

Barreras y conductas negativas que prevalecen en la prevención y control del dengue en la ciudad de Cartagena-Colombia

Barriers and negative behaviors that prevail in the prevention and control of dengue in Cartagena, Colombia

Edgardo S. Pasos-Simancas y Raúl Archibold-Suárez

Recibido 20 febrero 2019 / Enviado para modificación 16 octubre 2019 / Aceptado 26 diciembre 2019

RESUMEN

Objetivo Identificar barreras negativas de riesgo para la prevención y control del dengue que prevalecen en la población y en los responsables institucionales y sectoriales de la ciudad de Cartagena.

Materiales y Métodos Se utilizó un enfoque cualitativo de diseño narrativo-etnográfico apoyado en la metodología COMBI. La población fue de 90 personas residentes en tres localidades comuneras del Distrito de Cartagena de Indias, Colombia, registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigilia) y que tuvieran una alta incidencia o fueran un caso sospechoso de fiebre de dengue y casos de dengue.

Resultados Las personas residen en viviendas de cartón, madera, zinc, block, cemento, eternit y albergues. A pesar de que tienen conocimiento de la problemática del dengue, la relacionan con otras enfermedades como el resfriado y la gripe. Le dan más importancia a otros problemas sociales, como la violencia y la inseguridad en la zona. Los mensajes educativos y preventivos en prensa, radio y televisión emitidos por el DADIS y otros entes de control del dengue no cubren todas las medidas que se deben implementar para la prevención y control de la enfermedad.

Conclusión La transmisión del dengue se relaciona con factores socioeconómicos como el poco conocimiento que tiene la comunidad sobre las consecuencias de la transmisión del dengue en la salud, la actitud y prácticas indiferentes ante esta patología, así como la insuficiente comunicación educativa y preventiva que realiza el DADIS a través de los canales de comunicación y redes sociales, entre otras.

Palabras Clave: Dengue; infección; comunidad; conocimiento; actitudes; calidad de vida (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To investigate the negative risk barriers for the prevention and control of dengue that prevail in the population and in the institutional and sectoral responsible of the city of Cartagena.

Materials and Methods A qualitative, narrative-ethnographic design approach supported by the COMBI methodology was used. The population was 90 people residing in the three localities belonging to the District of Cartagena de Indias (Colombia) and registered in the Administrative Department of District Health (hereinafter DADIS), specifically in the National System of Public Health Surveillance (Sivigilia), with high incidences or probabilities of suspected cases of dengue fever and cases of dengue.

Results People reside in houses made of cardboard, wood, zinc, block, cement, eternity shelters. Although they are aware of the problem of dengue, they relate it to other diseases such as the cold and the flu. They give more importance to other social problems, such as violence and insecurity in the area. The educational and preventive

EP: Sociólogo. Esp. Gerencia Educativa con Énfasis en Gestión de Proyectos. M.Sc. Educación. Investigador, Grupo CEUS. Institución Tecnológica Colegio Mayor de Bolívar. Cartagena de Indias, Colombia.
c.editorial@colmayorbolivar.edu.co
RA: Lic. Educación Primaria. M.Sc. Educación con Énfasis en Investigación. M.Sc. Educación con Énfasis en Currículum. Ph.D. Educación con Énfasis en Investigación. Investigador, ISAE Universidad. Ciudad de Panamá, Panamá.
archibold.3@gmail.com

messages in the press, radio and television made by DADIS and other dengue control entities do not cover all the measures that must be implemented for the prevention and control of the disease.

Conclusion The transmission of dengue can be related to socio-economic factors such as: little knowledge the community has about the health consequences that Dengue transmission can cause; the attitude and practices indifferent to this pathology, as well as the insufficient educational and preventive communication carried out by DADIS through communication channels and social networks, among others.

Key Words: Dengue; infection; community; knowledge; attitudes; quality of life (source: MeSH, NLM).

