. CONCEPTO

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitūdo*, la actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano (cuando expresa algo con eficacia o cuando es determinada por los movimientos del ánimo) o de un animal (cuando llama la atención por algún motivo) (6).

Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social (6).

Rodríguez, citado por Baron y cols, definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables (7).

2.2.2. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

En el desarrollo del ser humano, existen múltiples procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales. Se ha señalado que la principal función de las actitudes es la cognoscitiva, es decir, que las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Pero también se sabe que las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social o de ego defensivo (7).

2.2.3. PERSPECTIVA DE LA ACTITUD

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre éstas son dirigidas hacia un objeto o idea particular (2).

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo (2).

2.2.4. EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES

Las escalas de medición de las actitudes se componen de afirmación que expresan varias opiniones posibles sobre un tema. Las escalas de medición de actitudes van desde tres hasta siete puntos, según las investigaciones precedentes y los métodos estadísticos. Por lo general, las personas responden a cada reactivo en una escala de cinco puntos que van desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Al combinar las puntuaciones de todos los reactivos se puede calificar la aceptación o rechazo general de una persona hacia un asunto en particular. Cuando se usan en encuestas públicas, la escala de actitud proporciona información útil acerca de los sentimientos de segmentos grandes de la población (2).

2.2.5. IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES

El estudio de las actitudes es importante por dos razones principales: primera: influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos. Las actitudes a menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos. Algunos hallazgos indican que cuanto mayor sea la importancia de diversas actitudes, mayor será la tendencia de los individuos a hacer uso de estas actitudes en el procesamiento de la información, en la toma de decisiones y por supuesto, en la realización de acciones específicas. Segunda: la importancia de la actitud también surge de la relevancia de valores, cuanto más estrechamente esté conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia (2).

2.3. RABIA

2.3.1. HISTORIA

La rabia, palabra derivada de la antigua raíz india: “rabh”, que significa conducta violenta, es una enfermedad reconocida desde la antigüedad, probablemente más antigua que la raza humana; fue considerada como la acción de las fuerzas sobrenaturales sobre el hombre y otros mamíferos, principalmente el perro. Esta conducta violenta, irritable del perro, fue más frecuentemente observada en época de calor, por lo que a este lapso estacional se le conoció como “canícula” por la acción que ejercía la estrella Sirio de la constelación del Can Mayor sobre el sol (8).

Descripciones de la enfermedad fueron referidas en el código de Eshuma en Babilonia hace 4000 años (9), en los códigos de la antigua Mesopotamia (400 a.C.); Aristóteles (322 a.C.) describió la rabia humana y su relación con mordedura de animales; Hipócrates (400 a.C.) la caracterizó por el delirio que las personas tenían de beber agua, así como el miedo, temblor al menor ruido, parálisis y convulsiones (10). Celso (100 a.C.) reportó los síntomas de la enfermedad y el tratamiento de las heridas por “cauterización”. Omar Khayyam (1017-1123) en su obra Rubaiyat, con abundancia de imágenes, en un recuadro relata la brevedad de la vida y el destino fatal que sigue a la mordedura de un perro. Jerónimo Fracastoro (siglo XVI), afirmó que la rabia no podía ser contraída por ninguna clase de contacto, excepto cuando la piel ha sido rota por la mordedura de un perro. Gruner (1881) recomendó la inoculación de saliva de perros enfermos a animales sanos, como medio diagnóstico de la enfermedad. El químico biólogo francés, Louis Pasteur establece, a través de sus

investigaciones, el principio de las vacunas preventivas, inoculando microbios de virulencia atenuada y culmina con el uso de la vacuna antirrábica en 1885 (10).

En el continente americano es posible que la enfermedad existiese mucho antes de la colonización europea, ya que algunas leyendas relacionadas con la enfermedad entre los pobladores nativos de la región del Norte del Pacífico así lo demuestran. En México el prelado Málaga Alba fue el primero en señalar la enfermedad en el año de 1703 (10).

En Perú los primeros datos son recogidos en las obras científicas y literarias de don Hipólito Unuáne (1914) describiendo su aparición en los valles de la costa norte en 1803 (11). En 1887 el Dr. Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad en México, aprende de Pasteur la forma de preparación de la vacuna antirrábica que empieza a utilizarse en 1888, cuando ya se reconocía a la rabia como problema de salud pública (12).

En Perú en el año 1983 se realizó la primera Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en Guayaquil, Ecuador en la cual se aprobaron las estrategias del Plan de Acción para la eliminación de la rabia urbana (11). En muchos lugares donde la rabia era endémica desapareció gracias a la vacuna desarrollada por Pasteur.

2.3.2. CONCEPTO

La rabia es una enfermedad aguda infecciosa viral del sistema nervioso central ocasionada por un Rhabdoviridae que causa encefalitis aguda con una letalidad cercana al 100% (10).

La rabia, conocida también como "hidrofobia", es una infección viral aguda del sistema nervioso central que ocasiona una encefalitis, o encefalomielitis, casi siempre letal una vez que se inician los síntomas clínicos (10).

2.3.3. EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad es considerada una zoonosis, puesto que el hombre no es el eslabón de la cadena que asegura en la naturaleza la conservación y transmisión del virus, es considerado un huésped accidental, que en la mayoría de los casos llega a ser el huésped terminal. La rabia se encuentra en todos los continentes excepto en la Antártida; se ha registrado su existencia en 106 países, siendo el perro el transmisor principal (13). Existen dos formas epidemiológicas de rabia: la urbana, propagada principalmente por perros o gatos domésticos (9, 14, 15) que puede manifestarse en forma "furiosa" o "paralítica", y la forma selvática, llamada vulgarmente "derriengue" (12, 16) como resultado de mordeduras por murciélagos infectados (17), así como coyotes, zorros, zorrillos, mapaches y posiblemente otros mamíferos terrestres (13).

Esta zoonosis se mantiene a expensas de la fauna doméstica o salvaje y la presencia de casos en seres humanos responde principalmente a transmisión por su mordedura; en países donde el control antirrábico es inadecuado, el perro es el medio de transmisión en 90% o más de los casos, en países desarrollados representa sólo 5%, en éstos los animales salvajes son los transmisores más frecuentes (9, 10, 18). Los quirópteros, del género *Desmodus rotundus*, murciélagos hematófagos, son responsables de 74% de los casos de rabia selvática y reservorio natural y principal vector de la rabia del ganado (19, 20).

