

Conocimientos sobre el dengue y las enfermedades cardio-cerebro-vasculares en un municipio de Colombia

Knowledge about dengue and cardio-cerebrovascular disease in a town in Colombia

Julia I. Escobar-Montoya

Universidad Libre, Seccional Pereira, Colombia. jiescobar@unilibrepereira.edu.co;julia_ines83@gmail.com

Recibido 7 Febrero 2012/Enviado para Modificación 14 Marzo 2012/Aceptado 21 Abril 2012

RESUMEN

Objetivo Describir los conocimientos y percepciones sobre el dengue y las enfermedades cardio-cerebro-vasculares en comunidades de bajo ingreso del municipio de Pereira (Colombia).

Metodología Investigación cualitativa interpretativa. Se aplicaron 16 entrevistas semi-estructuradas en forma individual y en 3 grupos focales en 3 sectores de bajo ingreso. Para establecer el conocimiento se realizó una categorización deductiva con base en las preguntas formuladas y el análisis inductivo para estudiar las percepciones que las personas tenían sobre el fenómeno en estudio.

Resultados Se evidenció que las personas conocen sobre los agentes, formas de adquisición, factores de riesgo y acciones para la prevención y control de estos dos eventos, pero este conocimiento no se traduce en cambios en las prácticas ni en los estilos de vida.

Conclusiones Las acciones de las direcciones locales de salud deben respaldarse en teorías o modelos y comenzar a trascender las intervenciones únicas que se basan esencialmente en transmisión de información.

Palabras Clave: Dengue, enfermedades cardiovasculares, conocimientos, actitudes y práctica en salud, modelos educacionales (*fuentes: DeCS BIREME*).

ABSTRACT

Objective This study aimed at describing a low-income population's knowledge and perception concerning dengue and cardio-cerebrovascular disease in a town in Colombia.

Method The study involved qualitative research; data from 16 semi-structured individual and 3 focus groups was collected through questionnaires addressing 3 low-income sectors and then interpreted. Deductive categorisation of data was based on the questions and inductive analysis to establish such

population's knowledge for studying their perceptions regarding dengue and cardio-cerebrovascular disease.

Results It was evident that the target population knew about the agents, the forms of acquiring such diseases, the risk factors and action to be taken for preventing and controlling both diseases; however, such knowledge did not represent (i.e. had not led to) changes in their daily practice or lifestyles.

Conclusions Local health centre actions needs to be supported by theory or models and must go beyond single interventions based essentially on the transmission of information.

Key Words: Dengue, cardiovascular disease, perception, educational model (source: MeSH, NLM).

Desde el advenimiento de la Ley 100 de 1993, la dirección local de Salud de Pereira ha venido desarrollando acciones de promoción y prevención, como parte de sus funciones esenciales en salud pública (1), las cuales se resumen en actividades informativas y educativas a grupos de los sectores más marginales de la población, en eventos que, de acuerdo con los lineamientos nacionales y el perfil epidemiológico del municipio,sonde alta incidencia y mortalidad, siendo éste el caso del dengue y las enfermedades cardio-cerebrovasculares (ECCV).

Luego de varios años de actividades educativas, básicamente en la modalidad de talleres, en los ejercicios de evaluación institucional emergió la necesidad de trascender esta etapa informativa, basados en la observación de la persistencia de criaderos del vector del dengue y los estilos de vida poco saludables en las comunidades intervenidas por la institución.

Esta necesidad tenía su respaldo en las múltiples teorías que plantean que para producirse un cambio en los comportamientos, los individuos están influenciados por diversos factores que operan en varios niveles: individuales, interpersonales, grupales, comunitarios, estructurales y ambientales (2-5).

Era pertinente entonces, indagar si la población del municipio realmente conocía sobre los agentes, formas de adquisición, factores de riesgo y acciones para la prevención y control de estos dos eventos, para determinar la necesidad de continuar la inversión de recursos en actividades educativas o comenzar a utilizar otras estrategias que promovieran cambios de conducta en la población intervenida.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa interpretativa. Se aplicaron 16 entrevistas semi-estructuradas en forma individual y en 3 grupos focales en tres sectores de bajo ingreso de la ciudad de Pereira. Participaron en total 69 personas, 15 hombres y 54 mujeres cuyas edades oscilaron entre 17 y 58 años, con una media de 36 años.