Cartagena de Indias fue declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social como una de las 31 áreas endémicas permanentes del país y, por lo tanto, zona de riesgo propicia para contraer el dengue en cualquiera de sus serologías. Las estadísticas entregadas por el Departamento Administrativo de Salud Distrital (DADIS, 2017-2019) señalan que entre el 2017 y el 2019 se detectaron 250 casos de dengue por cada 100000 habitantes y, lo más grave, 6 muertes confirmadas por causa de esta letal enfermedad.

En el Distrito de Cartagena, además de los estragos provocados por la indisciplina ante pandemia impulsada por el COVID-19, se han identificado conductas negativas en las familias frente a la prevención y control del dengue, las cuales fueron investigadas para profundizar las causas que las provocan. El estudio estuvo administrativamente agrupado en las tres localidades territoriales o comuneras de la ciudad. Es así como en la localidad 1 (Histórica y del Caribe Norte), localidad 2 (de la Virgen y Turística) y la localidad 3 (Industrial y de la Bahía) existe una relación de riesgo presentada por el DADIS (Tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento del dengue por localidad

Tipologías de dengue	Localidad 1. Histórica	Localidad 2. de la virgen	Localidad 3. Industrial
Dengue grave	22%	41%	37%
Dengue con signos de alarma	21%	30%	46%
Dengue sin signos de alarma	24%	24%	50%

Fuente: Sivigila 2017-2020.

El sistema de vigilancia y control del DADIS recalca que en la ciudad entre el 2018 y la semana epidemiológica 20 de 2019 se detectaron 1 245 casos sospechosos de dengue, de los cuales 425 fueron confirmados como positivos. De estos últimos, que fueron reportados por el DADIS al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), el 81% se presentó en población pediátrico-infantil (1). En el informe del DADIS se destaca que en la localidad 2 y 3 se reportaron el mayor número de casos de fiebre de dengue (fd) con signos de alarma, mientras que en los barrios de la localidad 3 se registró la mayor incidencia de fd sin signos de alarma.

Si bien los episodios son similares en las mencionadas localidades y sus barrios, los índices aélicos son totalmente diferentes; sin embargo, ambos índices representan un alto riesgo para la transmisión del virus del

dengue. El aumento de casos ha hecho que se emita una alerta urgente para que se tomen las medidas de prevención necesarias ante el peligro de contagio del dengue (2). Es un avizor que ha disparado las alarmas del Ministerio de Salud y Protección Social para conjurar este grave riesgo para la salud y la vida de los habitantes de la ciudad y la región.

Es una situación que exige de una acción intensa y sin demoras por parte de los entes de control y prevención, recorriendo casa por casa, si es preciso, para asegurarse de que las familias estén cumpliendo a cabalidad con las normas preventivas y de control que impidan la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad (3). No es suficiente con hacer campañas educativas para enseñar a la gente a evitar la enfermedad. Es preciso asegurarse de que las cumplan, casi que obligando a la población a hacerlo (3,4). De hecho, la comunidad ha convertido en una costumbre el tratar cualquier quebranto de salud como si fuera un padecimiento leve, y lo que es peor: autorrecetarse para superarlo.

Los factores antes mencionados, el hacinamiento en que viven las comunidades cartageneras (comunidades con una actitud de renuencia ante las campaña antivectoriales que realizan los entes de salud pública y donde es común ver colonias de dormitorios familiares), la poca educación sanitaria y los constantes riesgos climatológicos (que, de una manera u otra, afectan al Distrito de Cartagena) hacen que el estudio se convierta, con la aplicación de la metodología COMBI y la investigación etnográfica, en un piloto para investigar el patrón conductual de las personas en relación con la enfermedad.

Se debe aclarar que la etnografía y la salud fueron complementarias en el presente estudio sobre las barreras y conductas humanas de incidencia negativamente en la prevalencia del dengue, ya que permitió el análisis objetivo del proceso de salud y su relación con la enfermedad desde la perspectiva social y cultural (5). Fue un análisis útil para los órganos de control y seguimiento de la enfermedad, pues ha demostrado lo exitoso que ha sido en salud pública el uso del enfoque, método y texto etnográfico para el estudio del comportamiento y las relaciones sociales en diferentes ámbitos: grupos vulnerables, enfoque de medicinas tradicionales y comprensión de trastornos psiquiátricos, entre otros (4,6,17).

