



Investigación & Desarrollo
ISSN: 0121-3261
rinvydes@uninorte.edu.co
Universidad del Norte
Colombia

Mosquera, Mario; Obregón, Rafael; Lloyd, Linda S.; Orozco, Mayra; Peña, Angélica
REFLEXIONES SOBRE EL ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN COMUNICACIÓN
EN SALUD EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE. EL CASO DE
BARRANQUILLA (COLOMBIA)

Investigación & Desarrollo, vol. 18, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 186-216
Universidad del Norte
Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26815364009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

REFLEXIONES SOBRE EL ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN COMUNICACIÓN EN SALUD EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE. EL CASO DE BARRANQUILLA (COLOMBIA)

Reflections on the extension of research education in health communication in the programs of Dengue fever prevention and control. The case of Barranquilla (Colombia)

Mario Mosquera
Rafael Obregón
Linda S. Lloyd
Mayra Orozco
Angélica Peña

MARIO MOSQUERA, PhD
UNIVERSIDAD DE NORTE, UNICEF/INDIA. mmosquer@uninorte.edu.co

RAFAEL OBREGÓN, PhD
UNIVERSIDAD DEL NORTE (COLOMBIA). obregon@ohio.edu

LINDA S. LLOYD
CONSULTORA EN SALUD PÚBLICA (OPS/OMS/WMC/CMS), SAN DIEGO,
CA. lsl@ix.netcom.com

MAYRA OROZCO, Mg
UNIVERSIDAD DEL NORTE (COLOMBIA). mayraesmeralda@gmail.com

ANGÉLICA PEÑA
CONSULTORA EN SALUD PÚBLICA, SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA,
UNIVERSIDAD DE NORTE (COLOMBIA) angelicamariap@gmail.com

* Los autores reconocen y agradecen el apoyo del Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología (Colciencias), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría de Salud de Barranquilla, la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Norte y, muy especialmente, a las organizaciones locales y comunitarias y a las comunidades de los Barrios Rebolo y Los Olivos.

RESUMEN

El presente artículo hace una reflexión sobre los procesos metodológicos a tener en cuenta en la investigación formativa para planes estratégicos en comunicación para la salud. La reflexión se realiza en torno a los resultados obtenidos mediante una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, cuyo propósito principal fue comprender las dinámicas psicosociales y culturales que influyen en las prácticas de riesgo existentes para dengue en barrios de dos municipios del Departamento del Atlántico: Puerto Colombia y Barranquilla, Colombia, en el 2003. Así mismo, se indagó por los usos sociales de los medios y canales de comunicación existentes en estos municipios. La investigación muestra la importancia tanto de la adecuación de las teorías como de la focalización de los aspectos psicosociales y culturales a investigar, y la pertinencia de la integración de abordajes cualitativos y cuantitativos.

PALABRAS CLAVE: Investigación formativa, comunicación en salud, dengue.

ABSTRACT

This paper presents the results of the formative research process of a health communication strategy aimed at understanding psychosocial and cultural dimensions associated with efforts to prevent and control transmission of dengue fever in low income areas of Barranquilla and Puerto Colombia, Departamento del Atlántico, Colombia. Results show that there are considerable gaps between levels of awareness and knowledge about the disease and the community's practices to prevent transmission of dengue, despite ongoing promotional efforts to educate the community by the local health district. The formative research shows the importance of selecting and integrating theories focusing on the relevant psychosocial and cultural aspects related to the disease, and the relevance of the integration of quantitative and qualitative approaches.

KEYWORDS: Formative Research, Health Communication, Dengue.

INTRODUCCIÓN

En los últimos quince años, América Latina ha emprendido importantes reformas en sus sistemas de salud y de seguridad social, en respuesta a una variedad de desafíos específicos del sector salud, tales como la escalada de costos, el incremento de las desigualdades en salud y los cambios demográficos, culturales y epidemiológicos. Estos cambios exigen que los problemas de salud pública se aborden desde perspectivas creativas y multidisciplinarias, que permitan contemplar las circunstancias ambientales y sociales como factores determinantes en las condiciones sanitarias de los individuos.

Las estrategias eficaces para mejorar la salud de las comunidades requieren no sólo de las contribuciones de las ciencias biomédicas, sino también de los aportes de las ciencias sociales (Wellcome Trust, 2004).

La pertinencia de perspectivas multidisciplinarias para entender una gama de influencias en el comportamiento humano y para desarrollar estrategias eficaces para mejorar la salud, ha facilitado la consolidación de la comunicación como un componente vital en la práctica de la salud pública. Hay evidencia que demuestra que la comunicación, en todas sus manifestaciones, masiva, comunitaria e interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o en el reforzamiento de conductas, valores y normas sociales, y en el estímulo de procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Hornik, 2002; Figueroa *et al.*, 2000; Piotrow *et al.*, 1999; Singhal & Rogers, 2004).

La evidencia acumulada en salud pública sugiere que el estado de salud de una población se construye a partir de una compleja interacción de factores, que van desde las características bio-psicosociales de los individuos, las dinámicas sociales que las determinan, las características del contexto y aspectos que reflejan la estructura social, el nivel de ingreso, el grado de inequidad en la distribución de la riqueza, la presencia de redes de apoyo social, el

nivel educativo, hasta la existencia de políticas públicas saludables (Sallis J., Owen N., 1996; Stokols, 1996).

El presente artículo documenta el alcance de la investigación formativa en Comunicación en Salud en el contexto de programas de prevención y control del dengue que promueven la participación comunitaria y la responsabilidad individual y familiar en el control del vector del dengue, el mosquito *Aedes aegypti*, y la prevención de la enfermedad (Pan American Health Organization -PAHO, 2003).

El dengue es actualmente la arbovirosis más prevalente en el mundo. El *Aedes aegypti* se encuentra en casi 100 países tropicales y se estima que existen 2.500 millones de personas en riesgo de contraer la infección, de las cuales aproximadamente cerca de 50 millones son infectadas anualmente. Más de un millón de casos de dengue y de dengue hemorrágico (DH) son reportados anualmente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los cuales entre 250.000 y 500.000 son del segundo tipo, con un estimado de 24.000 muertes (OMS, 2005).

Hasta el momento, la única forma de disminuir la incidencia del dengue y sus severas manifestaciones, Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Shock por Dengue (SSD), es a través del control del mosquito vector. Los sitios de cría del principal vector urbano del virus están estrechamente relacionados con las prácticas sociales y las necesidades relacionadas con el almacenamiento del agua y el manejo de los desechos sólidos (WHO, 1997). Por ello, se estudian tanto los sitios de crías más abundantes y productivos, como el significado psicosocial que para la población tienen los mismos en determinado contexto. El resultado de esta indagación contribuye a seleccionar el método apropiado para la eliminación o modificación de los criaderos (Romero-Vivas & Falconar, 2000). Así mismo, este proceso demanda la compresión de las dinámicas comunicativas, con el propósito de orientar la escogencia de lenguajes y de estrategias de comunicación ajustados a las realidades sociales en el ámbito local para la prevención y control de la enfermedad.

