



*Impacto de los determinantes sociales en la propagación de enfermedades infecciosas en comunidades vulnerables*

*Impact of social determinants on the spread of infectious diseases in vulnerable communities*

*Impacto dos determinantes sociais na propagação de doenças infecciosas em comunidades vulneráveis*

Elsa Noralma Lucas Parrales <sup>I</sup>  
[elsa.lucas@unesum.edu.ec](mailto:elsa.lucas@unesum.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-7651-2948>

Mariela Lisbeth Cacao Muñiz <sup>II</sup>  
[marielis0788@hotmail.es](mailto:marielis0788@hotmail.es)

<https://orcid.org/0009-0004-2480-0130>

Liliana Aracely Castro Ortega <sup>III</sup>  
[castro-liliana5934@unesum.edu.ec](mailto:castro-liliana5934@unesum.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0003-1915-0044>

Guilber Antonio Quevedo Reyna <sup>IV</sup>  
[quevedo-guilber1854@unesum.edu.ec](mailto:quevedo-guilber1854@unesum.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-7432-6316>

**Correspondencia:** [marielis0788@hotmail.es](mailto:marielis0788@hotmail.es)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\* **Recibido:** 23 de mayo de 2025 \* **Aceptado:** 11 de junio de 2025 \* **Publicado:** 09 de julio de 2025

- I. Universidad Estatal del Sur de Manabí, Msc., Docente Maestría en Laboratorio Clínico, Instituto de Posgrado, Jipijapa, Ecuador.
- II. Universidad Estatal del Sur de Manabí, Estudiante de la Maestría en Laboratorio Clínico Mención Microbiología, Instituto de Posgrado, Jipijapa, Ecuador.
- III. Universidad Estatal del Sur de Manabí, Estudiante de la Maestría en Laboratorio Clínico Mención Microbiología, Instituto de Posgrado, Jipijapa, Ecuador.
- IV. Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador.

## Resumen

La provincia de Manabí, Ecuador, enfrenta un complejo escenario epidemiológico influenciado por determinantes sociales como pobreza, bajo nivel educativo, acceso limitado a servicios básicos y condiciones ambientales desfavorables, lo que favorece la propagación de enfermedades infecciosas como dengue, Chagas y leishmaniasis. Este estudio, parte de un proyecto de vinculación universitaria, tuvo como objetivo analizar estos determinantes y evaluar el impacto de estrategias educativas en comunidades vulnerables, especialmente en una parroquia rural del cantón Jipijapa. Mediante una metodología mixta y transversal, se aplicaron encuestas, entrevistas y talleres para caracterizar el contexto sociodemográfico y los conocimientos comunitarios sobre estas enfermedades. Los resultados: La mayoría de los encuestados son adultos (30% entre 40-59 años), jefes de hogar (33,33%) o cónyuges (23,33%), con bajo nivel educativo (36,67% solo básica) y alta dependencia del trabajo independiente (63,33%). El conocimiento sobre transmisión, síntomas y complicaciones de dengue, Chagas y leishmaniasis es limitado: solo 40-66% identifica correctamente la vía vectorial y menos del 10% reconoce otros factores de riesgo o síntomas, lo que dificulta la prevención y el control efectivo de estas enfermedades en la parroquia. Se concluye que la educación sanitaria debe fortalecerse para mejorar la prevención, reconociendo que las condiciones sociales y culturales condicionan fuertemente la salud en estas comunidades.

**Palabras Clave:** Dengue; chagas; leishmaniasis; factores de riesgos.

## Abstract

The province of Manabí, Ecuador, faces a complex epidemiological scenario influenced by social determinants such as poverty, low educational attainment, limited access to basic services, and unfavorable environmental conditions, which favor the spread of infectious diseases such as dengue, Chagas disease, and leishmaniasis. This study, part of a university outreach project, aimed to analyze these determinants and evaluate the impact of educational strategies in vulnerable communities, especially in a rural parish in the Jipijapa canton. Using a mixed and cross-sectional methodology, surveys, interviews, and workshops were conducted to characterize the sociodemographic context and community knowledge about these diseases. Results: Most respondents were adults (30% between 40 and 59 years old), heads of household (33.33%) or spouses (23.33%), with low educational levels (36.67% only basic) and a high dependence on self-

employment (63.33%). Knowledge about the transmission, symptoms, and complications of dengue, Chagas disease, and leishmaniasis is limited: only 40–66% correctly identify the vector route and less than 10% recognize other risk factors or symptoms, which hinders the effective prevention and control of these diseases in the parish. It is concluded that health education should be strengthened to improve prevention, recognizing that social and cultural conditions strongly influence health in these communities.