Diferentes teorías de la psicología social conceptualizan que las creencias de las personas influyen de manera significativa y positiva en las decisiones que adoptan en relación con un estado de salud óptimo, determinando, en gran medida, el inicio de un proceso de cambio en el comportamiento (7). Estas teorías coinciden con la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, a su gravedad y a los beneficiados y dificultades que les supone a los individuos llevar a cabo prácticas saludables y acciones de comunicación que se constituyen en dispositivos importantes para el cambio de comportamiento (8).

En la investigación se establecieron acciones de comunicación y movilización social de carácter entomológico, epidemiológico y social que fueron encaminadas con mayor precisión a la obtención de las conductas o prácticas negativas y, así mismo, a los comportamientos que se van a promover, los lugares donde se va a trabajar, las redes sociales que existen, los procesos de comunicación local y los canales y medios de comunicación social idóneos. De igual forma, se priorizaron zonas o áreas de riesgo con base en mapas epidemiológicos y entomológicos, para focalizar acciones de comunicación y educación intensivas en esas áreas (9,10).

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo, de tipo narrativo etnográfico, apoyado en la metodología COMBI (*Communication for Behavioural Impact*) (5-7,20-21). Con la técnica COMBI se hizo un abordaje innovador de la comunicación y movilización social que se incorporó a la enseñanza de las experiencias del mercadeo de la comunicación, básicamente en el sector público (5-6,8). El uso

de este enfoque de cambio de comportamiento para la prevención y el control del dengue fue un proceso estratégico que se aplicó para identificar, promover y facilitar los comportamientos que tienen repercusión negativa y significativa, bajo la premisa de que la mayoría de las personas involucradas en el estudio fueran capaces de asumir esos cambios sin inconvenientes (7,9-13,19).

Se tomó por conveniencia (12) una población conformada por 90 personas residentes en las 3 localidades comunera de la ciudad (30 por cada localidad), todas pertenecientes al Distrito de Cartagena de Indias, Colombia. El estudio se realizó entre el segundo periodo del 2017 y el primer periodo del 2018. Para la selección de la población objeto de estudio, se tomaron criterios de selección de la comunidad, tales como (a) aparecer registrado en el DADIS, específicamente en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con altas incidencias de casos sospechosos de fiebre de dengue y casos de dengue; (b) aparecer como población vulnerable de alto riesgo y con semejanzas en la estratificación socioeconómica; y (c) poseer una red de servicios públicos análogos o similares.

Utilizando la metodología del COMBI, se introdujeron componentes de participación social a lo largo de la implementación del proceso, lo cual arrojó lecciones importantes que se exponen y exhiben en los resultados de la investigación. El análisis de los comportamientos, así como el de su priorización, fue producto de procesos de consulta, diálogo y consenso con la comunidad, mediante distintas dinámicas con diferentes actores, líderes comunitarios, técnicos de vectores y docentes de instituciones educativas, etc., los cuales fueron trabajados desde las categorías que se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Operacionalización de las categorías

Definición conceptual	Factor	Definición operacional Criterios	Recursos
Categoría 1: conocimiento	Identificar el conocimiento que tiene la comunidad, responsables institucionales y sectoriales sobre el dengue.	Conocimiento, identificación, transmisión, atención, tratamiento, síntomas, reproducción, etc.	- Entrevista a profundidad - Observación
Categoría 2: actitud	Analizar la actitud de la comunidad, responsables institucionales y sectoriales sobre el dengue.	Vector, enfermedad, contagio, participación, asistencia, etc.	- Entrevista a profundidad - Visitas domiciliarias - Observación
Categoría 3: prácticas y/o conductas	Reconocer las prácticas negativas y/o positivas de la comunidad, responsables institucionales y sectoriales sobre el dengue.	Almacenamiento, medidas preventivas, materiales inservibles, larvas, medidas de promoción.	- Entrevista a profundidad - Visitas domiciliarias - Observación - Historias de vida

