

# COMUNICACIÓN, MOVILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN: LECCIONES APRENDIDAS EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA FIEBRE DENGUE (FD)\*

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

## **MARIO MOSQUERA**

DOCENTE —INVESTIGADOR DE LA UNIVERSIDAD DE NORTE,  
DEPARTAMENTO COMUNICACIÓN SOCIAL, BARRANQUILLA, COLOMBIA

Dirección: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia,  
A.A. 1569 (Barranquilla, Colombia).  
mmosquer@uninorte.edu.co

## **RAFAEL OBREGÓN**

PROFESOR ASOCIADO, ESCUELA DE TELECOMUNICACIONES,  
OHIO UNIVERSITY; PROFESOR ADJUNTO, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
obregon@ohio.edu

## **LINDA S. LLOYD**

CONSULTORA EN SALUD PÚBLICA (OPS/OMS Y WMC/OMS),  
SAN DIEGO, CA.  
ls1@ix.netcom.com

## **MAYRA OROZCO**

CONSULTORA EN SALUD PÚBLICA (SEC. SALUD PUBLICA ,  
UNIVERSIDAD DE NORTE, BARRANQUILLA, COLOMBIA)  
mayraesmeralda@gmail.com

## **ANGÉLICA PEÑA**

CONSULTORA EN SALUD PÚBLICA (SEC. SALUD PUBLICA ,  
UNIVERSIDAD DE NORTE, BARRANQUILLA, COLOMBIA)  
angelicamaria@gmail.com

\* Este proyecto se realizó gracias al apoyo financiero del Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología, COLCIENCIAS, a través del contrato 098-2003. Nuestros agradecimientos a la Dra. Claudia Romero-Vivas, quien hizo parte del equipo de investigación, con especial atención a los componentes entomológicos; al Dr. Pedro Arango, coordinador del Programa de Control de Vectores de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, a la Dirección de Investigaciones y Proyectos de la Universidad del Norte y a los miembros de organizaciones locales y de la comunidad, quienes apoyaron decididamente este proceso.

## RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de un estudio de intervención-investigación ejecutado durante 2003-2005 en el Atlántico (Colombia), con el propósito de mejorar la efectividad y sostenibilidad de los programas de control de Fiebre Dengue (FD), a través de una estrategia de comunicación participativa basada en los recursos comunicacionales locales y en los conocimientos, prácticas y percepciones de la comunidad; se exponen las lecciones aprendidas en torno a dimensiones críticas de las intervenciones en comunicación y salud organizadas en dos áreas: dimensiones político-técnicas y dimensiones teóricas y de investigación. El proyecto se desarrolló partir de la metodología COMBI, abordaje de comunicación y movilización social que incluye un proceso estratégico para identificar, promover y facilitar comportamientos que puedan repercutir en forma positiva y significativa y que sean factibles de lograr. Como variante al COMBI, se introdujeron componentes de participación social en la implementación del proceso. Las lecciones aprendidas incluyen reflexiones sobre el rol de los organismos rectores, la integralidad de las estrategias, el impacto de las intervenciones de comunicación en los indicadores entomológicos, la expansión de referentes teóricos en dengue y la posibilidad de abordar otras problemáticas de salud a partir de procesos participativos centrados en dengue.

**PALABRAS CLAVE:** Dengue, comunicación en salud, movilización social, comunicación y participación.

## ABSTRACT

*This article summarizes 1) the results of a study aimed at improving the effectiveness and sustainability of dengue prevention and control programs implemented in Atlántico State from 2003-2005 through a participatory communication strategy; and 2) lessons learned on critical communication dimensions of the study. The project used the COMBI methodology to facilitate positive and significant changes in behavior and also included elements of social participation. Lessons learned include reflections on the role of the local government and health units, the integral dimension of communication interventions, the impact of communication interventions on entomological indicators, the expansion of theoretical frameworks in dengue prevention and control, and the possibility of addressing other health problems through participatory dengue prevention and control programs.*

**KEY WORDS:** *Dengue, social participations, communication, interventions.*

## INTRODUCCIÓN

**D**urante la última década se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la comunicación y educación para la salud, al menos conceptualmente, en el que se ha pasado de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en el cual las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud (Obregón & Mosquera, 2005). Factores relacionados con las limitaciones individuales, sociales y medioambientales que impiden a los sujetos y grupos tomar decisiones en torno a propuestas de “estilos de vida saludable” empiezan a convertirse en elementos clave en el diseño de estrategias de comunicación. En ese sentido, las intervenciones en comunicación y salud deben, además de reportar acerca de los logros, ofrecer nuevas lecciones y referentes que permitan refinar y enriquecer nuevos procesos.

Este artículo presenta un resumen de los resultados de un estudio de intervención-investigación que se ejecutó durante el período 2003-2005 en el departamento del Atlántico (Colombia), con el propósito de mejorar la efectividad y sostenibilidad de los programas de control de Fiebre Dengue y el Dengue Hemorrágico, a través de una estrategia de comunicación participativa basada en los recursos comunicacionales locales y en los conocimientos, prácticas y percepciones de la comunidad respecto a la Fiebre Dengue (FD) y a su vector. Además, se exponen las lecciones aprendidas en torno a dimensiones críticas de las intervenciones en comunicación y salud, organizadas en dos grandes áreas: dimensiones político-técnicas y dimensiones teóricas y de investigación.

Inicialmente, se presentan algunas generalidades del estudio que incluyen antecedentes, referentes teóricos, métodos y resultados. Posteriormente, se desarrolla una reflexión en torno a lecciones aprendidas en el proceso, reflexión que va más allá de las acciones prácticas desarrolladas en esta intervención y que esperamos sirvan de referentes para futuros estudios y procesos de prevención y control

de dengue y otras enfermedades infecciosas que requieren la decidida participación de la comunidad.

## ANTECEDENTES

Se estima que existen 2.500 millones de personas en el mundo en riesgo de contraer fiebre de dengue, de las cuales aproximadamente 50-100 millones de personas son infectadas cada año. Es decir, más de un millón de casos de dengue y dengue hemorrágico son reportados anualmente a la Organización Mundial de la Salud, y entre 250.000 a 500.000 son casos de dengue hemorrágico, con un estimado de 24.000 muertes (OMS, 2005). Esta situación alarmante surge, principalmente, por los movimientos de poblaciones, y se incrementa por los desarrollos en la comunicación aérea y terrestre y por los desplazamientos masivos de personas a las ciudades por causa de la violencia rural o por motivaciones económicas.

Este crecimiento demográfico, sin precedente en los últimos diez años en América Latina en sectores urbanos, también ha generado condiciones críticas de hacinamiento, circunstancias que se agravan por la alta densidad y la elevada dispersión del mosquito vector *Aedes aegypti*, principal portador del virus del dengue. En áreas endémicas, sus sitios de cría se han favorecido por una pobre infraestructura urbana, que se caracteriza por abastecimiento de agua poco confiable o ausente, lo cual obliga a los residentes a almacenar el preciado líquido; o por una ausencia o irregular servicio de recolección de desechos sólidos, lo cual da como resultado la acumulación de recipientes adecuados como hábitat larvales para la reproducción del mosquito transmisor de la fiebre de dengue (Kay & Vu, 2005).