En Colombia la Fiebre del Dengue (FD) es endémica y existe una creciente preocupación acerca de la introducción del serotipo

D-3V y de cepas virulentas a través del principal puerto marítimo y aéreo de Colombia, localizado en la ciudad de Barranquilla. El serotipo D-3V ha estado ausente desde 1970, pero fue el causante de la mayor epidemia de FD, con un alto número de casos de FDH en la región del Caribe y en América Central desde 1995.

El propósito fundamental de la investigación formativa fue comprender y analizar los factores psicosociales que influyen en las prácticas de riesgo existentes para dengue en estos municipios. La reflexión se llevó a cabo con base en los resultados de la investigación formativa apoyada en métodos cualitativos (entrevistas con informantes claves y grupos de discusión) y cuantitativos (encuesta CAP) en barrios de dos municipios del Departamento del Atlántico, Barranquilla y Puerto Colombia.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

La investigación formativa es de tipo aplicado y necesaria para el diseño de planes y programas sociales dirigidos a mejorar la calidad de vida de poblaciones específicas. Es el diagnóstico social que desarrollamos para entender los intereses, atributos y necesidades de la población o de las personas de una comunidad, con el propósito de diseñar o de ajustar los programas afines a ellas (Park & Lloyd, 2004; Mosquera, 2004).

La investigación formativa en comunicación y educación para la salud ha sido influenciada por diferentes paradigmas y perspectivas teóricas en la comprensión del proceso salud-enfermedad como construcción social. La literatura en salud pública ha proporcionado evidencia sobre el comportamiento humano como factor, en muchos casos concluyente y predictor de los problemas de salud. Varios estudios han demostrado que grupos socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos diversos, perciben la enfermedad y actúan frente a ella de forma distinta (Kroeger & Luna, 1992).

La mayoría de las personas tiene creencias sobre causas y formas de cura de ciertas enfermedades. Independientemente del nivel de estudios y de la formación académica, posee ideas a las

que recurren al momento de enfrentar situaciones en las que se ve comprometida la salud. Estas miradas cotidianas son, en muchos casos, distintas a la perspectiva bio-médica de los procesos salud-enfermedad. No hay una sola medicina en la vida cotidiana de la gente, sino una gran diversidad de prácticas preventivas, curativas y de diagnóstico, que difieren según las condiciones de vida de las personas y del tipo y la calidad del sistema de salud (Gutiérrez De Pineda, 1985; Winch, *et al.* 1991; García De Alba & Col, 2004).

A este respecto, Clark (1959) ya había señalado que en contextos multiculturales ninguna de las causas de la enfermedad o de los procedimientos curativos es enteramente racional o irracional. Esta mirada desde la antropología social centra su atención en la cultura, buscando comprender las estructuras de significación —construcciones colectivas, conceptuales y simbólicas— que dan sentido a la acción, alejándose de la pretensión de establecer leyes frente al comportamiento humano y de dar explicaciones sobre los acontecimientos sociales. Desde la Sociología, la Etnografía sugiere que dichas estructuras de significación, compartidas por un grupo social, no están por fuera de la interacción cotidiana de las personas, se encuentran inmersas en las prácticas y, por lo general, se superponen y entrelazan formando complejos culturales no explícitos (Caballero R., Torres T., Chong F., Pineda A., Altuzar M. & López B., 2006).

La psicología social funcionalista norteamericana¹, por otro lado, ha desarrollado un amplio cuerpo de teorías que se concentran en establecer cómo los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos influyen en la conducta humana en salud y cuáles son los diferentes determinantes del entorno que intervienen en los comportamientos. Estas teorías se proponen descifrar cómo se produce la adopción de un comportamiento, los obstáculos y las ventajas que tiene el ambiente social y natural para influir en un cambio de conducta o práctica. En general, coinciden en afirmar que existe una dimensión racional importante que determina las decisiones de

1 Las Teorías de la acción razonada, del aprendizaje social y el modelo de creencias en salud, entre otras.

Tabla 1
Marco teórico

TEORÍA	CONCEPTO	APLICACIÓN/ DENGUE
"Escuela de componente múltiple de la actitud" (Sánchez, 1994)	<ul style="list-style-type: none"> Actitud: cognoscitivo, afectivo y comportamental. Identifica la conducta, actitudes y normas sociales, la intención como previsor del comportamiento. Referente para el análisis, formas propias de comprender la enfermedad, clasificación y formas de transmisión. 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer variables de estudio. Conducta y/o comportamiento, actitudes y las normas sociales en dengue. Las medidas de prevención y de control. Percepción del riesgo y gravedad percibida de la enfermedad.
"Modelo de creencia en salud" (Becker, 1974)	<ul style="list-style-type: none"> Comportamiento preventivo: "el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen" (Cabrera, 2001). Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> Susceptibilidad percibida Severidad percibida Beneficios percibidos Barreras percibidas Dispositivos para la acción Autoeficacia (Karl & Cobb, 1988) 	Nivel de creencias: <ul style="list-style-type: none"> Percepción de riesgo Gravedad Efectividad Barreras para la acción Motivación Nivel de confianza

una persona durante el proceso de adquisición de patrones de conductas que coadyuvan en la prevención de una enfermedad y/o la decisión de buscar ayuda para restablecer la salud. La información sobre la enfermedad es un punto de partida para entender el cambio de comportamiento, no obstante interactúan variables afectivas y del entorno (Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. M., 2002; Atkin C. & Freimuth V., 1989; Bandura A., 1986; McGuire W.J.; 1989).

Para fortalecer teóricamente el estudio CAP (Conocimientos, Actitudes, Prácticas), la "Escuela de componente múltiple de la actitud" (Sánchez, 1994) sirvió de base para la selección de las variables del estudio (ver Tabla 1). De acuerdo con esta teoría, cuando se han identificado la conducta, las actitudes y las normas sociales, el mayor predictor de ellas es la intención de la persona de realizar un comportamiento en términos de acción, objeto, contexto y tiempo.

La información lograda en el trabajo de campo fue clasificada teniendo en cuenta las variables desarrolladas en el marco teórico, que incluye la cognición, entendida como la articulación de los procesos psicológicos, el grado y tipo de información que posee la persona sobre la enfermedad, y las formas propias de comprender la enfermedad, su clasificación y formas de transmisión.

La actitud o afectividad se entiende aquí como la favorabilidad o desfavorabilidad que el individuo expresa hacia las medidas de prevención y de control impulsadas por la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, la percepción de estas personas sobre el riesgo de contraer la enfermedad y la gravedad percibida respecto a esta. Las prácticas se refieren a las acciones realizadas por los individuos, más específicamente, las medidas de control de criaderos de *Ae. aegypti*.