RESULTADOS

Entre las principales características de la población objeto de estudio se encontró que su edad oscila entre 24 y 60

años aproximadamente. Se considera a su vez que la información recolectada fue objetiva, seria y veraz. La muestra cuenta con los servicios básicos de energía eléctrica, gas natural, recolección de basuras de manera irregular y

agua potable (que en áreas apartadas se hace a través de piletas públicas o comunitarias). Las piletas públicas son fuentes de abastecimiento que hizo Aguas de Cartagena en aquellas zonas deprimidas en donde no existían redes domiciliarias de suministro del líquido, suministro que los usuarios se ven obligados a tener en sus viviendas en tanques o albercas de almacenamiento.

Las comunidades se ubican en vastas zonas atravesadas por canales, caños pluviales y de aguas negras que provienen de distintos puntos de la ciudad que terminan su recorrido y/o deposición final en la ciénaga de la virgen (zona perimetral de la ciudad de Cartagena de Indias). Son canales y caños que terminan siendo el basurero satélite de la comunidad, convirtiéndolos en depósito de inservibles y foco para el desarrollo de enfermedades e infecciones transmitida por vectores, como es el caso del dengue, fiebres tropicales o virales; y otros arbovirus como chikungunya y zika.

En la zona se hallaron dos tipos de construcción de viviendas familiares que llaman poderosamente la atención por su contraste:

- a. Viviendas de bloque, cemento y eternit, algunas de ellas en buen estado y la mayoría en regular o mal estado debido a que es un área salitrosa con un elevado grado de salinidad en su suelo, lo que hace que se deterioren con mucha facilidad sus paredes, pisos, enchapes, rejas, etc.
- b. Construcción estilo albergues o viviendas elaboradas en cartón, madera y zinc, ubicadas especialmente en las cercanías del cordón marginal de la ciudad. Son viviendas que no cuentan con sistema de alcantarillado, por lo que las deposiciones o eliminaciones de las excretas son realizadas a cielo abierto, situación que usualmente crea molestias desagradables, tanto para el olfato como para la vista y la salud de la comunidad, pues las bacterias, parásitos y gusanos que viven en los excrementos causan enfermedades, especialmente en la población infantil, como diarreas, parasitosis intestinal, hepatitis y fiebre tifoidea.

La ficha de observación arrojó que en las tres localidades existe la presencia significativa de madres cabeza de hogar sin empleo estable y algunas con un buen nivel de formación; pero también se da un buen porcentaje

Tabla 3. Barreras y conductas de riesgo en la población, instituciones y grupos sectoriales.
Categorías: conocimiento y actitud