La entrevista contenía preguntas que indagaban sobre los conocimientos de las personas en torno al dengue y las enfermedades cardio-cerebrovasculares en los siguientes aspectos: conocimientos sobre la enfermedad, factores de riesgo, formas de adquisición, sintomatología, acciones preventivas y métodos de control. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas posteriormente. Se realizó una triangulación metodológica confrontando la información obtenida mediante las entrevistas y la recolectada en los grupos focales (6,7).

Análisis de la información

Para establecer el conocimiento de las personas sobre los temas investigados se realizó una categorización deductiva con base en las preguntas formuladas y se construyeron categorías inductivas a partir de los datos recolectados, con base en el examen de los patrones y las recurrencias presentes en ellos. (8,9).

La codificación de los datos se llevó a cabo en forma manual, dando como resultado cuatro categorías: Diversidad de fuentes, ausencia de prácticas saludables, información en antesala y ambivalencia en la experiencia.

RESULTADOS

Conocimientos sobre dengue y enfermedades cardio-cerebrovasculares

Frente al Dengue, las respuestas de los entrevistados evidenciaron un conocimiento adecuado tal como se registra en el Cuadro 1, en los diversos aspectos indagados: sintomatología, factores de riesgo, acciones preventivas y métodos de control.

En casi todas las entrevistas las personas definieron con bastante propiedad, el agente transmisor y describían detalladamente las medidas como la eliminación de criaderos del vector y el lavado de los tanques de agua para su prevención y control.

Cuadro 1. Algunas respuestas de las personas entrevistadas sobre el dengue

Sobre la transmisión			
El dengue según entiendo es una enfermedad transmitida por unos mosquitos.	Del dengue, pues es una enfermedad que se contagia por medio del zancudo que se produce por aguas estancadas.	Que es por un zancudo que se reproduce y puede dar las enfermedades.	El dengue como bien sabemos es un mosquito que se encuentra especialmente en las casas donde hay recipientes.
Ah no, del dengue hemorrágico yo sé que da por un mosquito llamado <i>Aedes aegypti</i> y ese mosquito crece por uno no lavar el tanque, también le gusta mucho mantener dentro de la casa, más que afuera.	Si por medio de un zancudito que lo pica a uno, se infecta con otra persona y se le trasmite a uno, no pues yo sé que es por el zancudito ese que lo pica a uno.	Pues eso es una enfermedad que se contagia por los animalitos, por el zancudo.	El dengue para mí es un zancudo que hay, que sale de las aguas detenidas que dejan en las casas, tarros y cocos por ahí esa agua mucho tiempo entonces ahí se produce el zancudo.
Sobre la prevención			
Si hay patios mantenerlos bien limpios, los lavaderos, los baños, los tanques, zonas húmedas de pronto en los patios mantenerlas secas.	Es una enfermedad que nosotros mismos la podemos evitar, por el tanque, porque si no lo lavan llegan los mosquitos ponen los huevos y eso se produce ahí.	El dengue eso más que todo pienso yo que eso viene de dejar recipientes con agua mucho tiempo, de no lavar los tanques.	Pues evitando tener así aguas estancadas, mantener todo muy aseado, un nivel de humedad mínima si es posible nulo, ah, sacando también las basuras.
No dejar las basuras destapadas los tanques mantenerlos bien limpios, agua por ahí de varios días no dejarla sino estaría cambiando.	Pues, estar bien aseados, y tener sobre todo los tanques o partes donde se estanque el agua o el mismo tanque de la casa tenerlo aseado para que no se reproduzca el mosquito.	Bueno por lo que yo he escuchado se previene manteniendo las aguas limpias de los tanques y no permitiéndole que hallan charcos, si o aguas detenidas mucho, mucho tiempo.	Aquí han venido y han dicho que lavar el tanque diario, mantener el tanque lavado, mantenerlo dos tres días, lavar.

Sin embargo, pudo verse cómo la comunidad no establecía una clara diferencia entre el agente causal y el agente transmisor atribuyéndole con frecuencia a este último la etiología de la enfermedad.

En cuanto a las enfermedades cardio-cerebrovasculares, el infarto fue definido por la mayoría de los individuos y en sus propias palabras, de forma muy aproximada a la fisiopatología de esta afección, asociando la directa y frecuentemente con el consumo de grasa (Cuadro2).