MÉTODO

La necesidad de generar evidencia de comunicación en salud requiere de evaluaciones rigurosas para establecer si las intervenciones tienen efectos sobre las percepciones y las prácticas de riesgo de las poblaciones. El diseño cuasi-experimental fue usado para facilitar la evaluación de la intervención, así como su diseño estratégico. La variable independiente la constituyó la estrategia/programa de comunicación en salud. Unos criterios iniciales y básicos de escogencia de las áreas de estudio en esta investigación formativa fueron: 1. la alta incidencia de la enfermedad durante los últimos cinco años, 2. las semejanzas en la estratificación socioeconómica y 3. poseer una red de servicios públicos semejantes.

En este estudio se proporcionó la línea de base de un conjunto de variables psicosociales, facilitando la observación de cambios en el mismo grupo (la misma muestra), antes y después de la intervención (pre y post) y también entre el grupo experimental y de control, mediante un proceso de análisis estadístico. Las técnicas cualitativas y cuantitativas fueron aplicadas tanto en el grupo control como en el experimental.

Los barrios pertenecientes a la ciudad de Barranquilla están administrativamente agrupados en siete Sistemas Locales de Salud (SILOS), de los cuales los SILOS I y V presentan el mayor número de casos, particularmente los barrios los Olivos (SILOS I) y Rebolo (SILOS V). Si bien los niveles de incidencia de la enfermedad son similares en los mencionados barrios, los índices entomológicos (de casa, de recipiente, de Breteau²) son diferentes, aún cuando representan alto riesgo para la transmisión del virus del dengue (ver tabla 2).

Tabla 2
Información demográfica, incidencia de la Fiebre de Dengue e índices entomológicos, Barranquilla y Puerto Colombia, 2001

Local			Índices aédicos Barranquilla y Puerto Colombia Año 2001		
			Población	Incidencia de casos de FD (x 10,000)	Índice de vivienda (IV)
Barranquilla: Barrios Olivos y Rebolo (Grupo Experimental)	12,127	24	42.4%	24.7%	80.9
Puerto Colombia (Grupo Control)	34,659	43	18%	24%	28

La población sujeto de estudio estuvo comprendida por funcionarios responsables de los programas de prevención de la FD, líderes comunitarios y mujeres amas de casa, quienes en Colombia tienen un papel predominante en el manejo de la salud del hogar. Generalmente, son las personas que toman decisiones en el ámbito doméstico, particularmente en cuanto al lavado o eliminación de depósitos de agua dentro de los límites del hogar (Romero Vivas, *et al.* 2000).

² Índice de casa: el porcentaje de casas con recipientes con larvas aédicas; Índice de recipiente: el porcentaje de recipientes con larvas aédicas; Índice de Breteau: el número de recipientes con larvas aédicas por cada 100 casas inspeccionadas.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este estudio combinó técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa para obtener información sobre las percepciones de los funcionarios y de la comunidad respecto a la enfermedad y a su transmisión, así como a los mensajes de educación y prevención difundidos por las entidades u organizaciones de salud pública y comunitaria. Se realizaron 19 entrevistas semi-estructuradas a 12 funcionarios de la Secretaría de Salud local y a siete miembros de la comunidad, quienes debido a su rol de liderazgo pueden suministrar amplia información sobre las necesidades y los problemas sentidos por la comunidad. Los líderes entrevistados tenían como factor común una trayectoria en tiempo y labor comunitaria, con un mínimo de ocho años y un máximo de 16 años. En su mayoría complementan la labor comunitaria con su trabajo de sustento.

Se llevaron a cabo 12 grupos de discusión con amas de casa. Las participantes se seleccionaron mediante un procedimiento de muestreo por conveniencia, en el que fueron escogidas siguiendo los criterios construidos por los investigadores para reflejar la población, que incluyó estratos de bajo ingreso, amas de casa y mayores de 18 años. Se indagó por los usos sociales de los medios y canales de comunicación existentes en el grupo experimental, así como por la existencia y usos de medios alternativos, entre otros.

A partir de la información obtenida a través de los informantes clave y los grupos focales, se diseñó y aplicó una encuesta estructurada dirigida a mujeres mayores de 18 años. Esta encuesta cubrió aspectos relacionados con: 1. problemas percibidos por la comunidad, 2. conocimiento, actitud y prácticas sobre la enfermedad y el vector, 3. conocimiento de las formas de transmisión de la enfermedad y 4. prácticas relacionadas con los sitios de cría del vector. La encuesta, a su vez, recogió datos sobre las fuentes y los orígenes de la información y del conocimiento que poseen los entrevistados acerca de la enfermedad.

El tamaño de la muestra fue calculado usando el programa EPI-INFO V, basado en la población estimada por el municipio para

el 2001. Asumiendo que la razón hombre:mujer es 1:1, con un intervalo de confianza de un 95% y asumiendo que el 90% de esta población ha sido expuesta al algún tipo de información sobre dengue (síntomas, transmisión, vector, sitios de cría, control), en el grupo control participaron 135 mujeres amas de casa y en el grupo experimental participaron 268. El estudio se dividió en tres áreas urbanas, dos en el grupo experimental y una en el municipio control, de esta forma el número de encuestas fue asignado proporcionalmente.

RESULTADOS

Percepciones sobre el programa de control de vectores

En las entrevistas con líderes comunitarios se encontró que las actividades colectivas impulsadas por el gobierno local en temas de salud gozan de aceptación entre ellos, aspecto que posibilita el trabajo grupal. Las actividades en salud que los líderes reportan haber realizado con mayor frecuencia tienen un carácter fundamentalmente informativo y se privilegian las visitas esporádicas a los residentes y, en menor medida, las reuniones comunitarias. Sus esfuerzos, no obstante, parecen estar centrados en otras prioridades diferentes al dengue. Muchos expresaron interés en programas o en proyectos que puedan ser generados por ellos, en los que se busque la capacitación de la comunidad en áreas *lucrativas* que puedan brindarle un apoyo o un recurso como medio de sustento familiar, tal como lo afirma uno de los líderes.

[...] el objetivo de este es básicamente ayudar a la comunidad en sus problemas de diversas índole, pero en este momento estamos centrados básicamente en la capacitación como medio y fuente de trabajo, para que la gente pueda resolver sus problemas (Líder 1, 2003).

Así mismo, en esta relación entorno-enfermedad, los líderes destacan la importancia de la responsabilidad social y el trabajo comunitario liderado por ellos. A pesar de esta intención, en los barrios experimentales se encontró que existe un *desconocimiento*, casi generalizado (74.6%), de la labor que hacen los líderes, los comités o grupos de trabajo en salud.

Hay que trabajar por un ambiente saludable, primero porque nosotras como madres comunitarias y líderes trabajamos con niños y nos da tristeza cuando vemos a esos niños enfermos con dengue, con rasquiña, con diarrea. Los mandan así a la guardería y nos toca lidiar con todo eso (Líder 5, 2003).

Con relación a la percepción que tiene la gente sobre el programa de control de vectores, se encontró que existe una actitud favorable hacia el control químico, explicable tal vez por el énfasis que tradicionalmente han puesto las campañas de prevención y control de la enfermedad. En los grupos focales, algunas personas manifestaron que la forma más efectiva para prevenir el dengue es a través de la fumigación: «para prevenir, hay que fumigar para poder matar a ese mosquito»; así mismo sucede con el suministro y aplicación de Temephos (una larvacida aplicada en agua almacenada) a través de la visita domiciliaria.