La existencia de cuatro virus serotipos de dengue ha complicado los esfuerzos por desarrollar una vacuna, y actualmente no existe un agente quimioterapéutico efectivo para el tratamiento de DH y SSD. Hasta el momento, la única forma de disminuir la incidencia de la FD y sus severas manifestaciones, DH y SSD, es a través del control del mosquito vector (WHO, 1997), para lo cual se requiere de la activa participación de la comunidad.

Los sitios de cría del principal vector urbano de este virus, el *Aedes aegypti*, están estrechamente relacionados con las prácticas sociales y las necesidades de almacenamiento de agua. De tal forma que, tanto la determinación de los más abundantes y productivos sitios de cría como el significado psicosocial que tiene el almacenamiento de agua en determinados contextos, debe ser investigado a nivel local con el fin de seleccionar el método apropiado para la eliminación o modificación de los criaderos (Menon & Ragajopalan, 1980). De igual manera, es importante la comprensión de los procesos comunicativos, con el propósito de orientar la escogencia de estrategias de lenguajes y comunicación que se ajusten a las dinámicas sociales locales para la prevención y control de la enfermedad.

En Colombia la FD es endémica y existe una creciente preocupación acerca de la introducción del serotipo D-3V (ausente desde 1970, y que ha causado la mayor epidemia de FD, con un alto número de casos de FDH en la región del Caribe y Centro América desde 1995) y de cepas virulentas, a través del principal puerto marítimo y aéreo de Colombia, localizado en la ciudad de Barranquilla (Romero, 2003).

## REFERENTES TEÓRICOS

Este proyecto se desarrolló inicialmente a partir de la metodología COMBI-*Communication for Behavioural Impact* (Lloyd & Parks, 2003). COMBI es un abordaje innovador de la comunicación y movilización social que incorpora las enseñanzas aprendidas durante décadas de la comunicación en salud pública y de las experiencias del mercadeo de la comunicación en el sector privado. La utilización de un enfoque de cambio de comportamiento para la prevención y el control del dengue es un proceso estratégico que se utiliza para identificar, promover y facilitar comportamientos que: 1) puedan tener una repercusión positiva y significativa y 2) sean factibles de lograr, de manera que la mayoría de las personas involucradas en el programa sean *capaces de* y estén *dispuestas a* asumir los cambios. No obstante, como una variante necesaria para la aplicación del COMBI,

se introdujeron componentes de participación social a lo largo de la implementación del proceso, lo cual arrojó lecciones importantes que se exponen más adelante.

Una estrategia de prevención con base en el cambio de comportamientos ayuda a explorar los factores que determinan las conductas actuales y luego permite ensayar otros comportamientos factibles, o posibles, que permitan mejorar la salud. Así, para lograr un cambio de comportamiento se debe partir del conocimiento de la epidemiología del problema de salud, identificar los comportamientos actuales de la población afectada, desarrollar acciones dirigidas a eliminar o reducir las barreras internas o externas entre el comportamiento actual y el saludable y, finalmente, crear entornos favorables para la adopción de los comportamientos deseados y factibles. El análisis de los comportamientos, así como la priorización de los comportamientos elegidos en este proyecto, fue producto de procesos de consulta, diálogo y consenso con la comunidad, mediante dinámicas de talleres con diferentes actores, líderes comunitarios, técnicos de vectores y docentes, y consultores de la Organización Panamericana de la Salud.

Para fortalecer teóricamente el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas fue de gran ayuda en la selección de las variables de estudio la “escuela de componente múltiple de la actitud” (Sánchez *et al.*, 1994; ver Tabla 1). De acuerdo con esta teoría, cuando se han identificado comportamientos, actitudes y normas sociales, el mayor predictor de éstas es la intención correspondiente de la persona para realizar un comportamiento, en términos de acción, objeto, contexto y tiempo. Por su parte, el modelo de creencias de la salud enfatiza la importancia que tienen, como predictores de los comportamientos de las personas, el nivel de percepción de riesgo y severidad del mismo, y la percepción de beneficios y barreras.

**Tabla 1**

TEORÍA	CONCEPTO	APLICACIÓN/DENGUE
ESCUELA DE COMPONENTE MÚLTIPLE DE LA ACTITUD	ACTITUD TRES COMPONENTES: COGNOSITIVO, AFECTIVO Y COMPORTAMENTAL. IDENTIFICA EN LA CONDUCTA, ACTITUDES Y NORMAS SOCIALES, LA INTENCIÓN PREDITOR REALIZAR UN COMPORTAMIENTO, REFERENTE PARA EL ANÁLISIS, FORMAS PROPIAS DE COMPRENDER LA ENFERMEDAD, CLASIFICACIÓN Y FORMAS DE TRANSMISIÓN	ESTABLECER VARIABLES DE ESTUDIO. CONDUCTA, Y/O COMPORTAMIENTO ACTITUDES Y LAS NORMAS SOCIALES EN DENGUE. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y DE CONTROL PERCEPCIÓN DE RIESGO Y GRAVEDAD PERCIBIDA DE (ENFERMEDAD).
MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD	COMPORTAMIENTO PREVENTIVO: "EL RESULTADO DE UNA FUNCIÓN INTERACTIVA DE CIERTAS CREENCIAS QUE LAS PERSONAS TIENEN" (CABREIRA Y OTROS, 2001). DIMENSIONES: -SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA -SEVERIDAD PERCIBIDA -BENEFICIOS PERCIBIDOS -BARRERAS PERCIBIDAS -DISPOSITIVOS PARA LA ACCIÓN -AUTOEFICACIA	NIVEL DE CREENCIAS PERCEPCIÓN DE RIESGO PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD EFECTIVIDAD BARRERAS PARA LA ACCIÓN MOTIVACIÓN NIVEL DE CONFIANZA

Esta tabla resume los elementos básicos de estas teorías y muestra cómo se interconectan con comportamientos relacionados con el control y prevención del dengue.

## MÉTODO

Dos barrios de Barranquilla y un municipio del departamento del Atlántico fueron elegidos para adelantar el estudio, con base en los siguientes criterios: 1) haber registrado altas incidencias de casos sospechosos de fiebre de dengue y casos de dengue hemorrágico en el 2001; 2) tener semejanzas en la estratificación socioeconómica y 3) poseer una red de servicios públicos semejantes. Los dos barrios de Barranquilla están administrativamente agrupados en siete (I-VII) Sistemas Locales de Salud (SILOS). Los SILOS I y V presentaron el mayor número de casos de fiebre de dengue, mientras los barrios Los Olivos (SILOS I) y Rebolo (SILOS V) registraron mayor incidencia de la FD. Si bien las incidencias son similares en los mencionados barrios, los índices aélicos son diferentes; sin embargo, ambos índices representan alto riesgo para la transmisión del virus del dengue.

La población que participó en el estudio estuvo integrada por funcionarios responsables de los programas de prevención de la FD en las entidades públicas, líderes comunitarios y mujeres amas de casa. En el caso de las amas de casa, éstas tienen un papel predominante en el manejo de la salud del hogar (Romero, 1999) y, generalmente, son las personas que toman decisiones a nivel doméstico, en particular en lo referente al lavado o eliminación de depósitos de agua dentro de los límites del hogar (Romero & Falconar, 2000).