Cuadro 2. Algunas respuestas de las personas entrevistadas sobre las enfermedades cardio-cerebrovasculares

Sobre el infarto		
Es la acumulación de grasa de los vasos sanguíneos que taponan las arterias y hace que se disminuya la capacidad, no sé, será que pase sangre por las arterias y las venas y todo eso.	Muchas grasas entonces las arterias, las venas, se llenan de grasa y obstruyen el paso de la sangre, eso puede producir un paro cardiaco.	Pues me imagino que de mucha grasa, pienso yo que de mucha grasa y que se va por allá al pecho y que no deja moverse al corazón pienso yo.
El infarto es una vena que uno tiene en el corazón y se le obstruye y eso produce el infarto.	Yo pienso que el infarto es porque de pronto la sangre no circula bien a las venas y de las venas no pasa como debe pasar al corazón y entonces ya si al corazón no le pasa.	Se le taponan una vena, le obstruye la vena que va al corazón, la vena corta, uno tiene muchas venas que le van al cerebro que le van al corazón, y cualquier venita que se obstruya.
Sobre el derrame (término empleado por las personas para denominar el ACV)		
Que las venitas del cerebro se rompen, cierto, las venitas del cerebro.	Que la sangre se le derrama por todo el cerebro y por eso es que cierto, pienso yo o un dolor fuerte de cabeza	Que se tuerce, que muchas veces no puede ni hablar, se queda paralizado una parte de la cara o que, de la cara o el cuerpo.
Pues yo he escuchado eso pero no sé, sé que un derrame de un momento a otro le da a uno y se va usted al suelo y listo ahí quedo.	Que son problemas que afectan la motricidad los sistemas motores del cuerpo debido a una falla en el cerebro, a problemas neurales.	Se queda torcido uno, se le tuerce la boca, se le puede paralizar medio cuerpo.

ACV=Accidente Cerebro-vascular

Así mismo, las personas identificaron las frutas y las verduras cuando se les interrogó sobre buenos hábitos alimenticios; también se mencionó la comida baja en sal y azúcar y en varias entrevistas se señaló el concepto de comida balanceada como sinónimo de una alimentación saludable. El ejercicio también fue identificado como un hábito que conlleva a una buena salud y que ayuda a eliminar los excesos de grasa en el organismo (Cuadro3).

No obstante, fue común que manifestaran desconocimiento cuando se interrogaba a los entrevistados sobre los factores que contribuían a la prevención de las ECCV, pero cuando se les indagaba específicamente sobre hábitos saludables, eran prolijos en describir la alimentación adecuada y el ejercicio físico como prácticas que conducían a una buena salud.

Además, cuando reconocieron esta asociación, lo hicieron en mayor medida con el infarto que con el accidente cerebro-vascular, el cual era identificado por las personas como “derrame” y lo relacionaban frecuentemente con el evento: “mojarse acalorado” ya que al parecer era

confundido con la parálisis facial. Algunas respuestas dan cuenta de esta afirmación: “Pues a según he escuchado eso muchas veces una persona muy acalorada no se puede mojar ahí mismo por que le puede causar un derrame incluso hasta la muerte. Entrev. 1 pág. 3. Si uno hace deporte no debe meterse inmediatamente a la ducha y quedarse un rato allá por que como en ese momento el metabolismo está muy acelerado, entonces de pronto el chorro el agua fría puede producir el derrame.” Entrev. 4 pág. 18

Cuadro 3. Algunas respuestas de las personas entrevistadas sobre los estilos de vida saludable