CONOCIMIENTO, PERCEPCIONES Y COMPORTAMIENTOS FRENTE AL DENGUE

Reconocimiento de los síntomas y percepciones de la enfermedad

Los participantes en los grupos focales reconocen la presencia de la enfermedad y su gravedad asociada al dengue hemorrágico, sin embargo, no poseen información completa con respecto a sus síntomas y a su clasificación. Algunos señalaron la fiebre, el vómito y, en menor proporción, la pérdida de apetito, el malestar general y el dolor de cabeza como síntomas de la enfermedad. Estos fueron asociados a veces con una infección respiratoria aguda o mencionados en presencia de otros síntomas no específicos del dengue, como la diarrea.

La contaminación, por allá hay un problema del alcantarillado y un niño tenía dengue en cuestiones de diarrea y vómito (Edad 31-40, Puerto Colombia, 2003).

Tabla 3
 Niveles de conocimiento de los encuestados del grupo experimental (Barranquilla) y del grupo control (Puerto Colombia). Línea de base, octubre 2003.

Variables	Grupo experimental (n=268)	Grupo control (N=135)
Conocimiento		
Síntomas		
Fiebre	64%	27%
Malestar general	21%	25%
Dolor de cabeza	14%	43%
Otros	14%	5%
Tipos de dengue		
Clásico	46%	49%
Hemorrágico	54%	51%
Percepción		
Clásico / Leve	58%	55%
Hemorrágico/ Grave	42%	45%
Identificación de sitios de reproducción		
Botellas con agua	35%	45%
Plantas acuáticas	14%	10%
Llantas abandonadas	18%	14%
Recipientes domésticos	25%	15%
Aguas sucias	8%	16%

Los testimonios sugieren, tanto en el grupo control como en el experimental, que las personas perciben el dengue clásico como una enfermedad leve, aunque se sienten vulnerables a contraer la enfermedad. Aunque muchos reconocen el dengue hemorrágico como una enfermedad altamente peligrosa, que puede ocasionar la muerte si no se le da atención médica oportuna, los datos muestran que el 35% de las personas consultadas en el grupo experimental considera al dengue clásico como una enfermedad *pasajera*, poco frecuente, que puede ser tratada como un resfriado común. Algunas participantes consideraron a la enfermedad dentro de los cinco problemas de salud que más afectan a su comunidad e identificaron

al dengue hemorrágico como una enfermedad grave o de consecuencias serias.

Al comparar los resultados de la encuesta CAP, hubo diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto al conocimiento de los síntomas de dengue y dengue hemorrágico (ver tabla 3). El grupo experimental identificó la *fiebre* como síntoma principal, mientras que el grupo control señaló el *dolor de cabeza* como el síntoma más común del dengue.

En los dos grupos focales no se encontraron diferencias entre ellos en cuanto a las percepciones de la severidad del dengue y del dengue hemorrágico. En cuanto a la identificación de sitios de cría, hubo algunas diferencias, sin embargo, los dos grupos coinciden en señalar los recipientes comúnmente determinados como criaderos por el personal de Distrisalud.

EXPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Rol del mosquito y sitios de cría

En el marco de una comprensión causa-efecto para el dengue, el entorno físico aparece para algunos participantes como una condición clave, mediante la cual se pueden desarrollar o evitar distintas enfermedades, incluyendo el dengue. Las asociaciones que hacen en sus testimonios, relacionadas con el entorno físico y el origen de la enfermedad, son, no obstante, imprecisas, en particular en lo concerniente a los tipos de depósitos de cría de *Ae. aegypti*. Las personas que identificaron un mosquito como causante de la enfermedad mencionaron las basuras en general, los arroyos y aguas sucias y estancadas.

Yo no creo que es el mosquito, yo creo que es el ambiente, pero hay un mosquito que sí. Si uno tiene basuras estancadas, ahí se va formando el mosquito, pero también puede ser el ambiente (Edad 31-40, Barranquilla, 2003).

En menor proporción aludieron a las llantas sin usar, a los depósitos artificiales (latas, floreros, botellas) y a las albercas, como

sitios de donde provenía el mosquito. No hubo referencia explícita a los tanques elevados, a los tanques bajos, a los árboles y plantas, a las cisternas, ni a los bebederos de animales. En las entrevistas a profundidad con líderes comunitarios, estos podían repetir los sitios de cría del vector reconociendo con mayor claridad las botellas con agua, sin embargo, persistía la idea errónea de que el vector se reproduce en las aguas sucias.

Las poteras con plantas acuáticas, las llantas abandonadas y con residuos de agua lluvia y los recipientes donde se almacena agua para el consumo de la casa representan los sitios más frecuentes para la reproducción de los mosquitos y contrasta con la opción *aguas sucias y estancadas*, que también es identificada por las personas encuestadas, pero que no es un sitio de cría para *Aedes*. La confusión de los sitios de cría específicos para la reproducción del *Ae. aegypti* sugieren que no existe claridad en la identificación del vector y que la mayoría de las veces se confunde con otras especies de mosquito que sí se reproducen en las aguas sucias estancadas.

TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las diferentes maneras de interpretar las formas de transmisión influyen en los comportamientos preventivos, por ejemplo, en cuanto a las medidas para evitar el *contagio*, se mencionaron «no compartir cosas con el enfermo», «vacunarse contra el dengue» y «mantener alejados a los niños y a los ancianos de los enfermos con dengue». La palabra *contagioso* aparece muchas veces mencionada y en muchos casos adquiere el significado de enfermedad infecciosa transmitida sólo por contacto directo. Así mismo, esta noción de contagio aparece también mezclada con el concepto de enfermedad trasmisida por contacto mediado por insectos, cuyas picaduras causan la enfermedad del dengue.

Uno se contagia cuando lo pica un mosquito, digamos le da a uno el dengue, ya que es por el mosquito que da la enfermedad [...] más por otras cosas no da dengue [...], ya que digamos hay veces que hay fiebre, diarrea y esos son de otras enfermedades, otras cosas (Edad 31-40, Barranquilla, 2003).

De los testimonios se puede inferir que la gente construye el ciclo de transmisión de la enfermedad de la siguiente manera: hay una persona enferma y es picada por un mosquito, que a su vez pica a otra persona sana, esta última tendrá dengue. Esta construcción, no obstante inconclusa, se aproxima al ciclo de transmisión³, sin hacer, en muchas ocasiones, explícitos los lugares y la reproducción del mosquito ni su morfología. Algunas participantes de los grupos focales identificaron el mosquito como causante no sólo del dengue sino también de otras enfermedades como VIH/SIDA, gripe, desnutrición y diarrea.

También son transmisores de otras enfermedades. Hay mosquitos que, por ejemplo, llegan y pican a una persona que tenga el SIDA y ese mismo mosquito va y me pica a mí, ya, eso es un medio de transmisión (Edad 18-30, Barranquilla, 2003).