<p>Problema: (a) Las personas encuestadas en las comunidades (63 mujeres y 27 hombres) no implementan medidas preventivas ni en el hogar, ni en el entorno. (b) En principio, la familia no ha aprendido a convivir ni a crear controles sobre el riesgo. Esto refleja que desconocen los peligros que usualmente están en el entorno.</p> <p>Manifestación: aumento progresivo de criaderos del <i>Aedes aegypti</i> tanto en el hogar como en el contexto investigado, lo que produce brotes parciales de casos de dengue con alarma en las tres localidades comuneras. El espectro de las manifestaciones clínicas de la enfermedad va desde procesos asintomáticos, febriles indiferenciados, hasta cuadros severos constituidos como un problema creciente en la salud pública a nivel local.</p>		
Nivel de la causalidad	Causa conductual Causas inmediatas:	Causa no conductual
<p>La comunidad les da más importancia a otros problemas sociales, como la violencia, la drogadicción y la inseguridad en la zona.</p> <p>Más del 70% de los entrevistados no reconocen los signos y síntomas presentados con mayor frecuencia para los casos de dengue sin signos de alarma, como la fiebre, cefalea, mialgia y artralgia.</p>	<p>Los entrevistados son indiferentes y apáticos a la problemática del dengue, a sus características, tipologías y consecuencias.</p> <p>Los interrogados asocian los síntomas de la enfermedad con otras patologías médicas como la gripé, las enfermedades virales y el resfriado común.</p> <p>Los servicios de salud de la ciudad evaden la atención oportuna y adecuada de los casos de dengue, así como la verificación del cumplimiento de normas sanitarias en diferentes niveles.</p>	<p>Abastecimiento de aguas en piletas comunitarias para la población más vulnerable de la localidad.</p> <p>Urbanización sin planificación y control por parte de las autoridades distritales. La capacidad técnica y operativa del manejo de casos por parte de los estamentos sectoriales e institucionales.</p>
Causas fundamentales:		
<p>Cercanía de la comunidad a canales que mantienen permanentemente aguas servidas.</p> <p>Falta de cultura ciudadana para el manejo de las basuras en las tres localidades comuneras de la ciudad.</p> <p>Aparición y reaparición del dengue a causa de las migraciones, el rápido crecimiento y urbanización de las poblaciones en las tres localidades comuneras de la ciudad, con cinturones de pobreza y falta de servicios básicos, especialmente relacionados con el suministro de agua, eliminación de residuos y las deficiencias en el saneamiento ambiental.</p>	<p>Escasez de conciencia y educación por parte de la comunidad en relación con el medio ambiente.</p> <p>Desconocimiento de las personas frente al manejo de las basuras, lo que contribuye con la proliferación de focos del <i>Aedes aegypti</i>.</p> <p>Fallas en el trabajo interdisciplinario que deben realizar las áreas de vigilancia, así como en el seguimiento a los programas, prestaciones de servicios y aseguramiento en cuanto a actividades de capacitaciones y lineamientos técnicos (protocolos y guías de manejo).</p> <p>La poca percepción de riesgo en la comunidad en lo concerniente al control de criaderos intradomiciliarios, conocimiento de la enfermedad y oportunidad en la consulta a los servicios de salud.</p>	<p>Presencia de los entes sectoriales y de salud, únicamente cuando hay uno o varios casos de la enfermedad, a pesar de ser considerada área endémica.</p> <p>Inexistencia de una política pública en la ciudad de Cartagena, capaz de prevenir las limitaciones a las acciones de control del evento y en la que se establezcan los determinantes sociales que causan limitaciones para el sostenimiento de programas preventivos.</p> <p>Implementación de estrategias de comunicación poco eficaces, eficientes y efectivas.</p> <p>Planeación de actividades preventivas en las que se incluye el personal a cargo de las actividades, mas no la priorización de las áreas de intervención.</p>

Tabla 4. Barreras y conductas de riesgo en la población, instituciones y grupos sectoriales.
Categorías: prácticas y comunicación

Nivel de la causalidad	Causa conductual	Causa no conductual
<p>Por lo extenso de la zona, los mensajes educativos y preventivos en prensa, radio y TV que realiza el DADIS y otros entes de control del dengue no cubren todas las medidas que se deben implementar para la prevención y control de la enfermedad.</p> <p>En cuanto a la hospitalización de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave, la mayoría de los CAP, IPS, EPS y EPSS presentan dificultades en el cumplimiento de los protocolos de atención.</p>	<p>Falta de estimulación permanente frente al tema del dengue.</p> <p>Necesidades materiales apremiantes en la zona y sostenibilidad de la información para el cambio de conductas, etc.</p> <p>Aunque tienen conocimiento de los lugares donde se reproducen los mosquitos, se evidenció que, en las casas visitadas con prioridad, existe acumulación de elementos inservibles, aguas estancadas, basuras, etc.</p> <p>Indebidas prácticas para el almacenamiento de agua y la presencia de criaderos artificiales que favorecen la proliferación del vector y ejecución de actividades relacionadas con procesos de migración por actividades económicas o de trabajo.</p>	<p>No se han evaluado los programas de gestión e intervención del dengue.</p> <p>La comunicación no es arraigada ni pertinente con la idiosincrasia y mucho menos con la cultura popular de la comunidad.</p> <p>En el barrio los habitantes entrevistados no tienen conocimiento sobre la presencia de casos de dengue.</p>
<p>Los entrevistados no han participado en actividades de salud, ya que ni el DADIS, ni las instituciones educativas las han realizado en el barrio.</p>	<p>El DADIS tiene inconvenientes para hacerle seguimiento al componente de promoción y comunicación social en relación con el control del vector y de la enfermedad.</p>	<p>El ente de control del dengue en el distrito no tiene conocimiento de la efectividad de la comunicación dirigida al control y prevención del dengue en esta localidad y sus barrios.</p>
<p>No sabe dónde encontrar información del dengue en el barrio, y no han visto, ni leído cartillas o afiches sobre la enfermedad.</p>	<p>La articulación de todos los actores del sistema de vigilancia de la ciudad, que, en muy escasas oportunidades, como áreas competentes, reciben la información para la toma de decisiones.</p>	<p>Cumplimiento de las actividades individuales, manejo de información, generación de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos.</p>