El estudio combinó técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa para obtener información sobre las percepciones de funcionarios y la comunidad respecto a la enfermedad y su transmisión, y a los mensajes de educación que difunden las entidades u organizaciones de salud pública y comunitaria. Se trabajó con funcionarios del programa de vectores de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, previa capacitación, con el fin de motivarlos a incorporarse a la fase de diseño y ejecución de Planes de Comunicación y Movilización Social.

Se realizaron 19 entrevistas semi-estructuradas a funcionarios de la Secretaría de Salud local y a miembros de la comunidad, quienes, debido a sus roles, pueden suministrar amplia información sobre las necesidades y problemas con respecto a la transmisión del virus del dengue. Así mismo, se organizaron 12 grupos de discusión. La población participante se seleccionó mediante un procedimiento de muestreo por conveniencia. Los participantes fueron seleccionados siguiendo criterios que construyeron los investigadores para reflejar una parte total de la población. En estos grupos participaron mujeres amas de casa, mayores de 18 años, y su número no fue mayor de 12 ni menor de 6 en cada grupo. Los rangos de edad en este estudio fueron definidos entre los 18 a 50 años, y personas mayores de 50 años, con el fin de capturar percepciones y prácticas de dos rangos de edad diferenciados.

A partir de la información que se obtuvo a través de los informantes clave y los grupos focales, se diseñó y aplicó una encuesta estructurada dirigida a mujeres mayores de 18 años. Estas encuestas cubrieron 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 4) prácticas relacionadas con los sitios de cría del vector.

La encuesta, a su vez, recoge datos sobre las fuentes y orígenes de la información y conocimiento que poseen los entrevistados acerca de la enfermedad. El tamaño de la muestra fue calculado mediante el programa epidemiológico EPI-INFO, con base en la población estimada por municipio para el año 2001. Para el cálculo de la muestra se estableció un intervalo de confianza de un 95%, asumiendo que el 90% de esta población ha sido expuesta a algún tipo de información sobre dengue (síntomas, transmisión, vector, sitios de cría, control).

En la evaluación se utilizó la prueba ji cuadrado o  $X^2$  para medir la asociación entre la pertenencia a un grupo (antes y después) y las variables que fueron promovidas por el programa de comunicación, sin considerar que existan relaciones causales entre éste y sus resultados. Asimismo, se aplicaron 26 encuestas entomológicas en las casas seleccionadas, las cuales fueron inspeccionadas dos veces: inmediatamente después de la encuesta CAP y después de aplicar la intervención, con el fin de identificar los sitios de cría más importantes en cada grupo antes y después, y como parámetro de evaluación de la intervención.

Como parte del proceso, se desarrollaron talleres que hicieron parte de la socialización de los resultados de la investigación formativa, con el fin de reinterpretar y ajustar los datos con los aportes de los diferentes actores de la vida local. La socialización se apoya en elementos de comunicación y participación, y la horizontalidad de la comunicación se plantea como una apuesta fundamental para que la población adopte las prácticas saludables propuestas. La socialización de resultados permitió la elaboración del Plan de Comunicación y Movilización Social, a partir de los siguientes pasos:

1. *Identificación y vinculación de actores sociales*: Se presentaron los resultados obtenidos en encuestas y grupos focales, con el fin

de reflexionar sobre la información recogida y buscar alternativas negociadas con los diferentes actores. Se identificaron: Juntas de acción comunal (2); asociaciones de madres (7) que agrupan a 105 madres comunitarias, quienes a su vez convocan a 3.000 padres aproximadamente; iglesias evangélicas (10) y católicas (2); colegios de primaria y bachillerato (16); grupos juveniles ( 2); y 40 líderes comunitarios.

2. *Expresión de intereses individuales y colectivos*: Se reconocieron temas derivados de la investigación formativa y se expresaron necesidades particulares de los actores; posteriormente, se integraron distintas visiones para alcanzar diversos objetivos.
3. *Visión de futuro*: Los involucrados se reconocieron como parte de la solución y resaltaron los beneficios que obtendrían con el cambio de comportamiento.
4. *Opciones de acción y consensos*: Esta tarea se constituyó a partir del análisis y priorización de prácticas, elaboración de objetivos de comportamiento e identificación de recursos y responsables de las acciones. El ejercicio de priorización de comportamientos tuvo en cuenta aquellos susceptibles de actuar desde la comunicación/educación.
5. *Asignación de responsabilidades y movilización de actores*: Con el fin de convertir la propuesta en acción, los involucrados asumieron la responsabilidad de cumplir tareas específicas en períodos determinados. Los grupos de trabajo asumieron la responsabilidad de gestionar diversos procesos para la óptima ejecución de cada una de las actividades propuestas dentro del plan de comunicación y educación.
6. *Estructuración de resultados de acuerdo con el proceso de movilización social*: En esta última etapa se buscó que los resulta-

dos del proceso encajaran con los objetivos negociados en los talleres. El plan de acción proporcionó una visión global de las estrategias (formación de recurso humano, edu-entrenamiento, movilización social, mercadeo social, abogacía), actividades y productos que fueron concertados y se organizaron teniendo en cuenta al público al que va dirigido.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los principales hallazgos del estudio. Debido al énfasis de este artículo en las lecciones aprendidas del proceso, estos resultados se sintetizan. Otros documentos complementarios de este estudio ofrecerán mayores detalles acerca de los resultados obtenidos<sup>1</sup>.

### CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA ENFERMEDAD

A la pregunta “Para usted, ¿qué es el dengue?” miembros del grupo experimental, en Barranquilla (barrios Los Olivos y Rebolo) se observó una importante diferencia entre los datos de la fase de investigación formativa y la evaluación sumativa. Esto se explica en parte debido a que en la intervención se evitó el uso de nominaciones técnicas y se buscó un mayor acercamiento a la población mediante analogías culturales locales. La aparente disminución en la opción de esta respuesta también se explica en las respuestas que seleccionaron “Otros”, igualmente válidas para la identificación y conocimiento sobre la enfermedad. En la opción “Otros”, las personas entrevistadas reconocen que el dengue “es una enfermedad mortal”, que es “una enfermedad peligrosa”, que “es una enfermedad que le da cada rato a la gente” y “que es transmitida por un mosquito”.

---

<sup>1</sup> Ver Informe presentado al Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología, COLCIENCIAS, *Informe de Evaluación Sumativa 2006*.

Al comparar los grupos focales, en el grupo experimental las mujeres de 18 a 30 años identificaron, entre las amenazas a su salud, los síntomas del dengue, tales como diarrea, fiebre y vómito. Sin embargo, se encontró una diferencia en mujeres mayores de 31 años, quienes no mostraron una percepción evidente de vulnerabilidad a la enfermedad, y mencionaron sólo como amenaza para su salud enfermedades como la gripa y la fiebre. En la segunda fase de evaluación, no obstante, se puede indicar que no se encontraron diferencias en cuanto a la edad y que la totalidad de la población de la muestra identificó el dengue como una amenaza. En la evaluación sumativa se observaron algunos cambios en las respuestas de conocimiento y percepciones en el grupo experimental con respecto a la enfermedad, resultado que también se puede atribuir a intervenciones previas en el control y prevención de dengue llevadas a cabo por la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla.

#### CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS LUGARES DONDE SE REPRODUCE EL VECTOR

Al indagar por los “lugares donde se reproduce el mosquito que transmite la fiebre dengue”, la respuesta más seleccionada fue “Recipientes donde se almacena agua para el consumo de la casa”, lo cual permite identificar diferencias extremas en las opciones de los encuestados durante los dos momentos de la investigación. En la fase de evaluación sumativa se dio un incremento de 26% en las respuestas con relación a la investigación formativa, lo que muestra un aumento gradual del conocimiento de los entrevistados en los barrios donde se implementó la estrategia de comunicación. Los encuestados identificaron como sitios de cría del vector las opciones: “recipientes con aguas limpias” y la ubicación de los sitios de cría en recipientes dentro de sus domicilios. No obstante, se encontraron respuestas en menor proporción que asociaban los criaderos de *Aedes* con las aguas estancadas y sucias. Estas últimas respuestas dejan ver que el “*Culex*” (especie de mosquito no trans-

misor de dengue) se percibe como un problema importante para los pobladores, fundamentalmente asociado con el bienestar, por la proliferación de esta especie en los barrios de intervención.

Se puede afirmar que las entrevistadas logran establecer un vínculo entre el vector y el dengue; se perciben a su vez vulnerables frente a la enfermedad y susceptibles de contraerla, además de sentir la enfermedad como una amenaza para la vida. De acuerdo con diferentes teorías de la psicología social<sup>2</sup>, las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud y determinan, en gran medida, el inicio de un proceso de cambio de comportamiento. Estas teorías coinciden en que la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone llevar a cabo prácticas saludables, se constituyen en dispositivos importantes para el cambio de comportamiento.

No obstante, las distancias cognitivas y sociales que pueden separar el sistema bio-médico de las percepciones “populares” sobre la enfermedad, se observan ciertos lugares comunes, tales como el concepto de “transmisión”, la percepción de riesgo y la identificación de los síntomas, lo que puede reflejar una mayor familiaridad de las entrevistadas con la comprensión de la enfermedad desde el punto de vista bio-médico, y esto puede ser capitalizado en el diseño e implementación de programas educativos y de comunicación en salud para la prevención y control de la enfermedad.

## COMPORTAMIENTOS

### ■ Almacenamiento de agua

Al indagar a las encuestadas si “almacenan agua para el consumo doméstico”, en el primer momento, el 53.2% de las personas reportaron almacenar agua, y en el segundo, sólo el 15% manifestó

<sup>2</sup> El modelo de creencias en salud, la teoría de la Acción Razona y el modelo transteórico.

llevar a cabo este comportamiento. Los extremos de referencia difieren ya que de 128 respuestas se ha descendido a 43 en la evaluación sumativa, disminución que sugiere cambios relacionados con el comportamiento de las personas al almacenar agua. Los resultados de la indagación cualitativa demuestran también que los tanques plásticos son ahora usados para guardar ropa, comida, utensilios de cocina, entre otros.

Al comparar estos datos con los que se obtuvieron en las encuestas entomológicas, podemos observar que en el primer informe había 820 tanques plásticos en los barrios intervenidos en Barranquilla. Al comparar esta información con el último informe entomológico, se observa una reducción importante de tanques plásticos en el grupo experimental, que pasó a sólo 32 tanques plásticos. Este dato, a su vez, es coherente con la evaluación sumativa, la cual muestra una reducción en la práctica reportada de almacenamiento de agua en dichos recipientes. De esta forma, existe consistencia entre los datos entomológicos y la información que se obtuvo en las encuestas CAP. La hipótesis es que a mayor exposición a los mensajes de cepillado y enjuagado dos veces por semana, y debido al esfuerzo y asignación de tiempo a esta práctica, la gente haya optado por eliminar y/o modificar el uso del recipiente.

### ■ El uso de plantas acuáticas

Al preguntar a las encuestadas si “decoran su casa con plantas acuáticas”, la opción de respuesta (No) reveló significancia estadística ( $p < 0,05$ ). En la evaluación sumativa el número de respuestas disminuyó de 235 a 187, es decir, entre la primera y segunda etapa de la investigación, existe una diferencia de 48 escogencias, lo que indica cambios correspondientes a un 80% en la práctica de decoración con plantas acuáticas en la comunidad de intervención.

Cuando se indagó si las personas lavaban el recipiente donde tienen la planta acuática, sólo el 20% dijo lavarlos, mientras que el 80% de respuestas “no aplica” para esta pregunta, bien porque han eliminado el recipiente con la planta, o porque no lo lavan. El

20% que dice lavar el recipiente donde tienen sus plantas acuáticas, menciona como formas frecuentes de lavado las siguientes: el 6% lava con agua y esponja y/o trapo; el 5.6% lava con detergente y cloro; y el 5.2% lava con agua. Así mismo, cuando se preguntó por la frecuencia en el lavado del recipiente donde tiene la planta acuática, el 10.4 % dijo lavarlos dos, tres o más veces a la semana; el 7.8%, una vez por semana; el 1.1%, cada quince días. Cuando se indagó sobre “cuándo lavó el recipiente” que contiene la planta acuática de la forma como se mencionó anteriormente, las respuestas relacionan las siguientes frecuencias: hace un mes, 6.8%; hace unos meses, 3.7%; hace una semana, 2%; hace dos semanas, 2%; hace un año, el 2.2 %.

La hipótesis que genera este punto es que las personas hayan optado por eliminar los recipientes para mantener las plantas acuáticas, bien sea porque las identifican como criaderos y/o hayan optado entre limpiar el recipiente dos veces por semana o eliminarlo, con el fin de disminuir el costo. Al relacionar esta hipótesis con los datos entomológicos observamos nuevamente consistencia en los resultados: el primer informe entomológico reportó 150 plantas acuáticas y el último informe sólo 7 recipientes para plantas acuáticas. Es decir, que el número de plantas acuáticas descendió significativamente, lo que sugiere que en el transcurso de la intervención se eliminaron y/o cambiaron 143 recipientes con plantas acuáticas. Este resultado puede asociarse con el aumento en los conocimientos relacionados con los sitios de cría y, en general, como factor de riesgo, lo cual indica coherencia con los mensajes que promovió este proyecto con énfasis en el lavado de ese recipiente dos veces por semana.

### ■ Cuidados con el almacenamiento de agua

Se indagó entre las encuestadas sobre los “cuidados que tienen cuando almacenan agua”, y éstas podían seleccionar las siguientes opciones: Cambia frecuentemente el agua, tapa las albercas o tanques, lava el tanque y/o alberca con regularidad, mantiene peces

o tortugas y ninguna de las anteriores. Esta última opción (ninguna de las anteriores) mostró significancia estadística ( $p < 0,0001$ ), lo cual indica una drástica disminución en la evaluación sumativa, ya que al no optar por esta última las encuestadas seleccionaron alternativas congruentes con los mensajes que divulgaron la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla y este proyecto con respecto a los cuidados de los recipientes para el almacenamiento de agua (tapar las albercas o tanques, lavar el tanque y/o alberca con regularidad entre otras). Así, lavar el tanque y/o alberca con regularidad y cambiar el agua frecuentemente son las prácticas más generalizadas entre las personas consultadas en Barranquilla y representan el 65% del total de las respuestas.