Otros participantes de los grupos focales, a pesar de establecer una conexión entre individuo-entorno-sociedad-salud, en muy pocos casos identificaban puntos clave de dependencia entre vector-sitios de reproducción-entorno físico-vivienda-comportamiento-dengue. Algunos testimonios están más relacionados con acciones generales referidas a la basura y a los desechos sólidos, desde una perspectiva de higiene y limpieza, sin dejar explícito que es una acción específica para el control de criaderos de *Aedes*.

COMPORTAMIENTOS FRENTE AL DENGUE

Búsqueda de la salud

Al indagar por lo que harían los encuestados si un familiar cercano, hijos, o esposo, enfermara con fiebre dengue, la opción de respuesta «lo llevo a un centro de salud» fue identificada por el 47.4% en el grupo experimental y por el 67% en el grupo control. Esta elección

³ En líneas generales el ciclo de transmisión establece que una mosquita *Aedes aegypti* pica a una persona infectada con el virus e ingiere la sangre que contiene el virus del dengue. Seguidamente el mosquito pica a una persona susceptible, después de un período de incubación extrínseca dentro del mosquito y le transmite el virus también a esta.

de respuesta está seguida muy de cerca por las opciones: «lo llevo a un médico particular», «lo llevo a un hospital» y «lo llevo a una EPS (Aseguradora: Empresa Promotora de Salud)». Estas elecciones de respuesta sugieren que existe una valoración de riesgo frente a la enfermedad e indican que las personas entrevistadas perciben que el dengue es una enfermedad que necesita atención médica oportuna y que no se puede tratar con *remedios caseros*. Ésta última opción de respuesta fue la que obtuvo menos porcentaje en esta pregunta; solamente una persona en cada grupo la escogió. Parece existir un nivel de congruencia en la identificación de la enfermedad y el apego de las decisiones en torno a la búsqueda de cuidado con el uso de la medicina biomédica, descartando prácticas curativas y preventivas tradicionales o alternativas.

Comportamientos con los criaderos de *Ae. aegypti*

La discusión en los grupos focales se orientó, de forma intencional, hacia los sitios de cría (o recipientes) más importantes. De acuerdo con el informe entomológico⁴, los depósitos que aportaron mayor cantidad de criaderos de *Ae. aegypti*, tanto en el grupo control como en el experimental, fueron las albercas, tanques bajos, floreros, llantas y diversos (por ejemplo, latas, frascos, etc.). A partir de este informe y de los datos cuantitativos y cualitativos, se puede establecer que los comportamientos de riesgo fueron: almacenar agua en tanques y albercas, tener floreros con plantas acuáticas para fines decorativos y el deficiente manejo de desechos sólidos⁵ por parte del individuo y de la comunidad.

Almacenamiento de agua

Los participantes justificaron el almacenamiento de agua en tanques metálicos y plásticos por las siguientes razones⁶: 1. el sumi-

4 Realizado por la Dra. Claudia Romero-Vivas, Universidad del Norte.

5 Manejo de desechos sólidos: recolección, almacenamiento y eliminación de llantas, latas, recipientes de plástico y botellas.

6 Con una capacidad de almacenamiento de 50 galones.

nistro de agua entubada no existe y 2. existen instalaciones, pero el suministro de agua no es constante o lo suspenden sin previo aviso. Además de estos argumentos, los grupos focales revelaron que existen otras razones relacionadas con la percepción de economía y ahorro del recurso, por temor o incertidumbre de quedarse sin agua, por simple hábito, por decoración y *y por descuido*, al referirse a piscinas abandonadas y a recipientes abandonados en épocas de lluvia.

Porque yo almaceno, porque ahí cocino yo, porque la cocina mía no tiene pluma, entonces yo lo lleno por eso y en la casa aquella yo también tenía esa mala costumbre de almacenar el agua (Edad 50 en adelante, Barranquilla, 2003).

En uno de los barrios del grupo experimental han contado con un suministro regular de agua, sin embargo, las familias reportan almacenamiento de agua debido a que la privatización del servicio de agua potable encareció los costos. La práctica de almacenamiento se afianza sobre la creencia de obtener una mayor optimización y ahorro del recurso. En el barrio Los Olivos hace aproximadamente diez años se regularizó el suministro de agua potable, no obstante, muchos residentes aún mantienen la práctica de almacenar agua para el uso doméstico «por sí se va y no avisán».

Prevención de la enfermedad

Cuando se indagó, con las personas del grupo experimental, por las *medidas que toman para evitar enfermarse con fiebre dengue*, el 74% respondió que «eliminan los criaderos del mosquito», frente al 69% en el grupo control. Cuando mencionan otras prácticas preventivas, se refieren a «mantener el patio limpio», «fumigar en lo posible», «si tengo plantas con agua, cambiarla con frecuencia», «no permitir que haya botellas llenas de agua en los patios» y «nada que contenga agua, porque eso llama a los mosquitos». Los participantes mencionan prácticas de prevención generalizadas que no son consistentes con los datos entomológicos, ya que las observaciones muestran presencia de larvas en los recipientes domésticos de alma-

cenamiento e inservibles, lo cual sugiere diferencias significativas entre el conocimiento que tienen las personas y los comportamientos de prevención.

En algunos testimonios se puede identificar cierta coherencia de los comportamientos con medidas de saneamiento ambiental para reducir los criaderos de mosquitos, tales como el manejo de los envases de agua (no tener recipientes con agua, voltear los envases), abastecimientos de agua mejor diseñados y fiables, reciclaje de residuos sólidos, tales como llantas no usadas, eliminación de botellas y latas, tapar los depósitos y lavar los tanques, al menos una vez por semana, con cloro o detergente.

Yo digo que en el dengue también uno tiene que poner de su parte, porque Distrisalud le da a uno una orientación [...] tener el patio limpio, tener las botellas recogidas donde no les caiga agua, las llantas bajo techo y los tanques de agua tapados para prevenir el dengue. Pero las personas no lo hacen (Edad 31-50, Barranquilla, 2003).

En cuanto al manejo de recipientes de material plástico, lata, vidrio u otros que puedan ser clasificados como útiles o inservibles⁷, la conducta reportada ha sido eliminarlos mediante su recolección y disponerlos en bolsas para que sean recogidos por el servicio distrital de basura.

Bueno [...] tener la casa limpia, no tener los jarrones llenos de agua en el patio, ni botellas, ni nada, para evitar, porque usted sabe que el mosquito llega donde está el agua, donde están todas esas cosas, ¿verdad?, y uno trata de evitar todas esas cosas de la casa (Edad 31-40, Puerto Colombia).