Según la Organización Mundial de la Salud, Asia, particularmente en India, África, son los lugares más afectados mientras que Oceanía, América y Europa presenta menos casos. El único lugar donde no se presenta la enfermedad es en

la Antártida (10). De acuerdo con la fuente de exposición: en América, el perro fue responsable de 80% de los casos y los animales salvajes lo fueron en 20%; en Europa, las especies salvajes lo fueron en 80%, el perro en 16% y los murciélagos en 4%; en África, el perro fue la fuente más frecuente, con 96% de casos y las especies salvajes con 4%; en Asia, el perro causó 80% de los casos y los animales salvajes 2% (10).

En el Perú, la rabia urbana ha sido enzoótica en muchos departamentos. En los dos últimos años se ha notificado rabia canina en La Libertad, Piura, Puno, Lambayeque Lima y Arequipa. La rabia silvestre es enzoótica en la selva y en algunos valles interandinos, como el valle del río Pampas, entre los departamentos de Ayacucho y Apurímac (21).

2.3.4. AGENTE ETIOLÓGICO

El virus de la rabia pertenece al género *Lyssavirus* de la familia *Rabdoviridae* (22), (del griego rhabdos = bastón), que incluye cinco virus, todos serológicamente relacionados con el virus de la rabia; por microscopia electrónica se define su forma como bala, compuesto de un núcleo de RNA helicoidal (23), de tira única, con polimerasa de RNA. El virión maduro tiene longitud de 180 nm por 75 nm. El interior del virión lleva la nucleocapside helicoidal, la cual está envuelta por la membrana matriz lipoproteica y sobre la cara más superficial se encuentran los peplómeros de glicoproteína. Actualmente se reconocen siete genotipos (13).

El virus no tolera el pH debajo de 3 ni arriba de 11; es inactivado por la luz ultravioleta, la luz solar, la desecación, la exposición a formaldehído, tripsina, b propionolactona y los detergentes (13). Una vez adquirido el virus se localiza en receptores que parecen ser de tipo colinérgico, demostrándose

experimentalmente que después de la inoculación viral, el antígeno puede ser detectado por inmunofluorescencia, en sitios colinesterasa positiva (24, 25).

Después de su fijación al sitio receptor, el virus se introduce al citoplasma por un proceso celular denominado viropexis o mecanismo fagocítico (25). Una vez dentro del citoplasma de la célula, en el sitio de inoculación o en la neurona, localiza la polimerasa de RNA, con lo cual inicia la síntesis de formas replicativas de RNA y de esta forma la progenie de viriones maduros, que pueden ser vistos por microscopia de luz, formando parte de los Cuerpos de Negri (14).

Al mismo tiempo se producen inhibidores del RNA celular, así como la síntesis de proteínas, que puede explicar el daño celular o el daño neuronal (26). Dentro de la célula, el virión induce la producción de interferón, proteínas de bajo peso molecular, que protegen en la etapa inicial a grupos celulares no infectados del virión, a través de la producción de proteínas antivirales que inhiben la auto duplicación viral, esto sirve como base para la utilización experimental, con resultados favorables de ácido Poli-I-poli-R, como inductores sintéticos de interferón en conejos expuestos en virus de la rabia (27).

El siguiente paso es el transporte centrípeto del virión a través del flujo axónico al sistema nervioso central (SNC), a una velocidad de 3 mm/hr (5 cm/día aproximadamente) (10, 28), algunos autores refieren velocidades de 8 a 20 mm/día (10). El lapso desde el inóculo hasta las manifestaciones clínicas es conocido como periodo de incubación, el cual se reporta entre seis días a 14 meses, por lo que las manifestaciones de la enfermedad dependen de la cantidad del inóculo viral y de la proximidad de la herida al SNC (28).

Localizado en el SNC se inicia la replicación viral con selectividad en las células de Purkinje, neuronas del asta de Ammon, región hipotalámica (28); estas neuronas presentan estructuras eosinofílicas, conteniendo gránulos basófilos descritos por Negri en 1903, que contienen partículas virales; es en este paso en que se inicia la “rabia clínica” para que posteriormente el virus tenga una diseminación centrífuga a toda la economía (10).

2.3.5. FISIOPATOLOGÍA

La presencia del virión y su interacción con la célula huésped neuronal se traduce en cambios macroscópicos poco específicos a nivel medular y encefálico; la diferencia con otros tipos de encefalitis de etiología viral radica principalmente en su distribución topográfica, la encefalomiелitis rábica afecta fundamentalmente la sustancia gris (28) y se desconoce si esta distribución está dictada por la presencia de actividad colinérgica, aun así, la localización de las lesiones del sistema límbico ofrecen una fascinante correlación clínico-patológica de la adaptación viral a estas estructuras neuronales (28).

Escobar y cols. reportan que la médula y el encéfalo presentan congestión vascular y edema generalizado, de los casos estudiados el aplanamiento de los surcos de la convexidad, los cortes del encéfalo mostraron discreto “punteo” vascular que corresponde a la congestión referida (29). Los hallazgos microscópicos demuestran infiltrado perivascular de linfocitos y células plasmáticas, hemorragias perivasculares, nódulos gliomesenquimatosos compuestos de astrocitos, microglías y algún grado de neuronofagia frecuentemente encontrado, con infiltrado perineural de células inflamatorias, cuadro conocido como Nódulo de Babes, descritos en 1892 (29).

La presencia de inclusiones citoplásmicas es la característica de la enfermedad y su ausencia no descarta el diagnóstico, pues en 25 a 30% de los casos no es

posible la demostración de los Cuerpos de Negri, (29) por lo que es necesario recurrir a técnicas de inmunofluorescencia. En el tronco cerebral el bulbo raquídeo es el más afectado, con lesiones en todos los núcleos grises: oliva, ambiguo, gracilis y cuneatus, trigémino, vago e hipogloso y formación reticular. En protuberancia, la porción tegmental y los núcleos motores son los más afectados. En mesencéfalo, la sustancia gris periacueductal y los núcleos del techo, así como núcleo rojo y formación reticular.

En el diencéfalo y ganglios basales se observan lesiones en el hipotálamo, periventricular y ventral, así como eminencia media; globus pallidus y algunos núcleos del tálamo (29). A pesar de los hallazgos histopatológicos, ésta tiene una presentación variable en el grado de lesión, llegando incluso a ser mínimas y a pesar de esto el desenlace es fatal. La correlación clínica y patológica en casos fatales con lesiones severas demuestra que la afección del tronco cerebral, sitios donde se integran una serie de reflejos y funciones viscerales, imprescindibles para la vida, se constituyen lesiones que por sí solas justifican 100% de la mortalidad en los casos de rabia (28). Estudios clínico-patológicos indican también que alteraciones pulmonares, e infecciosas, por alteraciones en el recambio alveolocapilar, alteraciones miocárdicas ocurren en la rabia humana y pueden ser factores determinantes en esta enfermedad (28).