Cuando se preguntó a las personas del grupo experimental si lavaban el tanque donde mantienen agua almacenada, el 99% de los consultados dijo que sí lo hacen. Cuando se indagó por la forma “cómo lo hacen”, el 69.5% mencionó “lavar con detergente, cloro y/o cepillo (conducta promovida); el 30.5% restante dijo lavar de diferentes formas, entre las que se encuentran “lavar con agua y trapo” y “lavar con detergente y agua caliente”. Igualmente, cuando se indagó por el tiempo que llevan lavando el tanque de la manera mencionada, las respuestas fueron las siguientes: más de un año, 39%; hace un año, 27%; hace unos meses, 17.8%; hace un mes, 6.3%; hace dos semanas, 3.6%; y hace una semana, 6.3%.

Cuando se preguntó a las personas del **grupo control** si lavaban el tanque donde mantienen agua almacenada, el 37.2% de los consultados dijo que sí. Cuando se les preguntó por la forma “cómo lo hacen”, ninguna persona mencionó “lavar con detergente, cloro y/o cepillo (conducta promovida); entre otras formas se mencionan: “lavar con agua y detergente”, “con agua caliente y detergente” y “lavar con agua y las manos solamente”. Igualmente, cuando se indagó por el tiempo que llevan lavando el tanque de la manera que lo hacen, las respuestas no estaban dentro de la frecuencia de tiempo sugerida en la encuestas (cada mes o más meses, cada quince días, cada diez días, una vez por semana, dos, tres o más veces a la semana); en general, las personas encuestadas en el grupo control

hicieron referencias como “lavar así, con agua y detergente, hace muchos años”.

Al preguntarles a las personas del grupo experimental sobre la frecuencia, es decir, cada cuántos días lava el tanque de esta manera, el 59.3% dijo lavar el tanque una vez, dos veces, y hasta tres a veces a la semana, mientras que el 30%, expresó lavarlo solo una vez a la semana, y sólo el 10.7% dijo hacerlo cada quince días.

Al comparar los datos cuantitativos con los que se obtuvieron en los grupos focales, se puede observar que entre los comportamientos referidos por las amas de casa consultadas están “lavar los tanques”, “botar los inservibles” y “mantener todo limpio”, lo que establece una asociación entre salud y limpieza; sin embargo, no aparece un vínculo claro entre esta acción y el conocimiento de la enfermedad y los sitios de cría del *Aedes*. La población más joven de la muestra (18 a 30 años) optó con mayor frecuencia por estas respuestas, y son las personas que muestran mayor conocimiento respecto a la enfermedad. Siguiendo la teoría de difusión de innovaciones, se les puede clasificar como altos adoptantes y adoptantes tempranos de las prácticas promovidas en este proyecto.

Según la información que se obtuvo en la evaluación sumativa cualitativa, existen prácticas de control de criaderos de *Aedes* en el grupo experimental que son compatibles con las que promovieron este proyecto y la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla. Además de la percepción de la enfermedad como una amenaza para la vida, las personas se sienten capaces de (auto-eficaces) adoptar medidas preventivas que disminuyan la amenaza para su salud.

Las fuentes de información identificadas por las entrevistadas fueron la radio, las visitas domiciliarias de los funcionarios de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, las movilizaciones masivas organizadas por el proyecto, y las presentaciones teatrales en la calle, que realizó un cómic muy reconocido en la región por su personaje “Doña Leopo”. Por el contrario, en el grupo control, los datos indican que un gran número de personas encuestadas no identificaban con precisión los sitios de cría del *Aedes Aegypti*. No

obstante, algunas entrevistadas referían como sitios de reproducción del vector, las botellas y los picos de botellas.

Al comparar estos datos del grupo control con la información cualitativa, se observa que no ha habido una disminución importante del comportamiento para almacenar agua; por el contrario, se evidencia una fuerte tendencia al aumento de esta práctica en ese grupo. Los datos cualitativos muestran que las motivaciones en el grupo control para almacenar agua pueden estar asociadas a la necesidad de asegurar el líquido, por la irregularidad histórica del suministro de agua (“temor de quedarse sin agua”) y de esta forma disminuir la incertidumbre. Con menor frecuencia aparece la percepción de ahorro; la idea de que esta práctica optimiza el consumo de agua, como una forma de racionalización del uso, lo cual reduce a su vez el costo de la factura por el servicio.

#### SOBRE LOS RESULTADOS ENTOMOLÓGICOS

De acuerdo con los datos proporcionados por la encuesta entomológica, en uno de los barrios experimentales (Rebolo) se puede observar que los índices de vivienda, depósito y Breteau se redujeron gradualmente, con un porcentaje de disminución global entre el primer corte entomológico y la cuarta medición de 2005, de 13,8 a 1,58 recipientes positivos por cada 100 viviendas inspeccionadas. Para el índice de Breteau y para el índice de vivienda, la disminución fue 10,6 a 1,58 viviendas positivas por cada 100 viviendas inspeccionadas. Así mismo, en el segundo barrio experimental (Los Olivos), los índices de vivienda, depósito y Breteau disminuyeron gradualmente, con un porcentaje entre el primer corte entomológico y el cuarto de 46 a 10,6 recipientes positivos por cada 100 viviendas inspeccionadas en el índice de Breteau; el índice de vivienda disminuyó de 29,9 a 9,8 viviendas positivas por cada 100 viviendas inspeccionadas.

El cuarto y último informe entomológico (agosto 2005) concluye que:

*“Si bien no hubo tanques plásticos positivos (objetivo de la intervención) en el último levantamiento entomológico, no se disponen de datos que verifiquen que la negatividad de estos depósitos se debe al comportamiento aplicado por las amas de casa que tenían en sus hogares tanto plantas acuáticas como tanques plásticos; por lo tanto, con los datos que se disponen no se puede evaluar si el 70% y el 50% de las amas de las casas visitadas lavaron las plantas y tanques plásticos respectivamente, de la forma y la frecuencia sugeridas en el objetivo conductual” (Romero, 2005).*

## LECCIONES APRENDIDAS SOBRE LA EXPERIENCIA

Los resultados del estudio ofrecen varias lecciones que pueden servir de referente a futuros esfuerzos que busquen respuestas más efectivas centradas en procesos participativos. Estas lecciones aprendidas no obedecen a criterios específicos; más bien responden al proceso de reflexión permanente que el equipo coordinador y los miembros de la comunidad realizaron periódicamente con el fin de hacer ajustes propios de este tipo de investigación. Las lecciones han sido agrupadas en dos grandes áreas: dimensión político-técnica, centrada en aquellos procesos aplicados y que tienen relación con las decisiones y mecanismos desarrollados por las instituciones responsables de generar una respuesta eficaz; dimensión teórica y de investigación, centrada en aquellos aprendizajes que pueden apoyar futuros diseños de intervención.