**Keywords:** Dengue; Chagas disease; leishmaniasis; risk factors.

## Resumo

A província de Manabí, Equador, enfrenta um cenário epidemiológico complexo influenciado por determinantes sociais como a pobreza, o baixo nível educacional, o acesso limitado a serviços básicos e condições ambientais desfavoráveis, que favorecem a propagação de doenças infecciosas como a dengue, a doença de Chagas e a leishmaniose. Este estudo, parte de um projeto de extensão universitária, teve como objetivo analisar estes determinantes e avaliar o impacto das estratégias educativas em comunidades vulneráveis, especialmente numa paróquia rural do cantão de Jipijapa. Utilizando uma metodologia mista e transversal, foram realizados inquéritos, entrevistas e workshops para caracterizar o contexto sociodemográfico e o conhecimento da comunidade sobre estas doenças. Resultados: A maioria dos inquiridos eram adultos (30% entre os 40 e os 59 anos), chefes de família (33,33%) ou cônjuges (23,33%), com baixa escolaridade (36,67% apenas o básico) e elevada dependência do trabalho independente (63,33%). O conhecimento sobre a transmissão, os sintomas e as complicações da dengue, da doença de Chagas e da leishmaniose é limitado: apenas 40% a 66% identificam corretamente a via do vetor e menos de 10% reconhecem outros fatores de risco ou sintomas, o que dificulta a prevenção e o controlo eficazes destas doenças no concelho. Conclui-se que a educação para a saúde deve ser reforçada para melhorar a prevenção, reconhecendo que as condições sociais e culturais influenciam fortemente a saúde nestas comunidades.

**Palavras-chave:** Dengue; doença de Chagas; leishmaniose; fatores de risco.

## Introducción

La salud de una población no depende exclusivamente de la disponibilidad de servicios médicos o del control clínico de las enfermedades. Diversos factores sociales, económicos, ambientales y

culturales –conocidos como *determinantes sociales de la salud*– tienen una influencia directa y profunda en la aparición, propagación y control de enfermedades, particularmente en contextos vulnerables. En este marco, la provincia de Manabí, ubicada en la región litoral del Ecuador, representa un escenario epidemiológico desafiante, donde convergen condiciones socioeconómicas precarias, desigualdades territoriales y deficiencias en el acceso a servicios básicos, todo lo cual contribuye al incremento de enfermedades infecciosas en su población (De La Guardia, & Ruvalcaba, 2020).

El presente artículo parte del análisis de un proyecto de vinculación universitaria que propone estrategias para la prevención y promoción de la salud en pacientes con infecciones en distintas zonas de Manabí, las cuales presentan condiciones de riesgo diversas. Este proyecto, desarrollado en articulación con asignaturas como bacteriología, parasitología, micología y virología, no solo busca intervenir en el plano comunitario, sino también fortalecer la formación académica y profesional del talento humano en salud mediante la integración entre teoría y práctica.

La provincia de Manabí, en Ecuador, enfrenta un desafío epidemiológico multifactorial que refleja las profundas desigualdades sociales, económicas y ambientales de la región (Hidalgo *et al*, 2022). En comunidades urbanas y rurales, la convergencia de pobreza, acceso limitado a servicios de salud y condiciones ambientales adversas ha creado un caldo de cultivo para enfermedades infecciosas como el dengue, infecciones respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas (Llerena & Mayorga, 2022). Este escenario exige un análisis integral de los determinantes sociales de la salud (DSS), entendidos como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen y viven, que condicionan su vulnerabilidad ante patologías prevenibles (R. 2024).

Manabí, una región con una población predominantemente montubia y rural, presenta disparidades críticas. Según datos del proyecto de investigación vinculado a la *Universidad Estatal del Sur de Manabí*, el 16.5% de los habitantes de la zona sur ha reportado casos de dengue, situándola como la enfermedad infecciosa más prevalente. Este dato contrasta con la percepción del 77% de la población que califica su salud como "buena" o "regular", lo que sugiere una normalización de las patologías endémicas y una brecha en la conciencia sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 2024). Aunque el acceso a agua potable (77%) y saneamiento básico (74%) supera los promedios de otras regiones ecuatorianas, persisten focos críticos sin cobertura. Estas carencias, sumadas a las lluvias estacionales y la proliferación de criaderos de *Aedes aegypti*, explican la persistencia del dengue (Losa, J. 2021). Además, el 23% de los hogares sin agua segura y el 26% sin saneamiento adecuado

enfrentan riesgos elevados de enfermedades diarreicas y parasitosis, especialmente en niños menores de 5 años (Ministerio de Salud Pública, 2024).

El 62% de la población de Manabí vive con ingresos inferiores al salario básico ecuatoriano (USD 450 en 2025), limitando su capacidad para acceder a medicamentos, repelentes o mosquiteros. La pobreza también se correlaciona con el hacinamiento: el 18% de las viviendas rurales alberga a más de 5 personas en un solo cuarto, facilitando la transmisión de infecciones respiratorias agudas (IRA), que representan el 34% de las consultas pediátricas en la provincia (Mamelund, 2021).

La educación emerge como otro eje crítico. Solo el 9% de los adultos en zonas rurales tiene educación superior, lo que reduce la adopción de medidas preventivas. Por ejemplo, el 41% de las familias desconoce los protocolos para eliminar criaderos de mosquitos, y el 28% aún almacena agua en recipientes sin tapar (Macías-Intriago, 2024). Estas prácticas, arraigadas en la necesidad de sobrevivir a sequías estacionales, evidencian cómo la falta de alfabetización en salud perpetúa ciclos de enfermedad (Vergara, 2022).

En áreas urbanas como Jipijapa, el crecimiento poblacional no planificado ha derivado en asentamientos sin drenaje pluvial, donde las aguas estancadas tras las lluvias incrementan un 40% los casos de leptospirosis y dengue (Azua *et al*, 2023). Por otro lado, en zonas rurales, la deforestación y el uso de pozos sépticos contaminan fuentes hídricas, vinculándose al 22% de los casos de hepatitis A y parasitosis intestinales (Pin *et al*, 2021).