2.3.6. HISTORIA NATURAL DE LA RABIA HUMANA

Durante su evolución, la rabia humana tiene cinco estadios (21):

- a. **Periodo de incubación:** Su duración promedio oscila entre 20 días a más de un año, de acuerdo con la cantidad del inóculo y distancia del sitio de inoculación y el SNC (9). Se han reportado periodos de incubación de 27 meses a seis años en casos de contagio por *Lyssavirus australiano* (28). En el Perú, se han notificado rangos de 10 a 312 días, con un

promedio de 50 días, dependiendo de la localización de la mordedura, carga viral e inervación del área afectada (30).

- b. Periodo prodrómico:** Ocurre de dos a 10 días postexposición generalmente con datos inespecíficos, en esta etapa, 50 a 52% de los pacientes experimentan dolor o parestesias en el sitio de inoculación. Otros síntomas incluyen: hipertermia, cefalalgia, náusea, vómito, agitación, irritabilidad; sugiriendo estos últimos involucramiento neurológico con duración de dos a 10 días (28).
- c. Periodo neurológico:** En esta etapa se presentan signos neurológicos que incluyen: hiperactividad, alucinaciones, convulsiones, parálisis. La hiperactividad es intermitente, de uno a cinco minutos de duración, que ocurre espontáneamente o es precipitado por estímulos visuales, auditivos y táctiles. En 30 a 50% de casos el intento de beber durante el periodo de hiperactividad es seguido por espasmos severos de laringe y faringe; estos síntomas son precipitados por ver agua (“hidrofobia de Celso”) o por soplar aire en la cara del paciente (“aerofobia”). Respiración con patrón irregular puede ser relacionado a mioclonus respiratorio, en el que la respiración rítmica es interrumpida por movimientos inspiratorios, la causa probable se localiza en tallo cerebral, en el estudio neuropatológico se aprecia que el tegmentum pontino y núcleos de pares craneales del piso del cuarto ventrículo son severamente afectados por cambios inflamatorios, como probable causa de esta sintomatología. A menos que el paciente muera por afección respiratoria (lesión pontina, ponto-bulbar, neumonitis rábica), afección cardiaca (miocarditis) (28), la parálisis es el hallazgo neurológico prominente, ésta puede ser difusa y simétrica, siendo mayor en la extremidad que se recibió el inóculo o ascendente como en el Síndrome de Guillan-Barré; el periodo neurológico agudo termina en dos a siete días, con una

duración mayor para las formas paralíticas, seguido por coma o muerte súbita.

- d. Periodo de coma:** Ocurre de siete a 10 días posterior al periodo neurológico. Una variedad de complicaciones ocurre en esta fase: respiratorias, neurológicas: aumento de la presión intracraneal, involucramiento hipotalámico produciendo diabetes insípida o SIHAD; disfunción autonómica produciendo hipertensión, hipotensión, arritmias, hipertermia e hipotermia (9).
- e. Periodo de muerte:** Puede ocurrir dos o tres días posteriores al periodo de coma, pero puede retrasarse con equipo de soporte (9). Hay quien menciona recuperación, lo que ocurre muy raramente. La rabia clínica es universalmente fatal, pero tres casos son reportados como no fatales recibiendo profilaxis preexposición o postexposición antes del inicio de la enfermedad (28).

2.3.7. DIAGNÓSTICO

La primera lesión cerebral diagnosticada fue reportada por Adolchi Negri en 1903, quien describió un organismo dentro del citoplasma neuronal que consideró como protozooario, ahora conocido como acumulación de antígenos virales. La baja sensibilidad de los métodos para detectar los Cuerpos de Negri (30) hicieron de la técnica de anticuerpos inmunofluorescentes (IFA) el método preferido de diagnóstico (28).

Los métodos diagnósticos para el periodo neurológico e incluso prodrómico son basados en la patogénesis de la enfermedad. Después de la multiplicación en el SNC, el virus se dirige en forma centrífuga a través de los nervios o los órganos periféricos epitelio corneal como impronta para tinción con anticuerpos

inmunofluorescentes (prueba de Schneider), IgM e IgG para Rabia, biopsia de piel de 3-5 mm de profundidad para demostración del antígeno viral en las terminaciones nerviosas que rodean el folículo piloso, aislamiento del virus a partir de saliva con al menos 500 μ L o aspirado traqueal por inoculación son métodos de diagnóstico premortem (28), incluyendo la demostración de Anticuerpos neutralizantes en suero o líquido cefalorraquídeo (LCR), en ausencia de inmunización activa o pasiva (39, 44, 45) Los exámenes de diagnóstico postmortem incluyen el método de tinción de Cellers para la detección de Cuerpos de Negri, aunque la observación de estos cuerpos de inclusión citoplásmica confirman el diagnóstico de rabia, sólo se encuentran en 75 a 80% (28).

Debido a la baja sensibilidad el resultado se confirma por prueba directa de Acs. inmunofluorescentes para demostrar la nucleocápside proteica del virus, previa inoculación de éste en cerebro de ratones. Actualmente este método es reemplazado con frecuencia por el igualmente sensible y mucho más rápido aislamiento in vitro a partir del cultivo de células nerviosas (28).

La aplicación de técnicas moleculares como la reacción en cadena de polimerasa (PCR por sus siglas en inglés) y análisis de secuencia de nucleótidos, prometen aumentar la sensibilidad para el diagnóstico premortem e identificación del RNA viral aun en muestras mal conservadas y probablemente en muestras de más de dos semanas después del inicio de la enfermedad clínica, cuando se han desarrollado Anticuerpos Neutralizantes (28).

En el Perú, se realizan los siguientes exámenes para el diagnóstico de la rabia (30):

a. Prueba de Inmunofluorescencia Directa

Es una prueba que se realiza en muestras humanas o animales y se basa en una reacción Antígeno (Ag) – Anticuerpo (Ac) que se hace visible a través del microscopio de fluorescencia. Esta prueba es altamente sensible y específica, demuestra la presencia del virus rábico.

b. Prueba biológica

Consiste en inocular ratones albinos de laboratorio con una muestra de cerebro humano o animal sospechoso de rabia. Si entre el quinto y el vigésimo primer día de la inoculación, los ratones no mueren ni presentan signos de rabia, la muestra es definitivamente negativa, si al contrario, alguno muere, se realiza la prueba de inmunofluorescencia directa en una muestra del cerebro del ratón albino muerto. En muestras de murciélagos, se recomienda esperar hasta 30 días para determinar su negatividad (30).

c. Informes de resultados

Una prueba positiva en cualquiera de los exámenes es concluyente de rabia, y determina la necesidad de realizar las acciones correspondientes de control de foco. Cuando la prueba de inmunofluorescencia directa es negativa, se realiza la prueba biológica. Un resultado negativo, no determina la suspensión del tratamiento de la persona. La prueba biológica es la única que determina la negatividad de la muestra y por tanto, constituye el gold estándar para el diagnóstico de la enfermedad (30).