Con respecto a los comportamientos de lavado y tapado de recipientes, en particular tanques con capacidad menor a 50 galones, los testimonios muestran que los participantes de los grupos focales ejecutan acciones de lavado con cepillo o esponja, acompañadas, en algunos casos, de detergente y cloro, con un intervalo menor

⁷ En esta clasificación es importante considerar el componente subjetivo, dado que lo que es inservible para el personal de salud no siempre lo es para las comunidades, que en la mayoría de los casos le dan otros usos o simplemente lo almacenan para futuras necesidades.

a una semana. Así mismo, mencionan el tapado y el uso del cloro en función de garantizar la calidad del agua y no explícitamente para controlar el criadero del vector de dengue. Esta información nos permite tener una idea sobre las prácticas actuales y su conexión con la higiene del agua, que si se modifican pueden ser eficaces en el control de ese criadero.

Bueno, en mi casa me enseñaron que las cinco gotas de cloro purifican un poco el agua y si uno dura tres o cuatro días con el agua así no se daña el agua, queda clarifica y no se empoza el agua ni nace el sarapico (larva) (Edad 31- 40, Barranquilla, 2003).

Para la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla y para la Secretaría Departamental de Salud del Atlántico, las albercas⁸ han sido un depósito muy difícil de controlar, al no encontrar una práctica viable y factible para los residentes. El tamaño de las albercas exige un esfuerzo enorme de las familias, en particular de las mujeres, sí se promueve el lavado periódico de estas. Por la diversidad en su tamaño y construcción, la promoción del tapado de recipientes se dificulta, de allí que algunas personas opten por aplicar larvicida (Temephos 1%) y otras por destruirlos.

COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las preguntas de comunicación abordadas en la encuesta CAP fueron diseñadas para determinar los patrones de consumo de medios masivos, las redes de comunicación y los espacios de encuentros de las personas; la comunicación con líderes comunitarios, médicos y personal experto sobre dengue, incluyendo medios alternativos y/o comunitarios; y los niveles de participación de los habitantes. Los usos sociales de los medios se refieren a los lugares donde se obtiene información sobre asuntos de salud y establecen qué hace la gente con esa información.

8 Una alberca puede almacenar 500 litros de agua, aproximadamente.

Tabla 4
**Niveles de comunicación en el grupo experimental
y el grupo control (Octubre 2003)**

Variables	Grupo experimental (N=268)	Grupo control (N=135)
Comunicación social		
Medios de comunicación a través de los cuales recibe información en salud		
RCN y Caracol (canales nacionales)	64%	62%
Canal regional	36%	38%
Horario de recepción		
Mañana	39%	45%.
Medio día	44%	35%.
Noche	17%	20%
Lugar donde encuentra información de salud		
Puesto de salud	83%	91%
Otros	17%	9%
Como le gustaría que la información sobre dengue fuera comunicada		
Charlas	67%	70%
Videos	23%	19%
Otras opciones teatro, etc.	10%	11%
Lugares donde intercambia información		
Casa	56%	58%
Puesto de salud	41%	29%
Otras opciones	4%	13%
Quiénes le informan		
Médico	42%	58%
Enfermera	33%	32%
Promotores de salud	25%	10%

Con relación a los usos de los medios de comunicación, encontramos que entre los más empleados está la televisión, con un 92% en el grupo experimental y un 91% en el grupo control. La

radio en el grupo experimental tuvo un porcentaje del 76% y en el grupo control del 75%. Así mismo, en referencia a los medios impresos, como la prensa y/o las revistas, principalmente, en el grupo experimental sólo un 18% dice utilizarlos y en el grupo control lo hace el 15%.

En la encuesta CAP, cuando se preguntó sobre las fuentes de las cuales reciben mayor información sobre temas de salud, la televisión fue la primera opción elegida por los participantes, quienes indicaron principalmente los canales privados de televisión nacional más importantes del país (RCN y Caracol). La mayoría de los encuestados reportan que los mensajes de salud son emitidos principalmente durante el día (ver tabla 4), mientras que sólo el 20% reporta haber visto este tipo de información en horas de la noche.

Cuando se indagó por los lugares donde encuentran información de salud en su barrio (ver tabla 4), se descubrió que el puesto de salud es el lugar de excelencia para obtener información concerniente a la salud. Al preguntar por la forma ¿Cómo le gustaría recibir información sobre dengue?, las opciones de respuesta más seleccionadas fueron: «a través de charlas», «a través de videos», y «folletos, afiches y cartillas» (tabla 4).

En la pregunta dirigida a establecer los lugares donde obtienen e intercambian información sobre temas de salud, las respuestas con mayor frecuencia fueron: «la casa» en el grupo experimental y en el grupo control, y el «puesto de salud» para el grupo experimental (ver tabla 4). Cuando se indagó entre los entrevistados por las personas de las que más obtienen información sobre salud en su barrio, las opciones de respuesta, en su orden de importancia, fueron: «del médico del puesto de salud, de las enfermeras y de los promotores de salud» (ver tabla 4).

PERCEPCIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD

En los resultados de los grupos focales y en las entrevistas con líderes comunitarios se observan diferentes imágenes, ideas, creencias

y actividades concretas de la vida cotidiana que se estructuran alrededor del concepto de participación: aportar ideas, opiniones y conocimientos; ayudar, cooperar con los otros por el bien común; actitud de compromiso con su territorio y sentido de pertenencia, incluyendo un consenso implícito frente al manejo de lo público y su impacto en la salud: «[...] es comprometerse y la participación ayuda a mejorar las cosas» (Líder 6, Barranquilla, 2003). Igualmente, cuando se les preguntó a los encuestados por su compromiso en *vigilar el barrio*, el 99% en el grupo experimental dijo que «es una obligación» y el 91% en el grupo control contestó lo mismo (ver tabla 5).

Tabla 5

Variable	Grupo experimental (n=268)	Grupo control (N=135)
Participación social		
Percepciones sobre la participación		
Vigilar el barrio-libre dengue (de acuerdo)	99%	91%
No sabe / no responde	1%	9%
Grupos de base		
No pertenece a comités de trabajo comunitario	94.7%	97%
No sabe / no responde	5.3%	3%

No obstante esta actitud favorable por una co-responsabilidad civil sobre el ambiente, los arroyos, los lotes baldíos y el manejo de los desechos sólidos, «para que no se reproduzcan los mosquitos que transmiten el dengue», la encuesta muestra que en el grupo experimental existe un *desconocimiento* casi generalizado de la labor que hacen los líderes comunitarios, los comités o el grupo de trabajo en salud, ya que muy pocos afirman conocerlos. Esta intención manifiesta de la población encuestada sobre la responsabilidad pública parece contradecirse con la percepción de los líderes comunitarios y de los funcionarios de la Secretaría Distrital de Barranquilla, quie-

nes coinciden en señalar que existe una gran apatía generalizada y falta de compromiso de la gente con su entorno y con los otros, pues «priman los intereses individuales, ya que son muy pocos los que realmente se involucran» (Líder 4, 2004). Lo anterior se corrobora cuando las personas consultadas afirman no pertenecer a los comités de trabajo comunitario (94.7%), tampoco participan en actividades comunitarias y/o culturales (62,2%) y aquellas que participan lo hacen en brigadas de salud (9.2%), en obras sociales o en campañas de aseo (14%).