### DIMENSIÓN POLÍTICA Y TÉCNICA

#### A. Orientaciones políticas y procesos de toma de decisión

1. Como resultado de la evaluación sumativa con funcionarios del programa de vectores y líderes comunitarios, se encontró que existe un consenso en que los acuerdos y logros alcanzados con la comunidad han sido básicamente respaldados por la voluntad política de algunos funcionarios, y no por con-

venios de carácter formal o de obligatorio cumplimiento suscritos con la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla. De acuerdo con esta evaluación, se puede establecer que la situación del programa sigue siendo la misma ya que ésta obedece a causas estructurales (políticas), difíciles de cambiar y que no fueron abordados por el proyecto.

*“En teoría, se podría implementar fácilmente, lo lamentable es que aquí no nos podemos aislar de la parte política, de la politiquería, de cómo se manejan los dineros en la administración pública. Es más, yo considero que es hasta de bajo costo lo de comunicación, lo que se hizo es de bajo costo para los rubros que realmente destina el Gobierno Nacional para la parte de prevención de dengue; si se les diera un manejo adecuado, limpio, yo pienso que alcanzaría, habría suficiente dinero. Pero, como se manejan las cosas acá, tristemente, no se puede”.* (Funcionario 1, 2005).

Esta situación tiene un impacto negativo en la estabilidad laboral, la formación del recurso humano y la sostenibilidad del proyecto debido a la percepción de prácticas de corrupción, clientelismo y manejo inadecuado de los recursos en el nivel local. Es importante, no obstante, que las acciones de comunicación generen procesos sociales que fortalezcan prácticas de buen gobierno y rendición de cuentas en las instituciones de salud, mediante el empoderamiento de las comunidades y el uso adecuado de mecanismos de participación ciudadana que garanticen el control social de la gestión pública de los recursos en salud.

2. Para llevar a cabo acciones de comunicación y movilización social a nivel nacional, regional y local es importante contar con información entomológica, epidemiológica y social consolidada, con el fin de obtener una mayor precisión al momento de definir los comportamientos o prácticas 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, es importante priorizar zonas o áreas de riesgo con base en mapas epidemiológicos y entomológicos, para focalizar acciones de comunicación y educación intensivas en esas áreas. Esta experiencia muestra que al proponer comportamientos saludables, éstos deben estar anclados en las prácticas sociales y comunicativas cotidianas de la gente. Para los comportamientos que se promovieron en esta iniciativa, el equipo de investigación se basó en un análisis que existía acerca del manejo del agua de los recipientes útiles y su grado de proximidad con la conducta propuesta de cepillado y enjuagado con cloro y detergente.

3. Se deben definir claramente los roles y funciones en los niveles central, departamental y local de los Ministerios de Salud, con acciones que se diferencien en la planificación y ejecución del componente de comunicación y movilización social dentro de los programas de control y prevención de la fiebre dengue en condiciones epidémicas y endémicas. Esto implica el fortalecimiento de la capacidad local e institucional, que a su vez está articulada a la formación y sostenimiento del recurso humano y a la reasignación de recursos adecuados para llevar a cabo estas tareas.
4. Definir lineamientos de comunicación y movilización social, metas, indicadores de proceso, de resultados intermedios y de impacto a largo plazo, comunes en el país, con el fin de producir evidencias en comunicación y movilización social y establecer comparaciones entre experiencias fuera y dentro del territorio colombiano. Esta tarea deberá contemplar la diversidad socio-cultural, política y económica de Colombia.

## B. Fortalecimiento de Capacidades en el ámbito local

1. Los diseños estratégicos en cascada (como la movilización social) exigen un proceso cuidadoso de selección de actores clave y una mejor caracterización de las funciones de cada grupo dentro de los planes de comunicación en relación a sus ámbitos de acción. Esto demanda esfuerzos para señalar con suficiencia “cómo” cada grupo se articula con otros dentro de esta cascada y aporta de manera sinérgica al logro de los objetivos comunes. De esta forma, si a los funcionarios de vectores y promotores de salud se le asignan funciones de capacitación de organizaciones sociales, monitoreo y evaluación, es necesario definir contenidos, métodos de trabajo y asegurarse de que este personal de salud tenga las competencias básicas para llevar a cabo esas tareas. De igual forma, en el trabajo con escuelas, las capacitaciones pueden estar diseñadas por competencias; es decir, definir primero qué tareas se espera que los estudiantes realicen en la comunidad y qué necesitan aprender, para decidir después qué acciones de capacitación se deben llevar a cabo.
2. Fortalecimiento del componente de comunicación y movilización social en los planes nacionales, departamentales y locales de salud pública, no sólo mediante el fortalecimiento de la inversión en capacitación e investigación, sino también con respecto a la participación activa de otras disciplinas para formar profesionales competentes en el campo de la comunicación en salud.
3. Fortalecimiento, contratación y motivación de recurso humano con miras a una excelencia técnica en planificación, comunicación y movilización social (investigación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación), para los niveles profesional y técnico. Se sugiere para este propósito realizar alianzas estratégicas con universidades para el desarrollo de

actividades de formación de competencias en comunicación en salud e investigación formativa y evaluativo, cuyos resultados puedan ser utilizados en la elaboración de planes de comunicación y movilización social.

### C. Alianzas estratégicas

1. Se recomienda realizar alianzas estratégicas con organizaciones sociales, medios de comunicación, academia y sector privado, así como con expendedores diversos para que actúen como multiplicadores del esfuerzo. Se debe hacer mayor énfasis en los puestos y centros de salud para que éstos realicen promoción directa de comportamientos saludables entre los usuarios, y mejorar la comunicación médico-paciente y con el personal de salud. De igual manera, entregar material educativo orientado específicamente hacia los objetivos programáticos propuestos.

Las alianzas con los medios de comunicación implican la construcción de nuevas relaciones con éstos, al mismo tiempo que se destinan esfuerzos y recursos para el fortalecimiento de iniciativas de comunicación en el ámbito local, y se crean redes de medios en función de programas sociales definidos por la gente en sus propios términos. En este sentido, estas alianzas deben trascender la mera transferencia de información para generar procesos de apropiación y aplicación social del conocimiento. En resumen, se sugiere que se deben promover prácticas de divulgación y comunicación que correspondan con el contexto social y cultural, a partir del reconocimiento de las múltiples mediaciones, actores y discursos que participan en la construcción de lo social y lo público. La comunicación social se constituye entonces en un espacio y medio de articulación de otros saberes con los saberes cotidianos de la gente.

## REFLEXIONES DESDE LA TEORÍA Y LA INVESTIGACIÓN

### A. Dimensión integral de las intervenciones en comunicación y dengue

1. Las intervenciones en comunicación y FD ofrecen la oportunidad de incorporar una dimensión más holística que facilite el abordaje de aspectos clave como género, derechos, participación familiar y organización comunitaria, aspectos que generalmente son difíciles de abordar en otros contextos y que, tradicionalmente, no han sido incorporados en las intervenciones en dengue. Por ejemplo, en el caso de este estudio el dengue se asocia con una enfermedad respiratoria aguda que a menudo es descrita de manera jocosa, divertida e, incluso, desprovista de cualquier tipo de estigmatización, algo muy contrario a otras enfermedades. Esta es una dimensión muy particular en casos como el dengue, ya que no se percibe como una enfermedad tan grave como el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras. Ello permite que el diálogo local y público sobre la fiebre de dengue sea abierto y además se convierta en facilitador de conversaciones a nivel de grupos, familias, etc. Así mismo, en diversas instancias del proceso, las actividades desarrolladas a nivel comunitario en el marco de esta intervención permitió que hombres y mujeres, jóvenes y adultos convergieran en diversos espacios de interacción, aspecto que en otros contextos puede resultar mucho más difícil de realizar.