Sobre la alimentación		
Pues lo que siempre han recomendado, pues que muchas verduras y no exceder en las grasas.	Yo creo que primero que todo tener unos buenos hábitos de alimentación, saber combinar diferentes tipos de alimentos.	Pues sinceramente no tengo mucho conocimiento en eso pero para mí más que todo no comer comidas como muy grasosas.
No comer a todas horas harinas y todo sino como, como, llevar comida balanceada, no solamente comer siempre lo mismo sino comer ensaladas, comer frutas, verduras y granos.	Puede ser las comidas, muchas comidas, mucha grasa en exceso entonces eso va produciendo problemas en el corazón ahí es donde vienen los infartos.	Creo yo una alimentación adecuada, balanceada con verduras, lácteos, bueno las grasas todo en su medida.
No comer como tanta grasa, tanto colesterol porque el colesterol que le tapa la salida del corazón entonces no deja bombear la sangre.	No comiendo cositas buenas como son los fritos que a mí me gustan tanto.	Comiendo comida así como, como, balanceada, pues no comer mucha grasa, mucha manteca se le enseba el corazón a uno.
Sobre el ejercicio		
Pues el ejercicio si tiene que ver para todas esas enfermedades, pues que uno entre más haga ejercicio mantiene más sano.	Practicar algún deporte y ser consciente de la importancia de la salud y de la salud de los que nos rodean.	Yo creo que eso es fundamental uno estar haciendo deporte.
Hacer ejercicio, pues tampoco mantener a toda hora, mantener una línea pero si de vez en cuando el deporte influye mucho en la salud de nosotros como personas.	Las grasas se acumulan entonces el ejercicio le ayuda mucho a bajar las grasas, bueno el ejercicio le ayuda mucho en el cien por ciento de la salud.	Y tiene que estar bien con el cuerpo o sea hacer buen ejercicio y todo para poder estar bien.
Porque si uno no hace ejercicio entonces la salud de uno es mala.	Porque uno mediante el ejercicio puede mantener todos los sistemas del organismo funcionando armónicamente igual con el ejercicio uno bota muchas toxinas que el cuerpo va acumulando.	El ejercicio es bueno porque si uno está quieto es peor, pero uno sale a caminar y eso bien le sirve para la articulación y todo.

Diversidad de fuentes

Cuando se interrogó a las personas sobre la procedencia de la información recibida, las fuentes descritas fueron variadas: instituciones de salud, instituciones educativas, televisión, radio, vecinos y profesionales de la salud, siendo también sus experiencias, propias o ajenas, fuentes importantes de conocimiento. Algunas aseveraciones dan cuenta de esta situación: “Yo he escuchado personas, gente, cuando uno va al hospital el doctor diagnostica y le dice que no debe consumir mucha carne, muchas grasas. Pues de todas maneras porque siempre resultan por ahí comunicaciones de la gente o algo así, o por la radio o por los vecinos, de todas maneras. Muchas noticias, televisión, la gente comenta, uno va a un hospital y uno ve información de todo eso, lo que dije es muy poquito pero de esto la verdad yo si he leído mucho.”

Ausencia de prácticas saludables

A pesar de tener un conocimiento adecuado sobre las formas de prevención y control de enfermedades cardiovasculares, estas comunidades no han incorporado estos saberes como práctica de vida, pues la mayoría expresaron adoptar hábitos alimenticios saludables con predominio del sedentarismo. Igualmente, luego de reconocer que el cigarrillo era malo para la salud informaban sobre la tenencia de este hábito. Varias respuestas exponen lo afirmado: “Porque uno muchas veces come chorizo chicharrón, pero es que eso le hace daño a uno, pero así uno sepa que le hace daño uno la come. No, yo digo que nosotros no llevamos una alimentación buena, pues porque yo pienso, uno se come un plátano y se come una yuca y se está comiendo lo mismo y yo pienso que eso no debería ser así. Porque eso es muy rico, porque es difícil, porque por ejemplo uno se levanta por la mañana y una arepa sin mantequilla eso no es gracia, una arepa ahí sola no, entonces uno le echa la mantequilla y ya es más rica.”

En algunos casos por ejemplo, no era identificada la consulta médica como actividad preventiva pues al interrogar a las personas sobre la asistencia a los servicios médicos para prevenir las enfermedades, sus respuestas pusieron de manifiesto que concebían esta práctica sólo ante la situación de estar enfermo: “porque uno no siente nada como en el cuerpo, ni dolores de cabeza, ni dolor de estómago, ni dolor de espalda, nada, entonces uno dice para que vamos acudir al médico sin estar enfermo...pues cuando uno ya se vea mal que uno no pueda ni pararse.”

Cuando se habló sobre las acciones preventivas frente al dengue, las personas en su gran mayoría dijeron poner en práctica estas acciones en sus propias viviendas, pero también con frecuencia, sacaron a la luz la

importancia de las fumigaciones para el vector, dándole un alto nivel de prioridad a esta intervención. “Pues si las fumigaciones son efectivas pues sí, pero si no sirven de nada le toca a uno cuidarse uno mismo acá y hacer la limpieza uno mismo.”

Información en antesala

La denominación de esta categoría corresponde a estilos de respuesta de algunos informantes que expresaban duda frente a la información recibida referente a estos dos eventos de salud. Así, expresiones como: “Pues lo que dice la gente que por un zancudo, un mosquito, dicen pues”, “Pues hay unos médicos que dicen que por los fritos, que esos fritos”, “...del dengue me dijeron que era de una larva de zancudo y que yo no sé qué, y yo le dije yo no sé señores como será eso...”, podrían estar evidenciando que existe un cierto grado de incredulidad frente a la información, o no es aceptada de inmediato como cierta.