DISCUSIÓN

Varios autores y organizaciones (Guzmán M., García G. & Kourí G., 2006; Alfaro M., Luna M., Novoa Y., Castillo N., Benítez S., Muñoz M., Escudero R., Barrantes L., Díaz P., Escudero J., 2001; PAHO/WHO, 2002) señalan que las causas que contribuyen a la propagación y a la mayor actividad del dengue y de la fiebre hemorrágica de dengue en las Américas son múltiples. Además del crecimiento demográfico y urbano no planificado, del hacinamiento, de las viviendas inadecuadas y del abastecimiento de agua potable deficiente, también se incluyen la falta de conocimiento de la población acerca de la importancia del problema y las prácticas sociales que facilitan los criaderos del vector. En la búsqueda por descifrar las estructuras que subyacen al comportamiento humano en salud, es importante comprender que existe una determinación recíproca entre las personas y su entorno físico y social, que obliga a estudiar tanto las dinámicas endógenas como las exógenas.

Muchos de los comportamientos y de las creencias de la población con respecto a su salud son muy elaborados y en algunas ocasiones están en conflicto con el sistema de salud moderno. Este ha sido un tema importante para los académicos y para los grupos de interés que constituyen el sistema de salud, animados por el propósito de contribuir a revisar las prácticas actuales de prestación de servicios y los modelos de intervención social, con el objetivo de

lograr conjuntamente con las personas y comunidades un impacto positivo en la salud.

Actualmente se da por sentado que casi toda la población en áreas endémicas ha estado expuesta a mensajes de prevención de la enfermedad y que, en consecuencia, conoce el tema con suficiencia. Esto lo confirma la “Encuesta de Percepción, Dengue 2000 (DPC/CD)” (OPS-OMS, 2003), que muestra que en América Central hay una disociación entre conocimiento y práctica, pues en general las personas tienen conocimiento sobre la enfermedad y el vector pero no adoptan medidas de control. Hay pocos ejemplos de proyectos que hayan podido demostrar la adopción de comportamientos que prevengan eficazmente la cría del mosquito en el ámbito doméstico a largo plazo, un resultado que destaca la necesidad de integrar mensajes a temas percibidos como de mayor importancia para la gente y usar diversos canales de comunicación con más consistencia en las actividades de educación y promoción de la salud.

En un estudio CAP de la población en Lima y Macro Región Norte del Perú, se encontró que la mayoría de la población desconoce los ítems importantes para prevenir y controlar el dengue; la mayoría de los hogares reportó conocer tres o menos de ellos (Ministerio de Salud del Perú, 2004). Las personas olvidan con facilidad las acciones de control y confunden la sintomatología del dengue con otras enfermedades. El dengue ha sido considerado a menudo como una enfermedad de baja importancia para la gente y se argumenta que es una de las causas fundamentales que determinan el grado de adopción y mantenimiento de comportamientos saludables. Toledo-Romaní (2006) y sus colaboradores, en un estudio sobre participación comunitaria en la prevención del dengue en México, encontraron en la población estudiada que el 97.7% se sintió susceptible de enfermarse por dengue y la percepción de gravedad fue del 99%, sin embargo, la percepción de la efectividad de la acción para reducir la enfermedad es del 46%, en tanto considera innecesarias las acciones realizadas por el programa local de control de vectores, sobre todo por la aplicación de productos químicos o la *abatización* del agua (la aplicación de Temephos).

Los programas de salud pública están tomando mayor conciencia sobre las limitaciones de un abordaje de educación y comunicación centrado en la transferencia de información, dado que existe evidencia de que la entrega de esta no es suficiente para la adopción, el mantenimiento y/o el cambio de los comportamientos. Así mismo, parece reconocerse cada vez más, tanto en los ámbitos académicos como en el sector salud, que las intervenciones aisladas, focalizadas en el cambio de conductas a nivel individual, no son suficientemente efectivas a largo plazo. Con base en esta investigación formativa, la pregunta que surge entonces es: ¿cuáles son las dinámicas sociales, psicológicas y culturales que pueden motivar comportamientos que tengan un impacto positivo en la salud?

Las teorías de comportamiento social pueden ser de gran apoyo para la comprensión de las dinámicas sociales y su rol en los comportamientos de los individuos y de las comunidades. No obstante, la aplicación rígida de teorías que no responden adecuadamente a contextos sociales complejos y la falta de comprensión sobre cómo usarlas apropiadamente para la planificación estratégica de la comunicación y de la movilización social, se convierten en elementos que a menudo derivan en el fracaso de las intervenciones en este campo.

En lo relacionado con la comprensión de la enfermedad, los líderes entrevistados establecen vínculos causales entre el entorno físico y el dengue, aunque de una manera muy general y no específica de los tipos de depósitos de cría para *Ae. aegypti*. Los entrevistados indican que conviven con el mosquito y con la enfermedad sin mostrar señales de apropiación de las medidas de control promovidas en el Distrito. Los líderes entrevistados carecen de los elementos suficientes sobre lo que es la enfermedad y las formas de participación para su control, aunque se involucran de forma activa en tareas de interés comunitario. Sin embargo, se desconoce el aporte de su trabajo al control de la enfermedad en las localidades de estudio. Todavía no es claro ni el nivel, ni el tipo de conocimiento que deben tener los agentes comunitarios.

En las acciones de salud pública en el ámbito municipal, el componente de IEC y la participación de las comunidades conforman, de acuerdo con la Guía Nacional de Dengue, el *control social* de la enfermedad puesto en marcha por algunas localidades colombianas. De acuerdo con la normatividad que regula el ejercicio de la participación social en salud (Decreto 1757, 1994; Ministerio de Salud de Colombia, 1995), esta se orienta a generar corresponsabilidad comunitaria e institucional en la búsqueda del bien común mediante las acciones de decidir, actuar, vigilar y controlar las medidas públicas y privadas. La normatividad entiende la participación social como un ejercicio ciudadano que conduce al cumplimiento de objetivos concretos y de beneficio común, y la temporalidad de la participación, que se da frente acciones específicas para solucionar aspectos que afectan directamente a la comunidad (Ministerio de Salud de Colombia 1997, p. 11). El estudio muestra que, no obstante estos grandes desarrollos en la normatividad y en la configuración de los derechos en salud, no hay apropiación social por parte de los funcionarios y de los líderes comunitarios de los mecanismos de participación en salud.

Los datos muestran a la televisión como el medio masivo de comunicación de mayor uso y la radio es la segunda opción que se posiciona, por sus bajos costos de producción y emisión, como uno de los canales de divulgación idóneos para promover estilos de vida saludables. Estos datos son consistentes con otros estudios, en tanto demuestran que los ciudadanos de hoy se encuentran cada vez más expuestos a la información relacionada con la salud a través de los medios de comunicación masiva que a través de visitas a médicos o a profesionales de la salud (Signorielli, 1993). Incluso, en muchos casos algunos individuos sólo cuentan con la información proveniente de los medios masivos como fuente primaria en el campo de la salud (Wahl, 1995).