2.3.8. TRATAMIENTO

En lugares donde la rabia es un problema de salud pública, se debe considerar sospechosa cualquier mordedura de animal y, por tanto, deben tomarse medidas de precaución.

a. Tratamiento del paciente

Ante la sospecha de rabia, es imprescindible iniciar el tratamiento inmediatamente para reducir al mínimo la cantidad de virus inoculados.

- **Manejo de la herida.** Limpiar profundamente con lo siguiente: jabón y agua por cinco minutos o cloróxido en dilución 1 en 20 o compuestos de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio al 1 a 4%) que inactivan a los virus.
- Aplicar desinfectante: Isodine o alcohol al 40-70%.
- No suturar ni aplicar vendaje compresivo.
- Administrar toxoide tetánico y/o antibiótico si es necesario.
- Inmunización pasiva con suero antirrábico:
 - a) Inmunoglobulina antirrábica humana: 20 unidades/Kg de peso, 50% infiltrado localmente en la herida, resto I.M. en glúteo.
 - b) Antisuero equino: 40 unidades/Kg de peso, 50% se infiltra en la herida y el otro 50% en glúteo.
- Es preferible la IGRH porque el antisuero equino puede causar enfermedad del suero.
- Inmunización activa con vacuna antirrábica:
 - a) Vacuna humana de células diploides (VHCD).
Hay dos preparados:
 1. Cepa viral Pitman-Moure que se hace crecer en cultivos de células diploides humanas.
 2. Cepa viral Kissling adaptada a células diploides de pulmón fetal de mono Rhesus. Ambas son eficaces y seguras.
 - b) Existen otras vacunas que han resultado eficaces:
Vacuna purificada de células VERO (PVRV) VerorabMR, ImovaxMR, Rabies veroMR, TRC VerorabMR y la vacuna

purificada de células de embrión de pollo (PCECV) RabipurM (28).

Tan pronto como se pueda, tras la exposición se administran I.M. cinco dosis (régimen de “Essen”) de 1 mL de VHCD. La primera dosis acompañada de IGRH I.M.; las dosis deben administrarse en 28 días, en los días 0, 3, 7, 14 y 28 o 30. La OMS también recomienda un ciclo de 21 y de 90 días. La mujer embarazada en riesgo también puede recibir la vacunación (27).

La rabia no es inevitablemente fatal. La presencia de anticuerpos neutralizantes como reacción del huésped que recibe el inóculo es considerada la causa de la resistencia a la infección del hombre y animales (27, 28); al iniciar Pasteur la prevención de la rabia con vacunas de virus atenuados, pronto se conocen las reacciones adversas que ocasiona este tipo de terapéutica.

A pesar del uso extendió de las vacunas producidas en tejido nervioso (15), desde la original usada por Pasteur, hasta las elaboradas por Fermi o Semple, actualmente están en desuso por las reacciones provocadas por el factor “encefalitogénico” que posee el tejido nervioso (28); por esta razón Fuenzalida y Palacios produjeron la vacuna en cerebro de ratón lactante aunque también produce complicaciones neurológicas (31). El virus en embrión de pato conduce a una vacuna menos inmunogénica (31), presentando complicaciones en menos de 1% en los primeros 15 días de su aplicación (18).

Existe un protocolo llamado Milwaukee con el que se ha tratado la rabia en una paciente de 15 años de edad que fue mordida por

un murciélago *Desmodus rotundus* en el índice izquierdo. Dicho tratamiento consistía en inducir a la paciente a un coma terapéutico con midazolam y ketamina. Después se le administró fenobarbital y drogas antivirales como la ribavirina y amantadina, mientras se esperaba que su sistema inmunológico produjera anticuerpos que atacaran el virus y después de siete días fue retirada del coma terapéutico inducido, después de 31 días se le realizaron estudios saliendo negativos para el virus de la rabia. Este protocolo ha sido utilizado por otros sin obtener resultados alentadores en los que los pacientes hayan salido con vida (28).

El tratamiento de la enfermedad establecida está encaminado a los cuidados intensivos para apoyo cardiovascular y respiratorio, siendo los principales problemas clínicos: hipoxia, arritmias, desequilibrio hidroelectrolítico, hipotensión y edema cerebral. Algunas medidas específicas han sido infructuosas como el uso de antivirales e interferón. La recuperación de la rabia clínica es posible y requiere un manejo interdisciplinario (28).

2.3.9. PREVENCIÓN Y CONTROL

a. Para la rabia urbana

- Vacunación antirrábica canina.
- Eliminación selectiva de canes vagos y de animales mordidos por un animal rabioso.
- Mantener una vigilancia activa de la dinámica poblacional canina.
- Observación clínica del animal mordedor (perros, gatos) durante 10 días y sacrificarlo ante la presencia de signos sospechosos.

- Remitir la cabeza del animal, con hielo seco para su examen de laboratorio. Si se requiere dos o más días para que llegue al laboratorio, remitir la muestra de masa encefálica en glicerina al 50%.
- Las personas con riesgo ocupacional (veterinarios, personal técnico de centros antirrábicos, personal de laboratorios que trabajan con virus rábico, vacunadores de campañas antirrábicas) deben recibir tratamiento de preexposición de tres dosis a los 0, 7 y 21 días, utilizando la vacuna de cerebro de ratón lactante (CRL) seguido de un refuerzo a los 90 días y posteriormente en forma anual.
- Prevención de la rabia después de la mordedura. Tratamiento de post-exposición: Lavado inmediato de la herida con abundante agua y jabón. Protección con suero antirrábico, de acuerdo a la norma nacional. Administrar suero de origen humano (20 UI/kg de peso) o equino (40 UI/kg de peso), tan pronto como sea posible después de la exposición. Vacuna de CRL. Esquema reducido: siete dosis administrados por vía subcutánea (SC) en forma diaria e ininterrumpida, y tres refuerzos a los 10, 20 y 60 días, contados a partir de la 7ma dosis. Esquema clásico (sólo si se utiliza suero antirrábico): 14 dosis aplicados por vía SC en forma diaria e ininterrumpida, y dos refuerzos a los 10 y 20 días, contados a partir de la 14va dosis.
- Vacunas de cultivo de tejidos. Esquema intramuscular estándar según la OMS: una dosis administrada los días 0, 3, 7, 14 y 28. Todas las inyecciones deben ser aplicadas en la región deltoidea. En el caso de niños pequeños la vacuna debe aplicarse en la cara anterolateral del muslo. La vacuna nunca debe ser aplicada en la región glútea (21). Esquema 2-1-1: puede ser utilizado como una alternativa, siempre y cuando no se haya indicado suero antirrábico. Se aplican dos dosis el día 0, una en la región deltoidea derecha y otra en la izquierda. Dosis adicionales son aplicadas en la región deltoidea los días 7 y 21 (21).