En este sentido, esta lección aprendida sugiere la posibilidad de explotar las sinergias que se facilitan a través de las intervenciones a nivel comunitario en dengue, contrario a los procesos que tradicionalmente se manejan, los cuales se centran en la enfermedad y tienden a bloquear procesos de movilización debido a que se desconectan de las prácticas sociales comunitarias. Esta dimensión podría explotarse de dos maneras: 1) incorporar a las intervenciones de comuni-

cación y dengue elementos que apunten a mejorar y/o modificar procesos clave en diversos aspectos de las salud pública, v.gr., género; 2) utilizar las intervenciones en comunicación y dengue como un punto de entrada para facilitar el diálogo sobre aspectos de salud pública mucho más complejos, v.gr., VIH/SIDA.

2. Otro resultado interesante en este sentido lo constituyó la vinculación de jóvenes, particularmente mujeres, en los procesos de limpieza y cuidado de los tanques de almacenamiento de agua. Tradicionalmente, las intervenciones en dengue han apuntado a las personas mayores, pues se parte de la presunción de que éstas, como se indicó en el caso de las amas de casa, son quienes toman decisiones en torno a los cuidados en el hogar. No obstante, los resultados cualitativos del estudio muestran que los jóvenes, especialmente mujeres, asumieron un rol activo en el cuidado y manejo de los tanques de almacenamiento de agua y en el cepillado y lavado de los recipientes. Esto puede obedecer a una multiplicidad de factores, entre los cuales se podrían mencionar mayor nivel educativo, sentido de colaboración debido a las múltiples necesidades familiares o, simplemente, interés de participar en procesos de mejoramiento de salud comunitaria y familiar. En cualquier caso, futuras intervenciones podrían considerar componentes específicos que involucren a los jóvenes en las acciones de prevención del dengue en el hogar.

## **B. Impacto de las intervenciones de comunicación en los indicadores entomológicos**

1. En el uso de los índices entomológicos para evaluar intervenciones sociales, es importante saber que son indicadores indirectos, de esta forma no deberían tenerse en cuenta como un reflejo directo de la conducta humana, sino como un re-

flejo directo de la conducta del vector. Esta mirada a los indicadores sugiere que las prácticas sociales sobre un criadero de *Aedes* podrían evaluarse también con otros indicadores no entomológicos, buscando responder a un objetivo comportamental con indicadores apropiados: por ejemplo, indicadores de carácter cualitativo para prácticas relacionadas con los tanques bajos: “¿Hay verdín en el tanque? ¿Hay evidencia que alguien ha tratado de cepillar el tanque? Por ejemplo, ¿el tanque está más limpio arriba dónde es más fácil cepillar que en el fondo? ¿Hay un cepillo y detergente que usan las amas de casa para el cepillado?”

El asunto es establecer “cómo” se puede determinar si hubo un intento de adoptar la práctica y hasta dónde pudo llegar la persona con la ejecución de la práctica, para de esta forma hacer los ajustes necesarios al plan de comunicación de forma oportuna: “¿Qué pasó con el ama de casa? ¿Encontró problemas con la acción?, ¿no encontró mensajes recordatorios?, ¿cepilla y enjuaga la pila o lavadero pero no lo hace con los tanques y las albercas?, ¿por qué? etc.”. Son pocas las experiencias en intervención social en prevención y control del dengue que han tratado de operacionalizar indicadores de este tipo, con el fin de combinarlos con otros indicadores que muchas veces carecen de sensibilidad para detectar la adopción o no de las prácticas o comportamientos propuestos.

Los índices entomológicos son útiles cuando son usados de forma triangulada con otros datos de naturaleza social; esto permite obtener una idea más aproximada de todos los aspectos que influyen sobre el comportamiento humano y de éste a su vez sobre el criadero de *Aedes*. Esto último implica el desarrollo de índices entomológicos apropiados para medir conductas específicas. Es decir, si la conducta promueve un cepillado y enjuagado de tanques bajos de 50 galones una o dos veces a la semana, es necesario incluir índices pupales porque siempre habrá oviposición de la hembra (Focks, 2003; OMS, 2003) sobre el uso de índices entomológicos y métodos de muestreo.

### C. Exploración de otras dimensiones teóricas y metodológicas

1. Mientras la mayor parte de las intervenciones en dengue se han centrado en teorías comportamentales asociadas con procesos cognitivos, percepción de riesgo, intención de comportamiento, entre otras teorías, este estudio mostró resultados interesantes en torno a la adopción de las prácticas deseadas para reducir la formación de criaderos de mosquitos. Una mirada a los datos muestra que los procesos de adopción de comportamiento siguieron patrones similares a los planteados por la teoría de difusión de innovaciones (Rogers, 2004), particularmente en el caso de los jóvenes, quienes tuvieron una tendencia a adoptar mas rápidamente y a convertirse en la mayoría muy pronto, tal como se mencionó.
2. Los datos sugieren que el haber identificado previamente las prácticas de mantenimiento de tanques con agua en las poblaciones de trabajo, permitió focalizar las acciones educativas y de comunicación, con lo cual se buscaba un mayor impacto sobre los comportamientos de riesgo. De esta manera, en la primera fase del proyecto, la población manifestó realizar acciones preventivas frente a la enfermedad, en particular frente a los sitios de cría del vector, aunque éstas no eran lo suficientemente eficaces. Desde el modelo transteórico, estas prácticas se encontraban en una fase de transición, es decir, se caracterizan por localizarse entre comportamientos de riesgo y protectores. De esta manera, las mujeres, en la primera fase del proyecto, lavaban sus tanques pero no con la frecuencia y la forma eficaz para interrumpir el ciclo de vida del mosquito. De conformidad con los resultados de la evaluación sumativa, se puede establecer que en la primera fase del proyecto, el grupo experimental se encontraba en la etapa de preparación y que el trabajo de comunicación y movilización social influyó de manera importante en la

adopción de comportamientos que contribuyen al control de ciertos criaderos.

Desde esta experiencia se reafirma que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tienen mayor probabilidad de ser exitosos son aquellos que están basados en una clara comprensión de comportamientos específicos de salud y su contexto ambiental, donde un sólido marco teórico guía el diseño, implementación y monitoreo del programa. Las acciones en comunicación en salud y su impacto tienen que ubicarse en un continuo, donde intervenciones aisladas, focalizadas en cambios de conductas a nivel individual, no son suficientemente efectivas a largo plazo. Se requiere una amplia gama de intervenciones que trasciendan el individuo, a distintos niveles, por un tiempo suficiente y de acuerdo con las necesidades de cada comunidad.