Diversas investigaciones en Europa, Norteamérica, América Latina y el Caribe confirman estas tendencias. En el caso de América Latina y el Caribe, si bien no existen estudios similares, se calcula que sólo cerca del 10% de la información que circula en los

medios tiene que ver con salud, mientras que el porcentaje de personas que acude regularmente a centros de salud es relativamente bajo (OPS, 1997).

No obstante, cuando fueron consultados sobre las formas en que preferirían recibir la información sobre dengue, los participantes hicieron referencia a formas de comunicación más focalizadas e interpersonales, lo que denota en cierta medida la distancia que existe entre la información que suministran los grandes medios y los procesos comunicativos que pueden tener una mejor llegada a la comunidad cuando se trata de trabajar en forma participativa para propiciar cambios en el ámbito local.

Desde una perspectiva teórica, este hallazgo es consistente con algunas de las revisiones conceptuales que se han dado en los últimos años, particularmente desde la comunicación para el cambio social (Gray-Felder & Deane, 1999). Esta línea enfatiza la necesidad de estimular procesos comunicativos centrados en las dinámicas comunicativas locales, con el fin de potenciar los recursos existentes.

En el caso de esta experiencia, mientras los grandes medios podrían servir de referente para colocar en la agenda ciertos temas, desde la perspectiva de la participación comunitaria, el potenciamiento de canales, mecanismos y prácticas comunicativas locales debe permear las estrategias de trabajo en dengue.

Un estudio CAP realizado en un barrio de Asunción, Paraguay (Benítez-Leite *et al.*, 2000) arroja que el 94.7% de los encuestados mencionó que la principal fuente de información acerca del dengue fueron los medios masivos. Los autores expresan la posibilidad de que en la campaña desplegada por estos medios la importancia de la organización comunitaria no se constituyera en un eje básico de los mensajes difundidos. A su vez, sugieren que este aspecto debería tenerse en cuenta a fin de disminuir significativamente la segregación existente entre el conocimiento y la información que poseen las personas acerca de un hecho (epidemia de dengue, en este caso) y la posibilidad de intervenir sobre el mismo con mayor eficacia a través de la organización comunitaria. En el

estudio de Barranquilla se encontró que existe una percepción entre la comunidad de una baja actividad en salud por parte de las organizaciones sociales en el área.

Los resultados de la investigación formativa fueron el punto de partida para el desarrollo de un plan de comunicación y movilización social para intentar disminuir la brecha entre conocimientos, prácticas reportadas y la presencia continua de las fases acuáticas del mosquito *Ae. aegypti* en los barrios de la ciudad de Barranquilla.

REFERENCIA

- Alfaro, M., Luna, M., Novoa, Y., Castillo, N., Benites, S., Muñoz, M., Escudero, R., Barrantes, L., Díaz, P. &, Escudero, J. (2001). Factores fundamentales de exposición al dengue según escenarios geo-epidemiológicos en Trujillo metropolitano. *Revista Peruana de Epidemiología*, 10(7).
- Atkin, C. & Freimuth, V. (1989). Formative Evaluation Research in Campaign Design. Rice, R. & Atkin, C. (2a. Ed.), *Public Communication Campaigns*. Newbury Park, CA: Sage, 131-150.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Benítez-Leite, S., Machi, M.L., Gibert, E. & Rivarola, K. (2000). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Dengue en un barrio de Asunción. *Revista Pediatría*, 27(2).
- Becker M. H. (ed). (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behaviour. *Health Education Monograph*, 2.
- Caballero R., Torres, T., Chong, F., Pineda, A., Altuzar M. & López, B. (2006, Fevereiro). Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Revista Saude Pública*, 40(1). São Paulo.
- Gray-Felder, D. & Deane, J. (1999). *Communication for Social Change: A Position Paper and Conference Report*. New York: Rockefeller Foundation.
- Figueroa, M. (2002). Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Processes and its Outcomes. *Communication for Social Change Working Paper Series*, 1. New York: The Rockefeller Foundation.

- Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. M. (2002). *Health Behavior and Health Education* (3rd ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kroeger, A. & Luna, R. (1992). Investigación a nivel local. *Atención primaria en salud*. México: Editorial Pax.
- Leontsini, E. et al. (1993). Effect of a Community-Based Aedes Aegypti Control Programme on Mosquito Larval Production Sites. El Progreso. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 87, 267-271.
- Lloyd, LS. (2004). *Best Practices for the Prevention and Control of Dengue Fever*. Arlington: Environmental Health Project.
- McGuire, W.J. (1989). Theoretical Foundations of Campaigns. R.E, Rice y C.K., Taquín (Eds.), *Public Communication Campaigns*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1994). *Mecanismos de Participación Social. Decreto 1757*. Bogotá: Minsalud.
- Mosquera, M. (2004). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Flórez, Botero, M.M. y Jiménez (2005). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*, Cap. 12, 209-230.
- Pan American Health Organization. (2003). *Estrategia de Gestión Integrada (EGI), Resolución CD 44.R9, 2003*. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dengue-program-page.htm> (recuperado en el 2007).
- Pan American Health Organization/World Health Organization. (2002). *New Generation of Dengue Prevention and Control Programs in the Americas*. Program of Communicable Diseases. Division of Disease Prevention and Control.
- Romero-Vivas, C.M.E: & Falconar, A.K.I. (2000). *Women's Knowledge, Beliefs and Practices Towards Dengue Fever and Aedes aegypti in a Dengue Fever Endemic Area of Colombia*. Bull World. Health Organisation. Sometido.
- Sánchez, M. A., Ramos, G. E. & Marset, C. P. (1994). Actitud social ante la participación en salud. *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Departamento de Ciencias Sociocomunitarias. España: Secretariado de Publicaciones, Universidad de Murcia.
- Tilson, P., Kincaid, L., Rimon, II. & Rinehard (1997). *Health Communication. Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Johns Hopkins School of Public Health.

- Sallis, J. & Owen, N. (1996). Ecological Models. En: K. Glanz, FC. y Lewis, B.K. Rimer (Eds.). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice.* (2º Edition). San Francisco: Jossey-Bass, 403-424.
- Signorielli, N. (1993). Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook. Westport, CT: Greenwood.
- Montgomery, K. (1990). Promoting health through entertainment television. C. Atkin & L. Wallack (Eds.). *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts.* Newbury Park, CA: Sage, 35-54.
- Singhal, A. & Rogers, E. (1999). *Entertainment-Education: A Communication Strategy for social Change.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecological Theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 283-298.
- Wahl, O.F. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Illness.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wellcome Trust. (2004). *Public Health Sciences: Challenges and Opportunities: A report of the Public Health Sciences Working Group.* Convened by the Wellcome Trust. http://www.wellcome.ac.uk/doc_WTD003192.HTML (recuperado en marzo de 2004).
- Winch, P., Lloyd, L., Godas, MD & Kendall, C. (1991). Beliefs about the Prevention of Dengue and other Febrile Illnesses in Mérida, México. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 94,* 377-387.
- World Health Organization. (1997). *Dengue Haemorrhagic Fever. Diagnosis, treatment, prevention and control.* Geneva: WHO.