de ancianos y personas inactivas —económicamente hablando—, los cuales se dedican a labores propias de la economía informal o del rebusque, ya sea en actividades como vendedores ambulantes o estacionarios; corredores de rifas o chances; choferes de taxis, busetas o colectivos; cobra-diaros, entre otros. En términos generales, los entrevistados, en su gran mayoría, son nativos de la ciudad y pertenecen a familias que son, por lo general, numerosas (extensas y parentales).

En el análisis del estudio se encontraron patrones culturales codificados por el equipo de investigadores en las cuatro categorías proyectadas: *conocimiento, actitud, prácticas y comunicaciones* (Tabla 3, Tabla 4).

DISCUSIÓN

La metodología COMBI permitió el abordaje de la comunicación y la movilización social como un proceso estratégico para identificar los comportamientos que repercuten en forma negativa y de manera significativa sobre el problema estudiado. Efectivamente, aquí se expusieron las lecciones aprendidas en torno a dimensiones críticas de las intervenciones en comunicación y salud, que fueron organizadas en

dos grandes dimensiones: *barreras y conductas* de prevalencia del dengue en la comunidad y grupos sectoriales focalizados en la ciudad. Se utilizaron como criterios de investigación aspectos técnicos, políticos y teóricos.

La población entrevistada correspondió en un 70% al género femenino y un 30%, al masculino. Sin embargo, y según las cifras del DADIS, el mayor número de casos de dengue se presentó en la población masculina, quienes la mayor parte del tiempo están fuera del hogar, ya sea trabajando de manera formal o en labores de la economía informal. En el aspecto sectorial se evidenció que el 95% de los entrevistados poseen conocimientos asociados con la enfermedad, ya que conocen cierta información básica relacionada con el tema del dengue, pero no realizan acciones acordes al protocolo de atención de la enfermedad para mitigar o disminuir su proliferación.

Aunque la empresa de recolección de basuras hace una labor muy buena, la población considera que falta más conciencia y educación sobre la hora asignada para sacar la basura y sobre la forma de realizar el descarte de inservibles (labor de reciclaje). Los caños y canales que atraviesan a las tres localidades se convierten en un basurero satélite. Las lluvias arrastran por el canal las basuras que

las comunidades arrojan debido a su falta de cultura en el manejo ambiental. Esto provoca taponamientos e inundaciones que se convierten en focos de proliferación de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) como el mosquito *Aedes aegypti*.

Las comunidades estudiadas perciben que controlar y prevenir el dengue son labores exclusivas del Estado y sus órganos administrativos (centralizados o descentralizados). Por lo tanto, delegan esa responsabilidad en el Distrito de Cartagena y el DADIS. Asimismo, la comunidad no es consciente de que sus miembros podrían contraer la enfermedad. Creen tener conocimiento de los lugares en donde se reproducen los mosquitos; sin embargo, es evidente que existe poca o nula comunicación entre ellos, hecho que los pone en permanente riesgo de contraer el dengue; tanto así que en las viviendas visitadas existen criaderos por la acumulación y falta de información sobre qué hacer con los elementos inservibles, aguas estancadas, basuras, tanques sin lavar, etc.