El cambio climático agrava estos riesgos: el aumento de la temperatura media en 1.2°C (2000-2025) ha extendido la temporada de reproducción del *Aedes aegypti* de 6 a 9 meses anuales, según registros del Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología (INAMHI). Las instituciones de salud en Ecuador, actualmente no brindan servicios de campañas sobre temas de prevención de infecciones en general. En este contexto, el análisis de oferta es bajo, debido a que las comunidades rurales de una parroquia rural del cantón Jipijapa no se les ha brindado campañas de prevención sobre los factores predisponentes de infecciones (Poblete & Sottovia 2020).

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo **mixto**, alineado al modelo **descriptivo**, con un enfoque transversal para caracterizar los determinantes sociales que inciden en la propagación de enfermedades infecciosas en comunidades vulnerables de la provincia de Manabí. La metodología integró

técnicas cuantitativas para la recolección de datos epidemiológicos y sociodemográficos, y métodos cualitativos para comprender las percepciones y prácticas comunitarias.

**Población y área de estudio:** La investigación se desarrolló en una parroquia rural del cantón Jipijapa con alta incidencia de enfermedades infecciosas. La población objetivo incluyó habitantes de comunidades vulnerables, líderes comunitarios, promotores de salud y personal de centros sanitarios.

**Muestreo:** Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar comunidades con características socioambientales diversas y acceso limitado a servicios de salud. Dentro de estas, se seleccionaron hogares y actores clave para la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

**Procedimiento**

**Fase diagnóstica:**

- Aplicación de cuestionarios y encuestas en campo para obtener datos cuantitativos.
- Realización de entrevistas y talleres para recabar información cualitativa y fomentar la participación comunitaria.

**Fase de intervención:**

- Diseño y elaboración de materiales educativos adaptados cultural y lingüísticamente, en colaboración con docentes e investigadores.
- Capacitación teórico-práctica a líderes comunitarios y promotores de salud sobre higiene, saneamiento y prevención de enfermedades.
- Implementación de actividades comunitarias de promoción y prevención.

**Evaluación y seguimiento:**

- Monitoreo de indicadores epidemiológicos y cambios en prácticas de salud mediante encuestas de seguimiento.
- Retroalimentación continua con la comunidad y ajustes en las estrategias según resultados.

**Análisis de datos:** Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes) utilizando software estadístico. Los datos cualitativos fueron transcritos y procesados mediante análisis temático para identificar patrones y categorías emergentes relacionadas con percepciones y comportamientos de salud.

### Bioética:

En el desarrollo de este estudio se garantizó el respeto a los principios bioéticos fundamentales, priorizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Para proteger la identidad de las personas involucradas, se aplicó un riguroso proceso de **anonimización** en la recolección y manejo de datos, eliminando cualquier información que pudiera permitir la identificación directa o indirecta de los sujetos. Este enfoque bioético fue esencial para fomentar la confianza y la participación voluntaria de la población estudiada, asegurando que la información sensible recopilada durante las encuestas, entrevistas y talleres fuera tratada con estricta reserva.

### Resultados

En esta sección se presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los datos cuantitativos y cualitativos recolectados durante las fases de diagnóstico e intervención. Los resultados permiten identificar los principales determinantes sociales que influyen en la propagación de enfermedades infecciosas en las comunidades vulnerables de Manabí, así como evaluar el impacto de las estrategias implementadas para la promoción y prevención de la salud. A continuación, se describen los aspectos más relevantes relacionados con las condiciones sociodemográficas, el acceso a servicios de salud, las prácticas comunitarias y la efectividad de las acciones educativas desarrolladas.

*Tabla 1. Factores sociodemográficos de una parroquia rural del cantón Jipijapa*

<b>Datos sociodemográficos</b>		
<b>Estatus del encuestado</b>		
<b>Alternativas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Estatus</b>		
Jefe de hogar	15	50%
Cónyuge	11	38%
Hijo >18 años	3	8%
Otros (tíos/abuelos)	1	4%
<b>Grupos de Edad</b>		
Adulto joven (18-39 años)	12	40%
Adulto (40-59 años)	10	32%
Adulto mayor ( $\geq 65$ años)	8	28%
<b>Sexo</b>		
Femenino	14	46%
Masculino	16	54%

<b>Estado civil</b>		
Casado	16	52%
Unión libre	12	40%
Soltero	1	4%
Otros	1	4%
<b>Nivel educativo y económico</b>		
Básica	17	56%
Secundaria	12	40%
Tercer nivel	1	4%
Cuarto nivel	0	0%
<b>Fuente de ingreso económico</b>		
Entidad pública	0	0%
Entidad privada	1	4%
Independiente	29	96%
Jubilado	0	0%

*Encuesta de Factores sociodemográficos de una parroquia rural del cantón Jipijapa*

El análisis de la Tabla 1 muestra el perfil sociodemográfico de los encuestados en una parroquia rural del cantón Jipijapa. Se evidencia que la mayoría de los participantes son jefes de hogar (50%) y cónyuges (38%), lo que indica una representación significativa de las figuras responsables del núcleo familiar, fortaleciendo así la pertinencia de los datos recogidos sobre las dinámicas domésticas.

En cuanto a la edad, predomina la población adulta joven entre 18 y 39 años (40%), seguida de adultos entre 40 y 59 años (32%) y adultos mayores de 65 años o más (28%). Esta distribución revela que la mayoría se encuentra en edades productivas, aunque también hay una proporción considerable de adultos mayores, lo cual es relevante al considerar necesidades específicas en salud y bienestar.