#### **D. Reformulación continua de procesos metodológicos**

1. El propósito fundamental de la investigación formativa fue comprender y analizar los factores psicosociales que influyen en las prácticas de riesgo que existen para dengue en estos municipios. La reflexión se llevó a cabo con base en los resultados de la investigación formativa, los cuales se obtuvieron a través de métodos cualitativos (entrevistas con informantes claves y grupos de discusión) y cuantitativo (encuesta CAP) en barrios de dos municipios del departamento del Atlántico, Barranquilla y Puerto Colombia. Por otra parte, el enfoque de Cambio Social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

El plan de comunicación y las estrategias desarrolladas fueron diseñadas siguiendo un Modelo de Comunicación

para el Cambio Social (Figueroa y otros, 2002; Rockefeller Foundation, 2000) que describe un proceso dialógico en varios niveles, y a través de una serie de pasos que permiten involucrar diversos actores significativos de la comunidad. Estos pasos conducen a la solución de un problema común. Este proyecto significó una unión sinérgica de enfoques y estrategias que incluyó la educación para la salud, la comunicación interpersonal y masiva, y la movilización social, que bien articuladas ayudan a tener un impacto sobre los comportamientos de riesgo y a promover procesos de sociogestión y alianzas entre el programa-comunidad-academia y gobierno local.

2. En los últimos años, el debate acerca de una salud pública basada en evidencias ha permeado las agendas de política sanitaria e investigación en el ámbito nacional e internacional (Kemm, 2005). La necesidad de generar evidencias sobre la efectividad de las intervenciones, ha dado lugar a una serie de controversias en relación con las preguntas que debe y puede responder la evaluación de iniciativas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, los indicadores de éxito, las metodologías más convenientes, los métodos indicados para llevar a cabo la evaluación, la validez interna y externa de los hallazgos investigativos, la divulgación de la investigación y uso de la información en la toma de decisiones, entre otros.

La generación de evidencia se constituye también en un desafío importante para la práctica de comunicación de salud en un contexto más amplio de discusiones sobre políticas y programas de promoción de la salud. En esta investigación se da una gran importancia a las variables de carácter psicosocial, pues describen la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone a la gente llevar a cabo ciertos comportamientos recomendados. Asimismo, estas variables

actúan como predictores del comportamiento y muestran, de forma significativa, el tipo de decisiones que adoptan las personas con respecto a la enfermedad y los sitios de cría del vector. 

## REFERENCIAS

- Atkin, C. & Freimuth V. (1989). Formative evaluation research in campaign design. En Rice y C. Atkin (2ª ed.), *Public Communication Campaigns*, (p.131-150). Newbury Park: CA, Sage.
- Cabrera, G. & otros. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos, y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19, p.91-101.
- Chiaravalloti, N. (1998). 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 (p.101-109.) Sao Paulo: Cad Saude Publica.
- Environmental Health Project-EHP (1998). "Social mobilisation as an approach to prevention and control of dengue in Guatemala. Environmental Health Project: Activity Report (52).
- Figuroa, M., Kincaid, L., Rani, M. & Lewis, G. (2002). *Communication for social change: an integrated model for measuring the process and its outcomes*. Working Paper supported by Rockefeller Foundation/Johns Hopkins University.
- Focks, D. (2003). *A review of entomological sampling methods and indicators for dengue vectors*. World Health Organization (WHO) executed by UNDP/World Bank/World.
- Fundacion Rockefeller. (2000). *Comunicación para el cambio social*. Fundación Rockefeller, New York, NY.
- Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. (2002). *Health behaviour and health education*. (3ª ed.) San Francisco: Jossey-Bass.
- Gubler, D. & Casta-Vélez A. (1992). Programa de prevención del dengue epidémico y el dengue hemorrágico en Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 113, 109-119.
- Gubler, D. (1998). Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clinical Microbiology*, 11 (3), 480-496.

- Kay, B. & Vu, S.N. (2005). *New strategy against Aedes aegypti in Vietnam. Lancet.* 365: 613-617.
- Kemm, J. (2005). The limitations of “evidence-based” public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 12, (3), 319-324.
- Lloyd, L.S. (2004). Best practices for the prevention and control of dengue fever. Arlington [Online]. Available: [http:// www.ehproject.org](http://www.ehproject.org).
- Méndez, J. & Rivas, L. (2004). Dengue prevention in Mérida, Yucatán, Mexico: use of formative research to refine an Education/Communication Intervention Targeting Household Management of Key *Aedes aegypti* producing Containers. *Dengue Bulletin*, 28.
- Menon, P. & Rajagopalan, P. (1980). Relative importance of different types of breeding habitats in contributing to the population of *Culex pipiens fatigans* in Pondicherry. *Indian Journal of Medical Research*, 71, 725-733.
- Mosquera, M., Lloyd, L. et al. (2005). El dengue en las Américas. [Online]. Available: <http://www.comunit.com/la/tendencias/tendencias2004/tendencias-107.html>. Ventana de Dengue en el sitio de La Iniciativa de Comunicación. <http://www.comunit.com/la/dengue/>
- Nathan, M. (1993). Critical review of *Aedes aegypti* control program in the Caribbean and selected neighbouring countries. *Journal of the American Mosquito Control Association.* 9, 1-7
- Obregón, R. & Mosquera, M. (2005). “Participatory and cultural challenges for research and practice in health communication”. In: O. Hemer y T. Tufte (Eds.) *Media & Glocal change: rethinking communication for development*. Buenos Aires: Clacso.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para la prevención y control*. Washington, DC.
- Parks, W., Lloyd, L., Nathan, M., Hosein, E., et al. (2005). International experiences in social mobilization and communication for dengue prevention and control. *Dengue Bulletin*, Special Supplement, 28, 1-7.
- Renganathan, E., Hosein, E., Parks, W., Lloyd, L., Suhaili, M., & Odugleh, A. (2005). Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI): A review of WHO’s experiences with strategic social mobilization and communication in the prevention and control of communicable diseases. In: M. Haider, (Ed.), *Global public health communication: challenges, perspectives and strategies*. (pp.305-320). Sudbury: MA, Jones and Bartlett Publishers.

- Renganathan, E., Parks, W., Lloyd, L. et al (2004). Towards sustaining behavioural impact in dengue prevention and control. *Dengue Bulletin*, 27, 6-12.
- Rojas, C., Ibarra, M., et al. (2003). Indicadores de salud ambiental y el trabajo de la población en la prevención del dengue: Ciudad de La Habana, *Revista Cubana de Epidemiología* [online].[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0253-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-) [Enero-abril].
- Romero, C. (1999). Studies on *Aedes aegypti* and dengue virus transmission in an urban endemic area of central Colombia. Tesis de Ph.D., London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Sánchez, M., Ramos, G. & Marset, C. (1994). Actitud social ante la participación en salud. En: *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Departamento de Ciencias Sociocomunitarias. Murcia, España: Secretariado de Publicaciones Universidad de Murcia.
- Speller, V., Learmonth, A. & Harrison, D. (1997). Education and debate: the search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*, 315, 361-363.
- World Health Organization (1997). *Dengue haemorrhagic fever. Diagnosis, treatment, prevention and control*. Geneva.