De acuerdo con lo observado por los(as) entrevistados(as), las actitudes y comportamientos preventivos son precarios debido a que las viviendas no se encuentran en estados óptimos que les ayuden a unas buenas prácticas preventivas, lo cual es una barrera que provoca el desinterés o descuido en la enfermedad y en su posible contagio. Existe en la zona presencia del dengue debido a que hay varias cunetas o caños que dividen el territorio, por lo cual las familias quedan en riesgo de ser contagiadas por el mosquito que trasmite el dengue y, por lo tanto, adquirir la enfermedad.

Los encuestados manifestaron estar de acuerdo con poner en práctica algunas acciones comunitarias, entre ellas, retomar las campañas de fumigación por lo menos tres (3) veces al año (pues aluden que hace más de dos años, aproximadamente, que no se presenta un ente de fumigación en el sector); realizar campañas preventivas y formativas más profundas que favorezcan un cambio de actitud; concientización y educación de la comunidad para mantener un medio ambiente saludable; realizar actividades lúdicas, dinámicas de grupo y realización de talleres formativos con la comunidad y grupos sectoriales en fechas de encuentro familiar (domingos) que no coincidan con sus actividades domésticas o laborales.

Asimismo, mejorar los canales de comunicación con la comunidad utilizando para ello estrategias más amigables de acuerdo con su cultura; por ejemplo, utilizando la champeta y a sus intérpretes en los lugares de más frecuencia en estas comunidades para promocionar programas de promoción y prevención de la enfermedad, sus causas y obviamente sus consecuencias; realizar brigadas de gestión ambiental dirigidas al cuidado o manejo de las basuras a fin de evitar que se conviertan en focos de proliferación del

mosquito que produce el dengue y, por qué no, los de otras enfermedades transmitidas por vectores; realizar campañas de comunicación y de orientación agresivas contra de la enfermedad (para ello se debe concientizar a la comunidad de las consecuencias que traería una epidemia o una pandemia producidas por este vector en la ciudad).

La idea no es prender las alarmas injustificadamente —no, señor—; todo lo contrario: la idea es tocar a sus miembros para que no lleguemos a los extremos, ya que en sus manos está la labor de prevención y control de la enfermedad, entre otras acciones.

Los datos de tipo cualitativo que emergieron de la población objeto de estudio permitieron identificar que la transmisión del dengue puede estar relacionar con factores socioeconómicos de los residentes que viven en las tres localidades referenciadas; en ese mismo sentido, proponemos la realización de estudios de alcance explicativo (cuasi-, pre- o experimentos puros) con los que se pueda constatar o descartar la siguiente hipótesis de investigación H_{ii} : comprobar si la transmisión del dengue se relaciona con los factores socioeconómicos de los residentes en las tres localidades comuneras de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia ♣

Agradecimientos: A los funcionarios del DADIS, quienes actuaron como interventores del proyecto, con especial atención en los componentes entomológicos y epidemiológicos; a las trabajadoras sociales Hornelis Banquez, Elizabeth Ramírez y Melissa Bottet, quienes actuaron como entrevistadoras a profundidad en el proyecto; y a los miembros de organizaciones locales y de las comunidades, quienes apoyaron decididamente este proceso.

Financiación: El proyecto se realizó gracias al apoyo financiero del Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS). Se contó con el soporte logístico de la Fundación Nueva Vida, la Institución Tecnológica Colegio Mayor de Bolívar de Cartagena (Colombia) y la ISAE Universidad de la Ciudad de Panamá.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Rodríguez J, Correa C. Predicción temporal de la epidemia de dengue en Colombia: dinámica probabilista de la epidemia. Rev. Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2009; 11:443-53. <https://bityl.co/5uzi>.
2. Gómez S. Informe de evento dengue, Colombia, 2017 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Bogotá, 2018 [cited 2019 Jan 20]. <https://bityl.co/5uzn>.
3. Atkin C, Freimuth V. Formative evaluation research in campaign design. In Rice y C. Atkin (2ª ed.), Public Communication Campaigns. New York, 1989, pp. 131-50.
4. Rodríguez J, Prieto S, Pérez C, Pardo J, Correa S, Mendoza F, Bravo J, Morales C, Rojas N, Flórez M. Predicción espacio-temporal probabilista de la epidemia de dengue total y grave en Colombia. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2018; 20(3):352-8. DOI:10.15446/rsap.v20n3.42701.