Respecto al sexo, se observa una participación relativamente equilibrada, con una ligera mayoría de hombres (54%) frente a mujeres (46%). Esta distribución sugiere una representación equitativa de género en la muestra.

En relación con el estado civil, el 52% de los encuestados está casado y el 40% vive en unión libre, mientras que los solteros y otros estados civiles representan un 4% cada uno. Este patrón indica una prevalencia de relaciones conyugales formales o estables dentro de la comunidad.

En el ámbito educativo, se identifica un bajo nivel de escolaridad formal: el 56% posee educación básica y el 40% secundaria, mientras que solo un 4% ha accedido a educación superior (tercer

nivel). No se reportaron personas con formación de cuarto nivel, lo que refleja limitaciones en el acceso a estudios avanzados.

En cuanto a la fuente de ingresos económicos, el 96% de los encuestados se desempeña como trabajador independiente, y apenas un 4% labora en el sector privado. No se reportaron empleados públicos ni jubilados, lo cual evidencia un alto grado de informalidad laboral y escaso acceso a estabilidad y beneficios sociales.

En conjunto, estos datos reflejan una comunidad compuesta principalmente por adultos en edad productiva, con bajo nivel educativo formal y una economía basada en el autoempleo informal. Estas condiciones pueden limitar el acceso a servicios esenciales como salud, educación y seguridad social, y representar un reto importante en la implementación de políticas públicas efectivas, especialmente en el ámbito de la prevención de enfermedades infecciosas en contextos vulnerables.

*Tabla 2. de Factores de riesgo asociado a Dengue en una parroquia rural del cantón Jipijapa*

<b>Dengue</b>		
<b>Conocimiento</b>		
<b>Alternativas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Forma de contagio</b>		
Picadura de mosquito transmisor ( <i>Aedes aegypti</i> )	18	60%
Criadero de larvas	12	40%
<b>Signos y síntomas</b>		
Fiebre	25	85%
Dolor de cabeza intenso	2	5%
Dolores musculares y articulares	0	0%
Cansancio extremo	0	0%
Náuseas y vómitos	3	10%
<b>Factores de riesgos</b>		
Vivir en zonas tropicales	2	5%
Chagas	11	40%
Falta de uso de mosquiteros	17	55%
Viajar a zonas endémicas	0	0%
<b>Complicaciones</b>		
Hemorragias	27	90%
Lesión hepática	0	0%
Alteraciones cardíacas	0	0%
Insuficiencia renal	3	10%

*Fuente: Encuestas de habitantes pertenecientes a una parroquia rural del cantón Jipijapa*

El análisis de la **Tabla 2** revela que existe un nivel básico de conocimiento entre los encuestados sobre los factores de riesgo asociados al dengue. En cuanto a las formas de contagio, el 60% de los participantes identificó correctamente la picadura del mosquito *Aedes aegypti* como la principal vía de transmisión, mientras que el 40% reconoció los criaderos de larvas como un factor determinante en la propagación de la enfermedad. Estos resultados evidencian que, aunque hay conciencia sobre el vector, aún se requiere reforzar la comprensión del ciclo de vida del mosquito. Respecto a los signos y síntomas del dengue, la fiebre fue mencionada por el 85% de los encuestados, lo que indica que es ampliamente reconocida como uno de los principales síntomas. Sin embargo, otros signos como náuseas y vómitos fueron identificados solo por el 10%, y síntomas importantes como el dolor de cabeza intenso (5%) y los dolores musculares y articulares (0%), así como el cansancio extremo (0%) son poco reconocidos, lo que limita una identificación temprana de la enfermedad.

En cuanto a los factores de riesgo, el 55% de los encuestados señaló la falta de uso de mosquiteros como un elemento clave en la exposición al dengue, seguido por un 40% que mencionó Chagas, lo que refleja una posible confusión entre enfermedades endémicas transmitidas por vectores. Solo el 5% reconoció que vivir en zonas tropicales constituye un riesgo, y ningún encuestado identificó el viajar a zonas endémicas como un factor relevante, lo que sugiere un conocimiento limitado sobre los riesgos geográficos y comportamentales.

Finalmente, en relación con las complicaciones del dengue, el 90% de los encuestados identificó correctamente las hemorragias como una posible consecuencia grave de la enfermedad. Sin embargo, otras complicaciones severas como la insuficiencia renal solo fueron reconocidas por el 10%, mientras que las lesiones hepáticas y alteraciones cardíacas no fueron mencionadas por ningún participante. Esto podría disminuir el sentido de urgencia ante la aparición de síntomas severos y retrasar la búsqueda de atención médica oportuna.

En resumen, aunque se observa una noción general sobre el dengue, los resultados reflejan vacíos importantes en el conocimiento de los signos menos comunes, factores de riesgo más amplios y complicaciones potenciales. Esto resalta la necesidad de implementar programas educativos y campañas de prevención más eficaces y contextualizados a nivel comunitario.

En el análisis del Chi-cuadrado el valor de  $p < 0.001$  indica que hay diferencias altamente significativas en el nivel de conocimiento de los distintos factores e indicadores relacionados con el Dengue. Es decir: La población no conoce todos los aspectos por igual: Mientras algunos

elementos como fiebre y hemorragias tienen altos niveles de reconocimiento, otros como dolores musculares, viajar a zonas endémicas o lesiones hepáticas son prácticamente desconocidos.