Ambivalencia en la experiencia

Pudo apreciarse que las personas concebían la existencia de una ambivalencia entre la información recibida y lo experimentado por cuenta propia o ajena. De esta manera, encontraban contradictorio que las personas murieran haciendo ejercicio, o que bajo la condición de delgadez, un individuo pudiese padecer un infarto, indicando que posiblemente el concepto de riesgo no es claro para ellos, o simplemente no es importante.

Algunas expresiones de los entrevistados advierten sobre esto: “entonces yo digo si el muchacho estaba haciendo ejercicio y todo, en ese momento estaba haciendo ejercicio y le dio un infarto, entonces uno a veces no se explica, usted hace ejercicio y puede ser bueno y haciéndolo también se muere. ¿Cuántos brasileiros han muerto jugando futbol, que eso es hacer ejercicio, sí o no?, cuánta gente de Brasil ha muerto, entonces uno no se explica a qué se debe eso o por qué o cómo prevenir una cosa de esas. En este lado de allá se murió un muchacho que era delgadito, él estaba muy contento cuando juffj se cayó al suelo entonces yo digo que ahí si yo no sé qué decir, si es por robusto o delgadito.”

DISCUSIÓN

Los hallazgos revelaron que las comunidades de bajo ingreso en el municipio de Pereira, poseen un conocimiento adecuado y suficiente frente a dos eventos de alto interés en salud pública como son el Dengue y las enfermedades cardio-cerebrovasculares.

En Colombia, en un estudio comunitario realizado en el 2009 (10) en barrios de Bucaramanga, se encontró un conocimiento deficiente sobre el dengue, mientras que en el presente, casi la totalidad de las personas identificaron la enfermedad, atribuyeron su presentación a la picadura de un mosquito y las medidas preventivas fueron descritas adecuadamente.

Lo anterior podría estar hablando a favor de una buena difusión sobre esta infección en el municipio de Pereira, posiblemente a través de las acciones que despliega la Secretaría Municipal para la prevención de este problema en las comunidades de bajo ingreso, si bien es importante destacar que las fuentes de información son múltiples y que el aprendizaje sobre el cuidado de la salud es construido por los individuos con base en las diferentes interacciones sociales en su vida cotidiana, tal como lo demuestran los resultados.

La atribución de agente causal que las personas daban al mosquito transmisor de la enfermedad, coincide con un estudio realizado en Puerto Rico en el 2005 (11), donde algunas personas, no establecían diferencias claras entre la enfermedad, el agente causal y el agente transmisor del dengue. A pesar de ser este hallazgo poco relevante desde el punto de vista de la prevención, pues las acciones se dirigen al control del vector, es importante que las futuras estrategias educativas faciliten a la comunidad la diferenciación entre estos dos agentes.

Aunque las personas manifestaron poner en práctica las medidas preventivas frente al dengue, lo evidenciado por los funcionarios de la Dirección Municipal de salud de Pereira y la alta incidencia de esta enfermedad en el municipio, demuestra que estos conocimientos se quedan como tal y no se traducen en acciones efectivas para el control de criaderos del vector, situación que también ha sido encontrada en otros estudios (12).

Referente a los hallazgos sobre las ECCV, es fundamental enfatizar en la relación existente entre los estilos de vida saludables, particularmente el consumo de frutas y verduras y el ejercicio físico, con la prevención de las ECCV, en las actividades educativas realizadas, teniendo en cuenta que, al parecer la gente desliga estas dos situaciones. Así mismo propender por un mayor conocimiento sobre el accidente cerebrovascular y su estrecha relación con los estilos de vida poco saludables.

Por su parte, la ausencia de prácticas saludables para las ECCV pudo evidenciarse en las mismas voces de los informantes, quienes expresaron

continuar con sus hábitos alimenticios y sedentarismo, muy probablemente porque, en el imaginario de estas comunidades no se encuentra instaurada la prevención, tal como lo corroboran sus respuestas frente a la asistencia al médico sólo cuando se sentían enfermos y la alta prioridad asignada a las fumigaciones para el dengue.