5. Chiaravalloti N. Results of activities encouraging community participation in dengue control in an outlying neighbourhood of Sao Jose do Rio Preto, Sao Paulo, and the relationship between the population's knowledge and habits. *Cad Saude Pública*. 1998; 14 Suppl 2:101-9.
6. Park W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue [Internet]. China: Organización Mundial de la Salud, Centro Mediterráneo para la Reducción de Vulnerabilidad (WMC), Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2004 [cited 2019 Jan 20]. <https://bit.ly/30LWaAm>.
7. Environmental Health Project (EHP). Social mobilisation as an approach to prevention and control of dengue in Guatemala. *Environmental Health Project: Activity Report No. 52*. 1998: 25.
8. Figueroa M, Kincaid L, Rani M, Lewis G. Communication for social change: an integrated model for measuring the process and its outcomes [Internet]. New York: Rockefeller Foundation, Johns Hopkins University; 2002 [cited 2019 Jan 20]. <https://bit.ly.co/5vi8>.
9. Renganathan E, Hosein E. International experiences in social mobilization and communication for dengue prevention and control. *Dengue Bulletin* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 20];28(Suppl.):1-7. <https://bit.ly.co/5viG>.
10. Renganathan E, Parks W, Lloyd L. Towards sustaining behavioural impact in dengue prevention and control. *Dengue Bulletin* [Internet]. 2003; 27:6-12. <https://bit.ly.co/5viP>.
11. Focks D. A review of entomological sampling methods and indicators for dengue vectors [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2019 Jan 20]. <https://bit.ly.co/5vkL>.
12. Passos E. Metodología para la presentación de trabajos de investigación. Una manera práctica de aprender a investigar investigando [Internet]. Cartagena de Indias: Alpha Editores; 2015 [cited 2019 Jan 20]. <https://bit.ly.co/5vkY>.
13. Gubler D, Casta-Vélez A. Programa de prevención del dengue epidémico y el dengue hemorrágico en Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 1992:113, 109-119. <https://bit.ly.co/5vkr>.
14. Gubler D. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clin Microbiol Rev*. 1998; 11(3):480-96.
15. Pasos E. Control social y participación ciudadana con adolescentes escolarizados víctimas del conflicto armado. *Saber-Ciencia y Libertad*. 2018; 13(2):197-212. DOI:10.18041/2382-3240/saber.2018v13n2.4634.
16. Pasos E, Arias F, Batista A, Guacarí W. Facturación y cuentas médicas en el sector público: información contable en un hospital público. *Panorama Económico*. 2020; 28(1):45-56. DOI:10.32997/pe-2020-2669.
17. Menon P, Rajagopalan P. Relative importance of different types of breeding habitats in contributing to the population of *Culex pipiens fatigans* in Pondicherry. *Indian J Med Res*. 1980; 71:725-33.
18. Gómez-Dante H. El dengue en las Américas: un problema de salud regional. *Salud Pública de México* [Internet]. 1991; 33(4):347-55. <https://bit.ly/3rTOWpL>.
19. Mosquera M. Participatory and cultural challenges for research and practice in health communication. In: O. Hemer y T. Tufte, eds. *Media & Global change: rethinking communication for development*. Buenos Aires: Clacso; 2005, pp. 35-56.
20. Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para la prevención y control*. Washington, DC: PAHO; 1995.
21. Rojas MC, Ibarra AM, Cuéllar L, Bonet M, Barroso I. Indicadores de salud ambiental y el trabajo de la población en la prevención del dengue: Ciudad de La Habana, 2003. *Rev Cub Hig Epidemiol* [Internet]. 2005;43(1). <https://bit.ly.co/5vnh>.