*Tabla 3. Factores de riesgo asociado a infección de Chagas en una parroquia rural del cantón Jipijapa*

<b>Chagas</b>		
<b>Conocimiento</b>		
<b>Alternativas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Forma de contagio</b>		
Picadura de triatoma	28	95%
Comer o Beber alimentos contaminados con heces de triatoma	2	5%
Por transfusión sanguínea de una persona infectada	0	0%
Mujer embarazada infecta al hijo	0	0%
Vio al triatoma los últimos 12 meses	0	0%
<b>Signos y síntomas</b>		
Fiebre	28	95%
Hinchazón de parpado	2	5%
Hinchazón de ganglios	0	0%
Dolor abdominal	0	0%
Manchas en la piel	0	0%
<b>Factores de riesgos</b>		
Vivir en zonas endémicas	2	5%
Presencia de triatominos	0	0%
Casas construidas con materiales precarios	0	0%
Almacenamiento de leña o escombros	28	95%
<b>Complicaciones</b>		
Cardiopatía Chagásica	2	5%
Trastornos digestivos	28	95%
Trastornos neurológicos	0	0%
Alteraciones musculares y articulares	0	0%

*Fuente: Encuestas de habitantes pertenecientes a una parroquia rural del cantón Jipijapa*

Según los datos de la **Tabla 3**, se observa que un 95% de los encuestados identifica correctamente la picadura del triatoma como la principal forma de contagio de la enfermedad de Chagas. Esto refleja un buen conocimiento de la vía de transmisión vectorial, la cual es ampliamente conocida en las zonas endémicas. Sin embargo, el 5% de los participantes reconocen que comer o beber alimentos contaminados con heces del triatoma puede ser una forma de transmisión, mientras que las otras vías de transmisión, como la transmisión vertical (madre a hijo) y la transfusión sanguínea (0%), no son reconocidas por la mayoría de los encuestados. Esto sugiere que el conocimiento

sigue siendo limitado, centrado casi exclusivamente en la transmisión por el vector, sin considerar otras vías que también son relevantes en las áreas endémicas.

En cuanto a los signos y síntomas, el 95% de los encuestados mencionó la fiebre como un signo característico de la enfermedad de Chagas, lo que refleja una comprensión básica de los síntomas más comunes. Sin embargo, signos como la hinchazón del párpado fueron mencionados por solo el 5%, y síntomas como la hinchazón de ganglios, el dolor abdominal y las manchas en la piel no fueron identificados por los participantes. Esto indica que, aunque algunos síntomas son conocidos, hay un desconocimiento general sobre la diversidad de manifestaciones clínicas de la enfermedad. En relación con los factores de riesgo, solo el 5% de los encuestados reconoció que vivir en zonas endémicas podría ser un factor de riesgo, y ninguno mencionó la presencia de triatominos ni la construcción de casas con materiales precarios como elementos clave en la transmisión del Chagas. Sin embargo, un 95% identificó correctamente que el almacenamiento de leña o escombros podría ser un factor de riesgo, lo que sugiere que, aunque hay un buen reconocimiento de ciertos factores ambientales, el conocimiento sobre otros riesgos, como la presencia de triatominos en los hogares, es limitado.

En cuanto a las complicaciones, el 95% identificó trastornos digestivos como una posible consecuencia del Chagas, mientras que la cardiopatía chagásica fue mencionada por solo el 5%. Los trastornos neurológicos y las alteraciones musculares y articulares no fueron mencionados, lo que indica una falta de conciencia sobre las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

En resumen, aunque la mayoría de los encuestados tiene un conocimiento básico sobre la transmisión y algunos síntomas de la enfermedad de Chagas, existe una brecha significativa en el conocimiento sobre las otras vías de transmisión, signos menos comunes, factores de riesgo ambientales y complicaciones graves. Esto resalta la necesidad de reforzar la educación en salud para prevenir la propagación de la enfermedad y mejorar la identificación temprana de sus signos.

*Tabla 4. Factores de riesgo asociado a infección de Leishmania en una parroquia rural del cantón Jipijapa*

<b>Leishmania</b>		
<b>Conocimiento</b>		
<b>Alternativas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Forma de contagio</b>		
Picadura de mosquito flebotomíneos	30	100%
<b>Animales que pueden infectarse</b>		

Perros	22	75%
Gatos	6	20%
Ratones de monte	2	5%
Comadreja	0	0%
<b>Signos y síntomas</b>		
Fiebre	30	100%
Ulcera que tarda en curar	0	0%
Hinchazón de los ojos	0	0%
Ronchas en todo el cuerpo	0	0%
<b>Factores de riesgos</b>		
Viajar o vivir en zonas endémicas	0	0%
Condiciones de hacinamiento	2	5%
Falta de medidas preventivas	28	95%
<b>Complicaciones</b>		
Ulcera de la nariz	21	70%
Destruyen los labios	7	25%
Destruyen el paladar	2	5%

*Fuente: Encuestas de habitantes pertenecientes a una parroquia rural del cantón Jipijapa*

De los resultados presentados en la **Tabla 4**, se evidencia que un 95% de los encuestados reconoce correctamente la picadura del triatoma como la principal forma de contagio de la enfermedad de Chagas. Este alto porcentaje refleja un buen nivel de conocimiento en cuanto al mecanismo vectorial de transmisión. Sin embargo, persiste un vacío importante en el reconocimiento de otras vías, ya que solo el 5% identifica la transmisión oral a través de alimentos contaminados, mientras que ningún encuestado menciona la transmisión por transfusión sanguínea ni de madre a hijo, lo que sugiere un conocimiento limitado del espectro completo de formas de contagio.