- Educación sanitaria en la comunidad. En situación de brote: debe educarse a la población para que reconozcan los síntomas y signos de la rabia, conozcan los mecanismos de transmisión y acudan oportunamente a consulta para que reciban manejo adecuado. Finalmente, la capacitación del personal de salud en diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la enfermedad.

b. Para la rabia silvestre

Además de todas las medidas señaladas anteriormente, se debe realizar:

- Vigilancia periódica de la circulación de virus rábico en murciélagos en áreas de riesgo.
- Vigilancia de mordeduras por murciélagos en personas y ganado bovino en áreas de riesgo.
- Eliminación selectiva de murciélagos hematófagos con vampiricidas.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

Autor: Mucheru, M., Kikuvi, M., Amwayi, A.

Título: Conocimientos y prácticas hacia la rabia y los determinantes de la vacunación de la rabia canina en los hogares: un estudio transversal en una zona con incidentes de mordeduras de perros en el Condado de Kakamega alta, Kenia, 2013.

Fuente: Pan Afr Med J; 19: 255, 2014. Uganda.

Resumen: Se estima que 55.000 personas mueren de rabia cada año. Estudio descriptivo transversal con muestreo en dos etapas. Una serie de preguntas relacionadas con el conocimiento y la práctica de la rabia se utilizaron para anotar la respuesta de los participantes. Puntaje por encima de la media de la

muestra se equiparó a los conocimientos y las prácticas adecuados adecuada respectivamente. Resultados: Trescientas noventa personas participantes tenían una población de 754 perros con un 35% ($n = 119$). En general, la puntuación media para el conocimiento fue de 7,0 ($\pm 2,8$) con un rango (0-11) y 6,3 ($\pm 1,2$) para la práctica con un puntaje de 0-8. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento y la práctica con perros vacunados en comparación con los perros no vacunados. Los participantes con un conocimiento adecuado de la rabia eran más propensos a tener la búsqueda de prácticas de salud adecuadas 139 (80%) y las prácticas de manejo adecuadas de sospecha de perro rabioso 327 (88%) (32).

Autor: Jeanpetit, R., Bellanger, P, y cols.

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria en la región de Franche-Comté (Francia) sobre el riesgo de la rabia.

Fuente: Zoonosis de Salud Pública; 61 (5): 371-6, 2014. Alemania.

Resumen: La rabia sigue siendo un problema de salud pública y se asocia con una tasa de mortalidad de casi el 100%. Una encuesta observacional se llevó a cabo en 2010 para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de 400 médicos de atención primaria (PCP) de nuestra área en relación con el riesgo de rabia. La tasa de respuesta fue del 38,5%. La mayoría de los médicos de cabecera se basaron en las zonas rurales y semi-rurales, el 76% sabía dónde estaba ubicado su centro de la rabia más cercana y 75% de ellos mostró que su conocimiento del riesgo de la rabia era pobre. Si bien la mayoría de ellos ($> 80\%$) sabían que los animales transmiten la enfermedad, así como los criterios de gravedad de las mordeduras, sólo el 12% sabía que no había ninguna contraindicación para la vacuna contra la rabia en caso de exposición a la enfermedad. Las respuestas a las siete situaciones clínicas mostraron que la mayoría de ellos no sabían la indicación precisa de la vacuna contra la rabia y la inmunoglobulina antirrábica. Los médicos de atención primaria suelen

ser conscientes del riesgo de la rabia, pero su conocimiento de cómo manejar la exposición de la rabia y la prevención a menudo requiere de actualización (33).

Autor: Galeano, R., Muñoz, A., y cols.

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre rabia en una comunidad rural: estudio epidemiológico comunitario después de casos de agresión canina a humanos, Loma Plata - Chaco, octubre – 2011.

Fuente: Revista Paraguaya de Epidemiología Vol. 3, núm. 1 (2012).

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo transversal para investigar rabia canina en Loma Plata-Chaco, en octubre 2011, a fin de recomendar acciones de prevención y control. Se utilizó encuesta de actitudes y conocimientos sobre la enfermedad, y del estado vacunal de los animales domésticos. Fueron confirmados dos casos de rabia en perros. Se identificó 17 contactos humanos. Un caso recibió suero y vacuna antirrábica cinco días después de la agresión, otro sólo vacuna. Los otros 15 contactos vacunados en promedio, cuatro días después de la agresión. Según la encuesta, 79% (19/24) de viviendas tienen animales domésticos, 78% (49/63) sin vacunas, de ellos 55% (16/29) eran perros. De los vacunados 23% (3/13) contaban con registros, el 71% (17/24) de las personas encuestadas conoce la enfermedad, 76% (13/17) refirió agresividad como síntoma más conocido, 100% reconocen al perro como transmisor de la rabia, 85% (17/24) sabía que el humano podría padecerla y un 33% (8/24) no conoce cómo se previene; en casos de mordeduras, el 62% (15/24) respondió que acudiría al hospital y 21% (4/24) refieren higiene de la herida con agua y jabón (34).

Autor: Alemán, M., Guerra, Y., Rodríguez, O., Castañeda, A.

Título: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre rabia en adolescentes.

Fuente: Arch. méd. Camaguey;16(1):62-70, ene.-feb. 2012.

Resumen: Objetivo: elevar el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre la rabia y la forma de prevenir la enfermedad. El universo estuvo constituido 381 alumnos, se tomó una muestra de 96 alumnos seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Resultados: después de la intervención aumentaron los conocimientos que poseían los estudiantes, la mayoría fueron evaluados de bien. Se demostró la importancia de métodos prácticos, didácticos y participativos para mejorar la comprensión de esta zoonosis. Conclusiones: después de aplicar la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento en los estudiantes sobre la rabia y su prevención, por lo que se consideró efectiva la intervención (35).