Similares resultados se observaron en contextos urbanos de México (13) donde se halló que la prevención en esas comunidades estaba concebida predominantemente como acciones públicas de autoridades sanitarias, mientras que las acciones individuales y comunitarias casi no fueron mencionadas por los entrevistados.

De otro lado, si atendemos a planteamientos de los modelos de cambio de comportamiento como el de creencias en salud, el cual propone que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad, requiere primero que todo que la persona crea que es susceptible a sufrirla (14-17), podría afirmarse entonces, que la población en este estudio están lejos de experimentar esta vulnerabilidad, pues si muchas de las respuestas ni siquiera reflejaron credibilidad en la información impartida, mucho menos podría pensarse que se sienten vulnerables a adquirir la enfermedad.

De igual manera, el hallazgo sobre el cuestionamiento que se hacen las personas sobre lo contradictorio observado en su propia experiencia, conlleva el cuestionamiento sobre los procesos informativos que excluyen la noción probabilística del riesgo. Es decir, el concepto de relación causal puede ser entendido por las personas como determinista y cualquier excepción a la regla podría ser considerada como prueba de que la relación no es plausible.

Este resultado es importante para futuras informaciones en salud, en las cuales debe comunicarse el concepto de probabilidad de una manera simple y accesible al nivel educativo de las personas, pues éste es mínimamente o nunca abordado en las intervenciones educativas.

El dar relevancia al riesgo, con cifras que muestren la alta probabilidad de ocurrencia de una enfermedad frente a ciertos factores, puede hacer que las personas comprendan que un evento aislado no excluye la ocurrencia de la mayoría, al mismo tiempo que refuerza en ellos su propia susceptibilidad a la enfermedad.

Finalmente, el divorcio existente entre el conocimiento y la práctica no es un descubrimiento nuevo. Se sabe que los comportamientos que adoptan las personas son influenciados en múltiples niveles y que existen diversas teorías y modelos que los abordan: intrapersonales o individuales (18-20) e interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios (5) y de políticas públicas (3,16,21).

Desde esta perspectiva, es claro que las acciones de las Direcciones Locales de Salud deben apoyarse en teorías o modelos y comenzar a trascender las intervenciones únicas que se basan fundamentalmente en transmisión de información, sin olvidar que la verdadera promoción de la salud, es el resultado de políticas públicas que involucran a todos los sectores y que propenden por una intervención integral de los problemas de salud que aquejan a las comunidades ♦

Agradecimientos: La autora agradece a Erika María Bedoya Hernández por su contribución a esta investigación.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) [Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm> Consultado febrero 4 de 2012.
2. Cabrera AGA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000;18(2):129-138.
3. Bandura A. Social foundations of thought action. A social cognitive theory: Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall, 1986.
4. Schwarzer R, Gutiérrez B. Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. Revista Costarricense de Psicología. 2009, 28 (41-42):11-39.
5. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública. 2003, 29(1): 48-51.
6. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2ª ed. London: Sage publications; 1985.
7. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica;1996.
8. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. San Francisco: Universidad de California; 1990.
9. Morse JM. Asuntos críticos en investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
10. Cáceres FDM, Vesga C, Perea X, Ruitort M, Talbot I. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios de Bucaramanga, Colombia. Rev. salud pública (Bogotá). 2009;11(1): 27-38.
11. Pérez CL, Seda H, García EJ, Gary C. Knowledge and attitudes in Puerto Rico concerning dengue prevention. Rev. Panam Salud Publica.2005;17 (4):243-53.

12. Benítez-Leite S, Machi ML, Gibert E, Rivarola K. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue en un barrio de Asunción. *Rev. chil. pediatr.* 2002; 73(1): 64-72.
13. Caballero R, Torres T, Chong F, Pineda A, Altuzar M, López B. Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Rev Saude Pública.*2006;40(1):126-33.
14. Soto F, Lacoste JA, Papenfuss RL, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev Esp Salud Pública.*1997; 71: 335-311.
15. Calnan MW, Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class on breast self-examination. *J Health Soc Behavior.* 984; 25:198-210.
16. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior.* Reading, M.A: Addison-Wesley; 1975.
17. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.*2001;19(1):91-101.
18. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1991;59(2): 295-304.
19. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist.*1992; 47(9):1102-1114.
20. Flórez-Alarcón L. Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de Secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología.*2005;13: 47-78.
21. Fishbein, M. Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicología.* 1990; 24(1): 39-55.