En cuanto a los síntomas, la gran mayoría (95%) asocia la enfermedad con fiebre, un signo común pero inespecífico. Solo el 5% identifica la hinchazón del párpado, un síntoma característico en la fase aguda, mientras que otros signos relevantes como ganglios inflamados, dolor abdominal o manchas en la piel no son reconocidos por ningún participante. Este patrón sugiere una percepción reducida y poco detallada del cuadro clínico que puede dificultar una detección oportuna.

Con respecto a los factores de riesgo ambientales, el 95% de los encuestados identifica correctamente el almacenamiento de leña y escombros como una condición propicia para la presencia del vector, lo cual denota una conciencia acertada sobre el entorno inmediato. Sin embargo, sólo el 5% relaciona la enfermedad con vivir en zonas endémicas, y ningún encuestado

menciona la presencia de triatomíneos ni las viviendas construidas con materiales precarios, lo cual limita la comprensión de los elementos estructurales y geográficos que facilitan la transmisión.

En lo referente a las complicaciones de la enfermedad, se observa que el 95% reconoce los trastornos digestivos como una consecuencia grave del Chagas, mientras que solo el 5% identifica la cardiopatía chagásica, considerada una de las principales secuelas incapacitantes en la fase crónica. No se menciona ninguna otra complicación, como los trastornos neurológicos o musculares, lo que evidencia una falta de información sobre el impacto multisistémico que puede tener la enfermedad a largo plazo.

En resumen, si bien la población muestra un buen nivel de conocimiento sobre el vector y ciertos síntomas generales, el análisis revela importantes lagunas en la comprensión de las formas de contagio no vectoriales, síntomas específicos, determinantes estructurales y complicaciones sistémicas de la enfermedad. Esto refuerza la necesidad de fortalecer los procesos de educación comunitaria con un enfoque integral, que no solo informe sobre el vector, sino también sobre los aspectos clínicos, sociales y preventivos asociados a la enfermedad de Chagas.

La *prueba de Chi-cuadrado* aplicada para comparar el conocimiento de la fiebre como síntoma entre las enfermedades Dengue, Leishmania y Chagas arrojó un valor de  $\chi^2 = 7.93$  con 2 grados de libertad y un valor de  $p = 0.0189$ . Este resultado indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento de la fiebre como síntoma entre las tres enfermedades evaluadas. En otras palabras, el reconocimiento de este signo clínico no es homogéneo entre las enfermedades, lo que sugiere posibles brechas de información o percepción en la comunidad respecto a las distintas infecciones transmitidas por vectores.

### ***Relaciones de los factores socioculturales y demográficos con las infecciones identificadas en una parroquia rural del cantón Jipijapa***

La comunidad encuestada está compuesta mayoritariamente por adultos entre 40 y 59 años (45%) y adultos jóvenes entre 18 y 39 años (35%), muchos de ellos jefes de hogar (50%) o cónyuges (35%). Esta distribución muestra que la muestra representa en buena medida a personas que asumen decisiones en el núcleo familiar, especialmente en temas relacionados con salud y prevención.

Pese a tratarse de una población funcionalmente activa, se evidencia un bajo nivel educativo formal: el 55% posee únicamente educación básica y el 40% ha cursado secundaria, mientras que

apenas el 5% ha accedido a estudios superiores. No se reportaron casos con formación de cuarto nivel, lo que indica una limitación en el acceso a educación avanzada.

Desde una perspectiva epidemiológica, esta baja escolaridad puede estar influyendo negativamente en los niveles de conocimiento técnico y preventivo sobre enfermedades infecciosas. Por ejemplo, en el caso del dengue, aunque el 60% de los encuestados identifica correctamente la picadura del mosquito como forma principal de contagio, persisten limitaciones en el reconocimiento de factores ambientales de riesgo: solo el 5% menciona vivir en zonas tropicales como un riesgo, a pesar de encontrarse en un área endémica.

Además, en el caso de Chagas, aunque el 95% identifica correctamente la picadura del triatoma, hay un desconocimiento total de otras formas relevantes de transmisión, como la transfusión sanguínea o la transmisión vertical (madre a hijo), reconocidas por el 0% de los encuestados. Solo el 5% menciona la transmisión oral a través de alimentos contaminados, lo que indica una visión limitada del panorama epidemiológico de la enfermedad.

Respecto a los signos y síntomas, aunque el 85% asocia la fiebre con el dengue y el 95% la asocia con Chagas, síntomas importantes como náuseas, dolores musculares, articulares o cansancio extremo tienen un nivel de reconocimiento muy bajo o nulo ( $\leq 10\%$ ), dificultando la identificación temprana de casos y la búsqueda oportuna de atención médica. En Chagas, signos clínicos relevantes como hinchazón de párpado, dolor abdominal o manchas en la piel son prácticamente desconocidos.

En cuanto a las complicaciones, el 90% reconoce que el dengue puede provocar hemorragias, pero otras consecuencias como la insuficiencia renal solo son reconocidas por el 10%, y lesiones hepáticas o cardíacas no se mencionan. Para el Chagas, el 95% menciona trastornos digestivos, pero solo el 5% identifica la cardiopatía chagásica, una complicación altamente prevalente, mientras que otras, como los trastornos neurológicos o musculares, son completamente desconocidas.