Se ha realizado la búsqueda de antecedentes investigativos a nivel local y no se han encontrado trabajos similares al presente.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes de la población acerca de la rabia. Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2016.

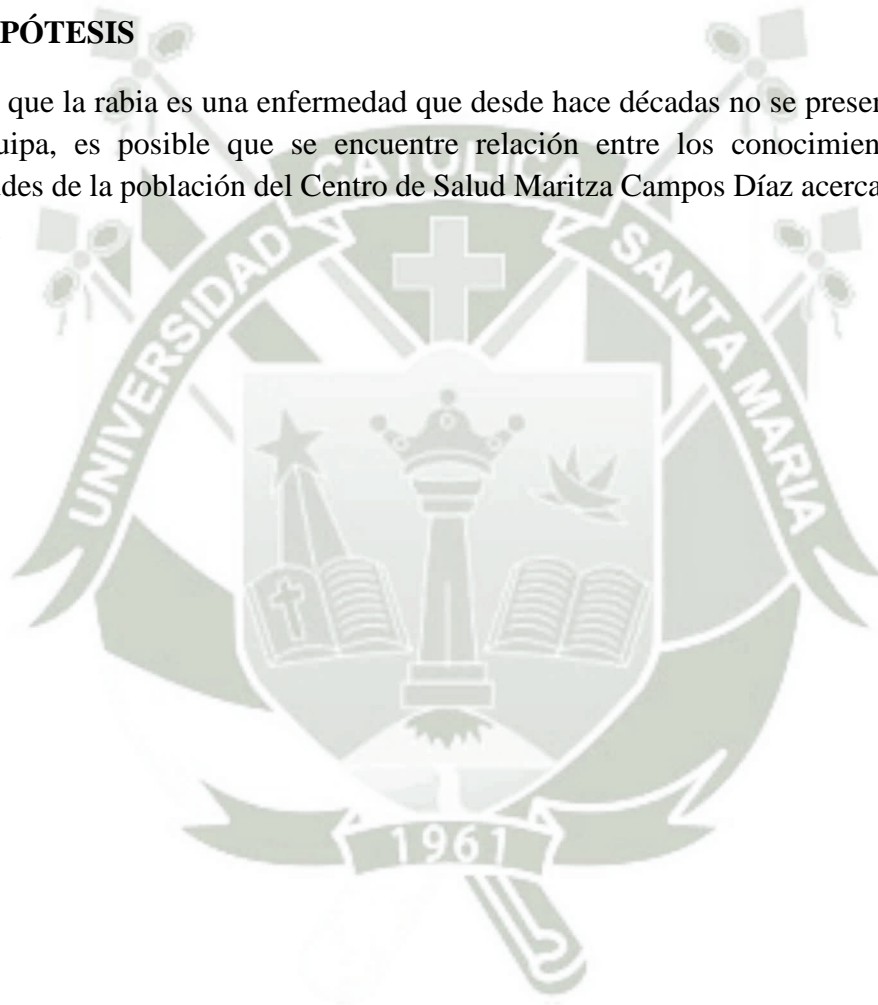
4.2. Objetivos Específicos

- Establecer si existe relación entre los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.
- Evaluar los conocimientos de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.

- Describir las actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.
- Establecer si existe relación entre las características sociodemográficas y los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.

5. HIPÓTESIS

Dado que la rabia es una enfermedad que desde hace décadas no se presenta en Arequipa, es posible que se encuentre relación entre los conocimientos y actitudes de la población del Centro de Salud Maritza Campos Díaz acerca de la rabia.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizará como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Para el desarrollo del estudio se aplicará un instrumento elaborado en base a las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, sobre la rabia, dicho instrumento ha sido validado y su uso ha sido recomendado en el Taller para la Prevención de la Enfermedad realizado por el Ministerio de Salud para el control de la rabia en Arequipa. El instrumento está estructurado por secciones que comprenden: datos generales, evaluación de conocimientos y evaluación de actitudes de la población acerca de la rabia. La sección de características sociodemográficas incluirá preguntas acerca de la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, crianza de perros, vacunación antirrábica de los perros y la crianza de los perros en la calle.

La sección de conocimientos incluirá 10 preguntas, cada una de las cuales será calificada con dos puntos, si la respuesta es correcta y con 0 puntos si la respuesta es incorrecta. Para la evaluación del conocimiento se utilizará la escala vigesimal, cuyas categorías serán las siguientes: Bajo: ≤ 8 puntos, Medio: 9 a 14 puntos y Alto: 15 a 20 puntos. Se realizará la validación del instrumento mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, además el instrumento será sometido a juicio de expertos.

La sección para la evaluación de las actitudes, incluirá 20 ítems, los cuales serán calificados mediante la escala de Likert, las alternativas de respuesta serán: en desacuerdo: 1 punto, indiferente; 2 puntos; de acuerdo: 3 puntos. Esta sección del instrumento también será validada mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, así como también será sometida a juicio de expertos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación será realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Esquina Yaravi Con Marañón, Cerro Colorado, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio de tipo coyuntural que comprende el período de diciembre del 2015 al mes de marzo del 2016.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

Está conformado por la población que acude al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, los que de forma mensual suman aproximadamente 700 personas.

2.3.2. Muestra

Se trabajará con una muestra representativa, la misma que fue calculada con la fórmula de población finita de la siguiente manera:

$$Z_{\alpha/2} \cdot N \cdot p \cdot q$$

$$n = \frac{\quad}{E^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 p \cdot q}$$

Dónde:

$Z_{\alpha/2}$ = nivel de confiabilidad, quiere decir que de cada 100 veces existe la probabilidad de que en 95 de ellas acertemos en el valor verdadero. Si se trabaja con un 95% de confiabilidad, el índice que se emplea en la fórmula es de 1,96.
N = Tamaño de la población (700).

n = Tamaño de la muestra

p = Proporción de la variable de interés

q = 1 - p

E = Error al cuadrado

Reemplazando:

$$1,96 \times 700 \times 0,5 \times 0,5$$

$$n = \frac{\quad}{0,0025 \times (699) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$672,28$$

$$n = \frac{\quad}{1,7475 + 0,49}$$

$$672,28$$

$$n = \frac{\quad}{2,2375}$$

n = 300 personas.

La muestra representativa estará conformada por 300 personas que serán seleccionadas en base a los siguientes criterios:

De inclusión:

- Personas de 18 años a más, de ambos sexos que acudan al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Personas que acepten participar en el estudio.