Económicamente, el 95% de los encuestados trabaja de forma independiente, sin respaldo del sector formal, lo que implica inestabilidad laboral, escaso acceso a servicios de salud y una limitada disponibilidad de tiempo para actividades comunitarias de prevención o control vectorial. Este modelo de subsistencia diaria limita la participación en programas de vigilancia epidemiológica y perpetúa un ciclo de exposición, desinformación y riesgo sanitario continuo.

Las condiciones de vida también influyen en los factores ambientales de riesgo: por ejemplo, el 95% reconoce el almacenamiento de leña o escombros como una condición favorable para el vector del Chagas, pero ninguno menciona la precariedad de la vivienda o la presencia de triatominos, elementos igualmente importantes en la cadena de transmisión.

Finalmente, este bajo nivel de conocimiento integral puede estar asociado no solo al nivel educativo limitado, sino también a la ausencia de campañas sostenidas de información en zonas rurales, donde la comunicación de riesgo es escasa y muchas veces no está adaptada al contexto cultural o nivel de comprensión de la población. Las condiciones sociodemográficas y laborales dificultan, además, la implementación de prácticas preventivas sostenidas, como el uso diario de mosquiteros, la eliminación de criaderos o la participación activa en campañas de fumigación y educación comunitaria.

## Discusión

Los resultados evidencian un conocimiento parcial pero centrado en la vía vectorial sobre la enfermedad de Chagas en la población encuestada en una parroquia rural del cantón Jipijapa. Un 95% de los participantes identificó correctamente la picadura del triatoma como forma principal de contagio, lo que demuestra una fuerte asociación entre la enfermedad y el vector. No obstante, el desconocimiento sobre otras vías de transmisión, como la transfusión sanguínea, la transmisión congénita (madre a hijo) y la transmisión oral a través de alimentos contaminados, es total o extremadamente bajo (0% y solo un 5% en el caso de los alimentos). Este hallazgo coincide con estudios previos que reportan un conocimiento limitado y fragmentado en comunidades rurales endémicas, donde la identificación del vector es alta, pero la comprensión de otras formas de contagio sigue siendo baja (Hernández, 2017).

El reconocimiento de síntomas también refleja un patrón similar. La fiebre fue identificada por el 95% de los encuestados como síntoma de la enfermedad, lo que se alinea con lo encontrado por Ramírez-López et al. (2022) en zonas rurales de Ecuador y Colombia, donde la fiebre es el síntoma más comúnmente mencionado. Sin embargo, síntomas más específicos y clínicamente importantes, como la hinchazón del párpado (5%) o hinchazón de ganglios, dolor abdominal y manchas en la piel (0%), fueron prácticamente desconocidos. Este conocimiento parcial puede dificultar la detección temprana de casos y agravar los retrasos en el diagnóstico, tal como lo advierten Sanmartino y Crocco (2020) en estudios similares en comunidades rurales argentinas.

En consonancia con lo hallado por Pin et al. (2025), la baja identificación de complicaciones como la cardiopatía chagásica (5%) constituye un hallazgo preocupante. A pesar de que el 95% reconoció los trastornos digestivos como complicación, la falta de reconocimiento de afectaciones cardíacas o neurológicas reduce la percepción de gravedad de la enfermedad. Cabrera et al. (2020) destacan que esta falta de conciencia sobre las secuelas crónicas de la enfermedad limita la adopción de medidas preventivas, y puede aumentar la carga de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables.

Aunque no se especificaron en las tablas actuales los datos exactos sobre disposición a realizarse análisis o pruebas, los hallazgos anteriores sobre bajo acceso a servicios formales y baja priorización de enfermedades endémicas, permiten suponer que la actitud hacia el diagnóstico preventivo podría estar limitada. Estudios en Bolivia han mostrado tasas de disposición superiores al 80%, significativamente mayores que lo observado previamente en esta comunidad. Esta diferencia podría estar estrechamente relacionada con factores educativos, económicos y de acceso a servicios de salud en contextos rurales como en una parroquia rural del cantón Jipijapa.

La identificación del almacenamiento de leña o escombros como factor de riesgo fue elevada (95%), reflejando cierta conciencia sobre condiciones ambientales propicias para el vector. Sin embargo, otros elementos críticos, como viviendas construidas con materiales precarios o la presencia de triatominos, no fueron mencionados en absoluto (0%), lo que refleja una visión limitada del riesgo ambiental. Este patrón coincide con lo reportado por Cabrera et al. (2020), quienes destacan que el desconocimiento de los factores estructurales del hábitat del vector compromete la efectividad de las acciones comunitarias.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad urgente de implementar programas educativos integrales, que no se limiten a difundir datos generales, sino que promuevan actitudes positivas y prácticas concretas en relación con la prevención, el diagnóstico y el autocuidado. La literatura científica enfatiza que la combinación de conocimientos adecuados, actitudes favorables y prácticas preventivas sostenidas es fundamental para controlar la transmisión del Chagas y reducir las complicaciones asociadas en poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

## Conclusiones

La comunidad está compuesta principalmente por adultos en edad productiva, con predominancia de jefes de hogar y cónyuges como encuestados. Sin embargo, el bajo nivel educativo (mayoría

con educación básica o secundaria y ausencia de posgrado) y la alta dependencia del trabajo independiente reflejan condiciones de vulnerabilidad social y económica, que pueden limitar el acceso a servicios de salud y la participación en actividades preventivas. Los encuestados presentan un conocimiento básico sobre las formas de transmisión de enfermedades como dengue, Chagas y leishmaniasis, identificando principalmente la vía vectorial (picadura de insectos). Sin embargo, existe un desconocimiento significativo de otras formas de contagio y de los factores ambientales y sociales que favorecen la propagación de estas enfermedades.

Aunque la fiebre es reconocida como síntoma principal en las tres enfermedades, otros signos y complicaciones graves son poco identificados. Esto puede retrasar la búsqueda de atención médica y dificultar el diagnóstico temprano, incrementando el riesgo de complicaciones y secuelas. Pese a vivir en una zona endémica, la población subestima factores de riesgo clave como el agua estancada, el hacinamiento o la exposición laboral al monte. La falta de interiorización de estos riesgos limita la adopción de medidas efectivas de prevención y control vectorial.

Las condiciones demográficas y socioculturales, sumadas al bajo nivel educativo y la inestabilidad económica, dificultan la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud. Es fundamental fortalecer la educación sanitaria, adaptar las campañas a la realidad local y promover la participación comunitaria para mejorar el control de enfermedades infecciosas en este contexto rural.

## Referencias

1. Albarracín-Veizaga, H., et al. (2019). Actitudes y prácticas frente a la enfermedad de Chagas en comunidades rurales de Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e23. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.23>
2. Azua-Menéndez, M. del J., Arteaga-Zambrano, A. S., & Jaramillo-Coveña, A. S. (2023). Determinantes sociales de salud en adultos de la parroquia la Unión del cantón Jipijapa. *Revista Multidisciplinaria Arbit*, 7(4).
3. Cabrera, M., et al. (2020). Fiabilidad y validación del instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad de Chagas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), e12239.

4. Chong Delgado I, Marcillo Alcívar M, Delgado Solís HP, Ponce Sornoza CA. (2021) Informe Sociodemográfico para prevención enfermedades infecciosas en mujeres de edad fértil en la parroquia Pedro Pablo Gómez del Cantón Jipijapa. Polo del Conocimiento.
5. De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1). SciELO.
6. Dias, J. C. P., et al. (2016). Epidemiology and control of Chagas disease in Brazil: a review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 111(10), 653–660. <https://doi.org/10.1590/0074-02760160241>
7. Hernández Rosero, J. P. (2017). Estrategias de prevención para disminuir la incidencia de enfermedad de Chagas en el Centro de Salud San Lorenzo (Bachelor's thesis).
8. Hidalgo-Balsera, A., González-García, M., González-Rodríguez, S., & Bordallo-Landa, J. (2022). En torno al concepto de salud y enfermedad. Un diálogo entre la medicina, la literatura y la filosofía. *Revista de Medicina y Cine*, 18(4). SciELO.
9. Investigadores Latinoamericana, R. (2024). Libro de resúmenes Vº Congreso Científico REDILAT. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(1).
10. Llerena Morales, G., & Mayorga Valle, F. (2022). El proceso salud-enfermedad y la formación de profesionales en atención primaria de salud. *Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 6(1).
11. Losa, J. (2021). Enfermedades infecciosas emergentes: una realidad asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2). SciELO.
12. Mamelund, S., Shelley-Egan, C., & Rogeberg, O. (2021). The association between socioeconomic status and pandemic influenza: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(9).
13. Ministerio de Salud Pública. (2024, 16 de marzo). Ecuador registra un aumento significativo de dengue. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-registra-un-aumento-significativo-de-dengue/>
14. Pin, V. E. P., Reyes, Y. S. P., Veliz, G. V., & Chiriboga, M. E. V. (2021). Determinantes sociodemográficos y ambientales en la prevalencia del dengue en la zona urbana de Jipijapa. *Revista Científica Higía de la Salud*, 4(1).

15. Pin, J. A. B., Ponce, N. R. P., & Pino, E. J. A. (2025). Influencia de los factores demográficos y socio económicos de enfermedades infecciosas de la parroquia La América del cantón Jipijapa. *Polo del Conocimiento*, 10(3), 2265-2283.
16. Poblete, R., & Sottovia Flores, L. (2020). Sistematización Proyecto FONIS SA18I0119: programa piloto de monitoreo de arbovirus en mosquitos vectores y posibles reservorios, en beneficio de la Salud Pública de Isla de Pascua.
17. Ponce, R. W. M., & Sánchez, M. M. P. (2024). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedad de Chagas en una población rural ecuatoriana. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(3), 285-299.
18. Ramírez-López, L. X., Monroy-Díaz, Á. L., Rodríguez, S. P., Bonilla-Arévalo, D. G., & Suescún-Carrero, S. H. (2023). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en una zona endémica de Boyacá, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 55.
19. Suecun Carrero, S. H., Monroy Díaz, A. L., Sandoval Cuellar, C., & Ramírez López, L. X. (2020). Fiabilidad y validación del instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas en la enfermedad de Chagas. *Revista cubana de medicina tropical*, 72(2).
20. Sanmartino, M., & Crocco, L. (2000). Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7, 173-178.
21. Vergara Esquivel, L. M. (2022). Saberes, actitudes y prácticas de los indígenas de un resguardo del departamento de Córdoba para la prevención y control del dengue, 2021.