De exclusión:

- Personas menores de 18 años.
- Personas que presenten alteraciones mentales que impidan la resolución de los instrumentos.
- Personas que no hablen español.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez que los jurados dictaminadores den su aprobación del proyecto de tesis, se solicitará una carta de presentación a la Directora del Centro de Salud para que autorice la realización del estudio.
- El investigador, identificará la población de estudio y procederá a informarles acerca del estudio y solicitará su colaboración para participar en el mismo. Será el propio investigador quien hará entrega de los

formularios a las unidades de estudio y procederá a la aplicación de manera individual.

- Una vez concluida la recolección de datos, se realizará la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaborará el informe final de la investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

El investigador: Sr Edgar Arturo Vergara Veria.

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la
Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Luis Portilla Canqui.

Medico cirujano del Hospital Regional Honorio Delgado, diplomado en
Salud Pública

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora,
paquete estadístico, cámara fotográfica.

Financieros:

Autofinanciamiento.

3.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos a emplearse serán validados para el estudio mediante juicio de expertos, además se realizará una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento.

3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicará estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresarán en número y porcentaje. Para la sistematización de los datos, se empleará la hoja de cálculo Excel 2003 y el paquete estadístico Epi info. Los resultados serán presentados en tablas.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO ACTIVIDADES	2015				2016											
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto			X	X	X	X	X									
Presentación y aprobación del proyecto							X	X								
Recolección de Datos								X	X	X	X					
Elaboración del informe											X		X			
Presentación del informe final													X			

V. BIBLIOGRAFIA

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, Conocimiento; Vigésima tercera edición. España, 2015.
2. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012. Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Martín para obtener el Título Profesional de Obstetra. Tarapoto – Perú, 2012.
3. Cheesman S. Conceptos básicos en investigación. Buenos Aires: El Ateneo, 2010.
4. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados". Colombia. 2003.
5. Mejía E, Bravo J. Metodología de la Investigación Científica” Lima-Perú 2005.
6. Eiser, J.R. Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN, 1999.
7. Baron R, Byrne D. Psicología Social. 2da edición. España: Prentice Hall, 2010.
8. Hildreth E. Prevention of rabies. Ann Int Med 1963; 58: 883-97.
9. Hankins DG, Rosekrans JA. Overview, prevention, and treatment of rabies. Mayo Clinic Proc 2004; 79: 671-6.
10. Jiménez A, Torres L, López S. Situación epidemiológica de la rabia a nivel mundial. VERA. Organización Panamericana de la Salud. OMS. 2010.
11. Navarro V, Bustamantes J, Santo S. Situación actual y control de la rabia en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2007; 24(1): 46-50.
12. Acosta J, Díaz G. La rabia humana en las Américas. An Fac Med 2011, 28 (2): 32 - 39.
13. Carrada B. Visión nueva de un mal milenario. Rev Mex Patol Clin 2004; 51(3): 153-66.

14. Corey L. Rabia, enfermedades por Rabdovirus y por agentes del tipo Marburg. En: Harrison: Principios de Medicina interna. 18a Ed. Mac Graw Hill Medical: Estados Unidos, 2012.
15. Mann J. Immunization against rabies pre-and postexposure. En: Winkler WG (ed.). Rabies concepts for medical professionals. Miami: Merieux, Inst; 1984, Cap.7, p. 51-8.
16. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, rabia en humanos, perros y gatos. Colombia 2014.
17. Ministerio de Salud Pública. Rabia humana-animal. Guía de diagnóstico y tratamiento. Hospital pediátrico “Dr. A. Castelán”. Servicio de Infectología. Provincia del Chaco. Argentina. 2009.
18. Gómez A. La rabia: ¿una historia de nunca acabar? Neurología 2006; 21(4): 169-70.
19. Organización Panamericana de la Salud. Control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica y Técnica No 635. Decimonovena edición 2011.
20. -Secretaría de Salud de México. Dirección de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en Humano. 2012.
21. Ministerio de Salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica – Parte I. Rabia Urbana y Silvestre. Lima, 2005.
22. Fishbein DB, Bernard KW. Virus de la rabia. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. editores. Enfermedades infecciosas: Principios y práctica. 4ta ed. Buenos Aires: Panamericana SA, 1997. p. 1714-1731.
23. Murphy F. The rabies virus and pathogenesis of the disease. En: Winkler WG (ed.). Rabies concepts for Medical Professionals. Miami: Merieux, Inst; 1984, Cap. 2, p. 11-6.
24. Lents T, Burrage T. Is the acetylcholine receptor a rabies virus receptor? Science 1982; 215: 182-4.

25. Weiner L, Fleming J. Viral infections of the nervous system. *J Neurosurg* 1984; 61: 207-24.
26. Weiner L, Fleming J. Viral infections of the nervous system. *J Neurosurg* 1984; 61: 207-24.
27. Organización Mundial de la Salud. Rabia. Boletín Informativo N° 99. Ginebra. 2015.
28. Llamas L, Orozco E. Rabia: infección viral del sistema nervioso central. *Revista Mexicana de Neurociencia* Mayo-Junio, 2009; 10(3): 212-219.
29. Escobar A, Ledesma de Dauzón F, Romero C. Meningoencefalomielitis por vacunación antirrábica con vacuna preparada en el cerebro de ratón lactante. *Gac Med Mex* 1979; 115: 363-8.
30. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú. Lima, 2007.
31. Fuenzalida E. Consideraciones sobre la vacuna en cerebro de ratón lactante. *Salud Pub Mex* 1954; 16: 443-50.
32. Mucheru M, Kikuvu M, Amwayi A. Conocimientos y prácticas hacia la rabia y los determinantes de la vacunación de la rabia canina en los hogares: un estudio transversal en una zona con incidentes de mordeduras de perros en el Condado de Kakamega alta, Kenia. *Pan Afr Med J* 2014; 19: 255. Uganda.
33. Jeanpetit R, Bellanger P, y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria en la región de Franche-Comté (Francia) sobre el riesgo de la rabia. *Zoonosis de Salud Pública* 2014, 61 (5): 371-6. Alemania.
34. Galeano R, Muñoz A, y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre rabia en una comunidad rural: estudio epidemiológico comunitario después de casos de agresión canina a humanos, Loma Plata - Chaco, octubre – 2011. *Revista Paraguaya de Epidemiología* 2012, Vol. 3, núm.

35. Alemán M, Guerra Y, Rodríguez O, Castañeda A. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre rabia en adolescentes. Arch. méd. Camaguey 2012, 16(1):62-70.



ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE LA RABIA HUMANA

Estimado señor /señora.

La presente encuesta tiene como objetivo hacerle algunas preguntas que nos permitan obtener información acerca de sus conocimientos y actitudes sobre la rabia, enfermedad que se está presentando en Arequipa, por lo cual necesitamos de su información para favorecer el mejoramiento del control de la rabia en la ciudad. Su participación es voluntaria y su información será confidencial, por lo que le agradecemos por su tiempo prestado.

I. Datos generales: Características sociodemográficas

Edad..... Sexo Masculino Femenino

Nivel de instrucción: Ninguno Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta

Superior completa

Ocupación: Empleado Independiente Comerciante

Obrero

Jubilado Ama de casa Desocupado

¿Cría usted perros? Si No

¿Sus perros han sido vacunados contra la rabia en el último año? Si

No

¿Cría usted a sus perros en la calle? Si No.

-¿Hay rabia en Arequipa?

Si No

-¿En qué distrito de Arequipa se ha detectado rabia? ¿Sabe o no sabe?

Si () No ()

-¿Por qué cree que hay rabia en Arequipa?

- a. () Por el fenómeno del niño
- b. () Por la falta de acción de las autoridades competentes
- c. () Porque hay muchos perros callejeros
- d. () Porque la vacuna es cara
- e. () Porque la población no está informada

-¿Sabe usted que la vacuna es gratuita?

Si () No ()

II. Conocimientos sobre la rabia

1. ¿Qué es la rabia?

- a. () Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria que afecta al organismo.
- b. () Es una enfermedad infecciosa causada por un virus que afecta al sistema nervioso central.
- c. () Es una enfermedad que causa miedo a beber agua.
- d. () Es una enfermedad que se transmite por hongos.
- e. () Ninguna de las anteriores.

2. ¿Con qué otro nombre se conoce la rabia?.....

Si () No ()

3. ¿Cómo cree usted que se puede transmitir la rabia?

- a. () Tomar agua contaminada con el virus de la rabia.
- b. () Al ser mordido por animales domésticos como perros, gatos.
- c. () Por la mordedura de un animal con rabia que cause heridas en la piel
y/o mucosas de la persona.

d. Por la mordedura de murciélagos sanos.

4. ¿Cuáles son los signos o síntomas de la rabia en el humano?

- a. Ansiedad o intranquilidad
- b. Fiebre
- c. Adormecimiento en el sitio de la mordedura
- d. Dificultad para tomar agua y/o respirar.
- e. Todas las anteriores.

5. ¿Qué medidas debe tomar en caso de ser mordido por un perro?(marcar todas las correctas)

- a. Lavar la herida con abundante agua y jabón por cinco minutos.
- b. Desinfectar la herida con alcohol y vendar la herida.
- c. Tratar de identificar al perro y reportarlo al Ministerio de Salud.
- d. Acudir de inmediato al Centro de Salud u hospital más cercano.

6. ¿Cuáles son los signos de un perro que está con rabia?

- a. Cambios de conducta, está triste, se esconde en los rincones.
- b. Esta excitable, reacciona ante la luz, ruidos u otros estímulos.
- c. Se torna agresivo, muerde a otros animales, objetos, personas, babea.
- d. Trata de escaparse de su casa, presenta parálisis de las patas y luego parálisis general y muerte.
- e. Todas son correctas.

7. ¿El tratamiento en caso de ser mordido por un perro consiste en?

- a. Acudir de inmediato al Centro de salud u hospital para que le coloquen suero antirrábico.

- b. Recibir la vacuna antirrábica.
- c. Esperar a que se presenten signos de la enfermedad para empezar el
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna de las anteriores

8. ¿Cómo se cura la rabia?

- a. Tomando antibióticos.
- b. Con la vacuna antirrábica.
- c. Con suero y antibióticos.
- d. No se cura.

9. ¿El tratamiento de la rabia por lo general cura la enfermedad?

- a. Sí
- b. No

10. ¿Qué cuidados debe tener con los perros para evitar que se contagien de rabia? (marque todas las que considere correctas)

- a. Tener a los perros siempre dentro de casa, no criarlos en la calle.
- b. Vacunarlos una vez al año contra la rabia.
- c. En caso de que su perro haya sido mordido por otros perros, debe llevarlo al veterinario y hacerle seguimiento de su estado de salud.
- d. Colocarles vacuna antirrábica cuando son cachorros.

III. Actitudes sobre la rabia

Item	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
1. Los perros deben ser criados sólo dentro de la casa.			
2. Si saca a pasear a su perro, siempre debe hacerlo con correa.			
3. Los perros necesitan ser tratados con cuidado y afecto para que su estado general sea bueno.			
4. Es necesario que los perros sean vacunados una vez por año contra la rabia.			
5. Los perros deben ser llevados al veterinario por lo menos dos veces por año para que les evalúen su estado de salud.			
6. En caso de que su perro haya sido mordido o se haya peleado con otros perros, debe llevarlo de inmediato al veterinario.			
7. En caso de haber sido mordido por un perro usted u otro miembro de su familia, debe acudir de inmediato al Centro de Salud más cercano.			
8. En caso de haber sido mordido por su propio perro, igual debe acudir al Centro de Salud.			
9. Si su perro ha mordido a otra persona, usted debe enseñar el carnet de vacunación antirrábica y de ser necesario, trasladar al perro para su observación.			
10. Si su perro ha mordido a otra persona en la calle, debe guardarlo dentro de casa, para no tener más problemas.			
11. Debe permitir que su perro sea evaluado varias veces por los encargados del Centro de Salud si ha mordido a alguna persona.			
12. Si su perro ha mordido a alguien y luego ha muerto, no debe botarlo, sino entregarlo al Centro de Salud para que lo examinen.			

13. Debe permitir las visitas del personal de salud cuando realizan censos de población canina y responder con sinceridad sus preguntas?			
14. Debe permitir que el personal de salud vacune a sus perros contra la rabia, cuando hacen campañas de vacunación.			
15. Son necesarios los trabajos que hace el Ministerio de Salud en su comunidad para prevenir la rabia.			
16. En caso de haber sido mordido por un perro, debe lavarse la herida con agua y jabón.			
17. Las heridas por mordedura de perro deben ser suturadas (cosidas) rápidamente para que no se infecten.			
18. Si ha sido mordido por un perro de la calle debe capturarlo y matarlo.			
19. Si ha sido mordido por un perro, debe cumplir estrictamente con las indicaciones del personal de salud.			
20. Si ha sido mordido por un perro, debe cumplir con recibir todas las vacunas indicadas, y reportar al médico cualquier molestia o malestar que presente.			

GRACIAS